

Seksueel functioneren bij cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag

Bernard ten Hag m.m.v. Julia Wilpert & Joan van Horn

Maart 2015

Sinds de revisie in juli 2010 zijn er ruim vierhonderd exemplaren van het Vragenlijstpakket Zeden (VPZ) ingevuld door cliënten die seksueel grensoverschrijdend gedrag (sgg) hebben vertoond. Dit pakket zelfrapportagelijsten is, op basis van uit de literatuur bekende risicofactoren, samengesteld om de relationele, zelfregulatie- en seksuele problematiek van zedendelinquenten in kaart te brengen. In dit onderzoeksbulletin besteden wij aandacht aan het seksueel functioneren van de sgg-clieënten die tussen 2010 en 2014 in behandeling waren (of nog zijn) bij de Waag en het VPZ ingevuld hebben.

Onderzoek en theorievorming in de afgelopen decennia hebben duidelijk gemaakt dat het bij seksueel grensoverschrijdend gedrag niet altijd om een deviante seksuele voorkeur of gedrag (parafilie) gaat maar mogelijk ook om seksuele preoccupatie in de vorm van hyperseksualiteit. Daarnaast wijzen problemen met seksuele intimiteit vaak op moeilijkheden in de relationele sfeer. Ten slotte speelt seksueel gedrag ook een rol in iemands zelfregulatie, vaak in de vorm van seksuele coping. Om het seksuele probleemgedrag te begrijpen moet de diagnostiek daarom veelomvattend zijn en verder reiken dan het delictgedrag alleen. De lijsten in het VPZ informeren over seksuele disfuncties en tevredenheid over seksualiteit (waarbij vaak een relatie is met intimiteitsproblematiek); over afwijkende seksuele voorkeuren in iemands seksuele script; en over overmatig seksueel gedrag, inclusief seksuele coping, om uit te zoeken of seksualiteit een te belangrijke plek in iemands leven inneemt met mogelijke problemen in algemene zelfregulatie en emotieregulatie.

De seksuele vragenlijsten uit het VPZ zijn een onderdeel van de seksuele anamnese die wordt gedaan aan hand van een semigestructureerd interview en kunnen daar niet los van gezien worden. Het afnemen van de vragenlijsten alleen geeft een te beperkt beeld, bovendien blijkt uit de praktijk dat sommige vragen uit de lijsten niet altijd goed begrepen worden. Een voordeel van gestructureerde afname van vragenlijsten is dat op deze lijsten bepaalde afwijkende seksuele

VPZ-onderzoeksgroep

Leeftijd	18-74 jaar (M=42.78, SD=12.345)
Delict	- 41.9% pedoseksueel hands on - 34.5% kindporno downloaden - Rest overig (exhibitionisme, pedo hands off, voyeurisme, handtastelijk op werk, seksuele preoccupatie/verslaving)
Kader	- 54.8% vrijwillig - 30.4% verplicht
Geboorteland	- 93.2% Nederland - 6.8% rest van de wereld
Burgerlijke staat	- 58.5% alleenstaand/gescheiden - 40.7% gehuwd/samenwonend/LAT
Opleiding	- 31.4% mbo - 25.6% hbo/wo - 23.4% mavo/vmbo - 10.3% havo/vwo - 6.7% basisonderwijs
Werk	- 60.7% werk - 17.5% ziektewet - 20.3% werkloos
Seksuele oriëntatie	- 84.3% heteroseksueel - 8.4% homoseksueel - 7.3% biseksueel
Misbruik-verleden	- 77.3% nee - 16.2% seksueel - 3.4% lichamelijk en seksueel - 3.1% lichamelijk

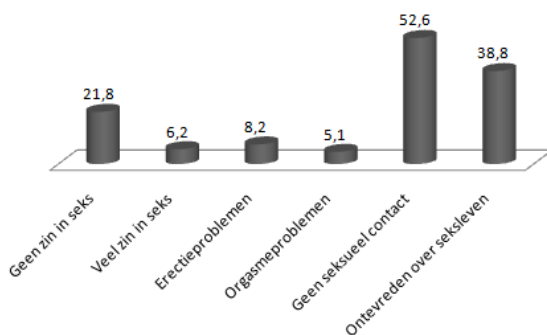
gedragingen gemeld worden die men niet verwacht. Dit kan als vorm van *prompting* gezien worden: zonder de vraag te stellen, krijg je ook geen antwoord. Juist de combinatie van vragenlijsten en interview geeft een completer beeld, dan één van deze methodes afzonderlijk. De hier gepresenteerde resultaten van het VPZ kunnen nieuwe input leveren voor het semigestructureerd interview.

In het kader hierboven is een demografische omschrijving van de onderzoeksgroep te zien. De seksuele vragenlijsten in het VPZ zijn gericht op de hieronder omschreven drie gebieden.

1. Seksuele omgang en tevredenheid over het seksuele leven (seksuele disfuncties)

In de *Elf Vragen over Seksueel Functioneren* wordt gevraagd naar het seksuele handelen van de afgelopen maand. Indien er in de afgelopen maand geen seksueel contact is geweest, worden de vragen naar seksuele disfuncties overgeslagen. Dat was het geval bij ruim de helft van de onderzoeksgroep (52,6%). Voor deze groep is het belangrijk om in het interview ook te vragen naar iemands seksuele disfuncties vóór afgelopen maand, omdat lifetime-prevalentie nuttige informatie voor de behandeling kan zijn.

Belangrijk is dat ruim een derde van de totale groep (38,8%) aangeeft ontevreden te zijn over het huidige seksleven (zie figuur 1). Vier van de vijf mensen hebben geen seks. Maar een deel van de mannen die wel regelmatig seks hebben, geeft dus aan ontevreden te zijn. De vraag naar tevredenheid biedt waardevolle informatie over iemands frustraties en wensen. Deze informatie kan van betekenis zijn voor de functie/motivatie van het seksueel grensoverschrijdend gedrag.



Figuur 1. Seksuele disfuncties in de VPZ-groep in %

Het uitvragen van seksuele disfuncties en seksuele tevredenheid is van belang omdat seksueel grensoverschrijdend gedrag lang niet altijd voortkomt uit een interesse voor atypische vormen van seks, het kan ook ontstaan uit een onvermogen plezierige seks te beleven met partner.

Op basis van 400 lijsten zien we bij 8,2% van de mannen erectiestoornissen en bij 5,1% orgasmeproblemen. Deze cijfers hebben alleen betrekking op iemands seksuele gedrag in de afgelopen maand en zijn, volgens seksuoloog Van Lankveld, niet echt schokkend (persoonlijke mededeling Van Lankveld, 15-12-2014). Percentages die zicht geven op de lifetime-prevalentie liggen waarschijnlijk hoger. De vraag is in hoeverre het hebben van seksuele problemen een rol spelen bij het plegen van seksuele delicten. Het is mogelijk dat de seksuele 'uitvoering' belast wordt door aandachtsmechanismen waardoor seksuele problemen inadequaat opgelost worden. Interessant in dit verband zou de *Sexual Self-Consciousness Scale* zijn (niet in het VPZ opgenomen) bestaande uit twee schalen met gedrag en gedachten die de seksuele uitvoering kunnen bemoeilijken. De ene schaal meet of iemand te veel naar binnen is gericht met items als 'ik vraag me af wat de ander van mij vindt tijdens het vrijen'; 'ik besteed veel aandacht aan mijn seksuele gedachten en gevoelens'. De andere schaal bevat items met betrekking tot naar buiten gericht zijn, zoals 'ik voel mij ongemakkelijk in seksuele situaties'; 'ik vind het moeilijk om me seksueel te laten gaan ten opzichte van de ander'. Behandeling zou zich moeten richten op een balans tussen 'binnen' en 'buiten' (Van Lankveld, Geijen & Sykora, 2008).

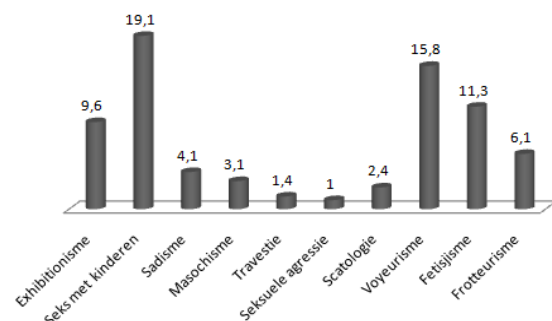
Een aanverwant thema is in hoeverre sprake is van problematische attitudes bij zedendelinquenten. Stereotiep denken bij zedendelinquenten lijkt sterker aanwezig te zijn dan onder normale populatie: je hoort met een bepaalde frequentie seks met elkaar te hebben, masturberen binnen een relatie is niet wenselijk, seks moet altijd leuk zijn (Marshall, Marshall, Serran & O'Brien, 2011).

De informatie in dit bulletin kan afwijken van die in eventuele latere publicaties.

2. Parafiele seksuele voorkeuren

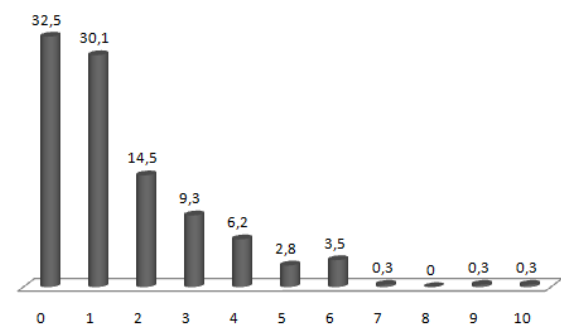
De in het VPZ opgenomen lijst *Sexual Addiction/Compulsion Inventory* bestaat uit de parafilieën van de DSM-IV-TR, die Kafka (1997) aanvulde met het onderscheid in fantasie, drang en gedrag en actieve periode (heden, verleden of beiden). Kafka voegde bovendien seksuele agressie tegen volwassenen aan deze lijst toe. Vooruitlopend op de DSM-5, waarvoor een voorstel was ingediend om naast pedofilie ook hebefilie op te nemen, werd bij pedofilie een onderscheid in leeftijd aangebracht, om nauwkeuriger onderscheid te maken tussen kinderen zonder secundaire geslachtskenmerken (= pedofilie in DSM) en seksueel rijpende kinderen (= hebefilie).

In figuur 2 is weergegeven welke gedragingen cliënten rapporteren. De resultaten laten zien dat naast pedofilie vooral de zogenoemde hands off seksuele gedragingen als exhibitionisme, voyeurisme en frotteurisme gescoord worden. Vanouds werd op de Waag voor cliënten met deze gedragingen een aparte behandelgroep gecreëerd. Aan de scores van met name sadisme, masochisme, travestie en fetisjisme is niet af te leiden of het daadwerkelijk om parafilieën gaat of om seksuele variaties zonder dat deze als een afwijkende seksuele voorkeur kunnen worden bestempeld. De DSM-IV-TR omschrijft dat het bij een parafilie om een patroon moet gaan met een duur van zes maanden of langer. Het seksuele interview kan hier meer duidelijkheid over geven.



Figuur 2. Parafilieën in de VPZ-groep in %

In figuur 3 is te zien dat de groep cliënten die meer dan één parafilie rapporteren klein is. Ook hier blijft het onduidelijk of het daadwerkelijk om parafilieën gaat of om seksuele variaties. Mocht in het interview duidelijk worden dat het inderdaad om parafilieën gaat, dan moet in de behandeling extra aandacht besteed worden aan deze overmatige, drangmatige seksuele problemen.



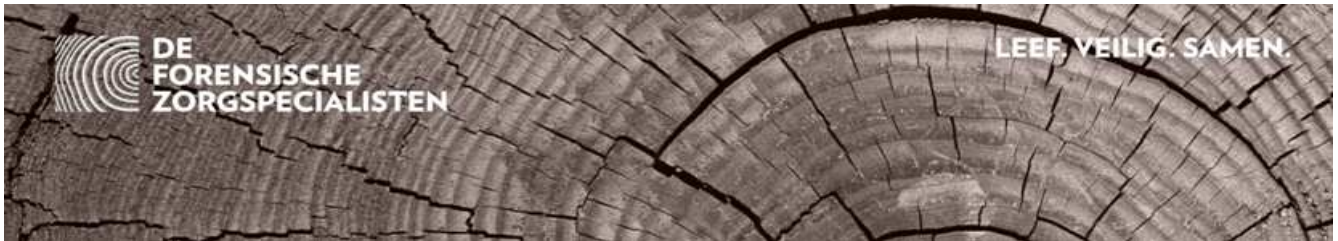
Figuur 3. Aantal gerapporteerde parafilieën per persoon in %

Ook het percentage pedofilie van 19,1% moet met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Onduidelijk is namelijk of het hier om delictgedrag gaat (seksueel misbruik van een kind) of dat het een parafilie betreft (seksuele voorkeur). Met andere woorden: hebben cliënten zichzelf terecht gescoord als pedofiel of hebben pedofielen deze vraag ontweken door hierop niet te scoren.

Op basis van de onderverdeling in leeftijd van de slachtoffers in 'jonger dan elf jaar' en 'tussen elf en veertien jaar' is de groep verdeeld in pedofilie en hebefilie. Cliënten met een voorkeur voor jongens scoren hoger op hebefilie dan op pedofilie (respectievelijk 20,8% en 15%), dit impliceert dat er een groep pedoseksuele daders is die – uitgaande van secundaire geslachtskenmerken – niet de classificatie 'pedofilie' kunnen krijgen.

De discussie of seksueel afwijkend gedrag een parafilie is of niet spitst zich toe op de vraag of je van het gedrag uitgaat of van een verstoord

De informatie in dit bulletin kan afwijken van die in eventuele latere publicaties.



psychisch proces. Vanaf de DSM-IV, en gehandhaafd in de DSM-5, worden stoornissen weergegeven in twee hoofdcriteria: criterium A beschrijft de stoornis en criterium B geeft aan dat de persoon in kwestie onder deze stoornis lijdt. Dat in de DSM-IV in de sectie parafilieën aan het A-criterium het woord “gedrag” is toegevoegd (om een gelijke formulering te gebruiken voor alle DSM-classificaties) heeft ertoe geleid dat gedrag op zichzelf al als parafilie wordt gezien. Blanchard (2010) bijvoorbeeld meent dat een uitgebreide delictgeschiedenis van seksueel misbruik van prepubers niet plausibel verklaard kan worden zonder de diagnose pedofilie. First (2010) is het daar niet mee eens en stelt dat het bij een parafilie gaat om een verstoord psychisch proces – namelijk een deviante seksuele opwinding – dat te onderscheiden is van de verschillende klinische manifestaties. Hij vindt het onjuist om het gedrag als deel van de kerndefinitie (A-criterium) te zien, want gedrag kan uit meerdere oorzaken voortkomen (Ten Hag, 2012).

In de klinische praktijk, ook op de Waag, zie je deze tweedeling terug: sommige klinici passen de DSM letterlijk toe en diagnosticeren pedofilie op basis van gedrag alleen, terwijl andere klinici meer uitgaan van de psychische basis van gedrag.

Een tweede struikelblok met betrekking tot de DSM-definitie is dat deze wordt beperkt tot prepubers, de DSM geeft ook een criterium van 13 jaar aan, maar dit is problematisch omdat bij veel kinderen van die leeftijd al sprake is van rijpende secundaire geslachtskenmerken. De consequenties van de classificatie zijn groot: bij invoering van de DSM-5 is de diagnose pedofilie, in tegenstelling tot andere parafilieën, levenslang en kan niet geschrapt worden. De *Stable-2007* daarentegen geeft de mogelijkheid wel om seksuele deviantie in remissie te kunnen scoren. Het afnemen en beoordelen van de *Sexual Addiction/Compulsion*

Inventory is nuttig voor het scoren van item 12 (seksuele deviantie) van de *Stable*.

3. Verstoringen in normaal seksueel gedrag: hyperseksualiteit en seksuele coping

Kernconstruct bij overmatig seksueel gedrag of hyperseksualiteit is dat iemand te veel met seks bezig is – ongeacht het doel van zijn seksuele activiteiten (parafiel of niet parafiel) – en dat hij dit niet onder controle krijgt, met andere woorden: hiermee doorgaat ondanks de negatieve gevolgen van dat gedrag. Het gaat als het om de grote omvang van de problematiek gaat – in populaire termen vaak seksverslaving genoemd – om een betrekkelijk recent verschijnsel, vanaf de introductie van video en internet. Het VPZ bevat twee lijsten om hier enig zicht op te krijgen. Daarnaast is overmatig seksueel verlangen sterk gelinkt aan seksuele coping: het inzetten van seksuele activiteiten om stress en andere problemen niet te voelen en aan te pakken.

a) Hyperseksualiteit

De internationaal meest gebruikte lijst is de *Sexual Compulsivity Scale (SCS)*. De items van de SCS geven seksuele preoccupatie weer van seksueel gedrag en seksuele ontmoetingen die de kern van de seksuele compulsiviteitsstoornis beschrijven. De scores op de SCS zijn gerelateerd aan toename in aantal seksuele activiteiten, aantal seksuele partners, gebruik van internet voor seksuele doeleinden en risico op HIV (daarvoor is de lijst oorspronkelijk ontwikkeld).

Om een hyperseksuele stoornis in de DSM-5 te krijgen heeft Kafka (2010) de *Hypersexual Disorder Screening Inventory (HDSI)* ontworpen. De HDSI is een screeningsinstrument, om een inschatting te maken van de symptomen van overmatig seksueel gedrag. Het kan geen officiële diagnose geven. Het bevat drie onderdelen: kenmerken van het overmatige seksuele gedrag, het lijden aan dat gedrag, en het aantal verschillende seksuele activiteiten die onmatig zijn.

De informatie in dit bulletin kan afwijken van die in eventuele latere publicaties.

De scores van de VPZ-groep op de SCS en de HDSI laten enige discrepantie zien; op de SCS scoort 42.2% hoog compulsief, terwijl maar 13% hyperseksueel scoort op de HDSI. De cijfers op de SCS zijn aan de hoge kant. Het kan zijn dat cliënten hierop hoger scoren louter op de negatieve gevolgen van het delictgedrag, en niet zozeer op de omvang van hun seksuele activiteiten. Dit kan in het semigestructureerd interview duidelijk worden.

De HDSI kent een hoge cut-off score om vals positieve scores te voorkomen. De score van 13% op de VPZ komt overeen met ander onderzoek. Kafka (2014) beschrijft dat uit de klinische trials ten behoeve van onderzoek voor de DSM-5 11,7% aan de cut-off score op de HDSI voldoet. Kingston & Bradford (2014) vermelden dat 11,3% op het item seksuele preoccupatie van de *Stable* scoort. Niettemin kunnen personen met een minder hoge score voor hun gedrag ook hulp zoeken.

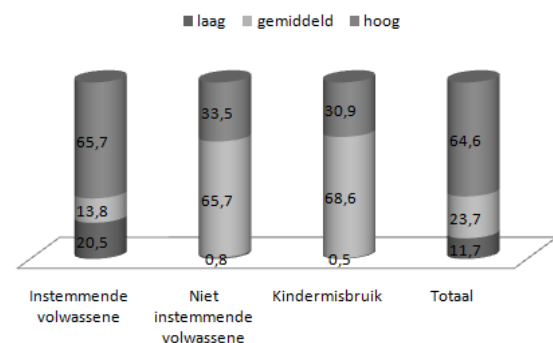
b) Seksuele coping

De definitie van seksuele coping is het inzetten van seksuele activiteiten (fantasie en/of gedrag) om negatieve gevoelens te reguleren. Seksuele coping kan disfunctioneel worden als het vrijwel de enige manier is waarop een persoon met negatieve gevoelens omgaat. Uit onderzoek is duidelijk geworden dat zedendelinquenten in hun seksuele coping zowel deviante als niet-deviante seksuele gedragingen vertonen. Informatie uit het semigestructureerd interview wijst uit dat de *Coping Using Sex Inventory* (CUSI) niet altijd betrouwbaar wordt ingevuld. De CUSI-items dienen gescoord te worden vanuit de vraag of iemand zich seksueel gedraagt *wanneer hij negatieve gevoelens ervaart*. Veel cliënten scoren echter of het in de items beschreven gedrag (zoals porno bekijken) onafhankelijk van negatieve gevoelens voorkomt. Dit moet in het interview gecheckt worden. Een goede check is de uitslag op de HDSI, met name de scores op de twee vragen

De informatie in dit bulletin kan afwijken van die in eventuele latere publicaties.

onder B die een aanwijzing zijn voor seksuele coping.

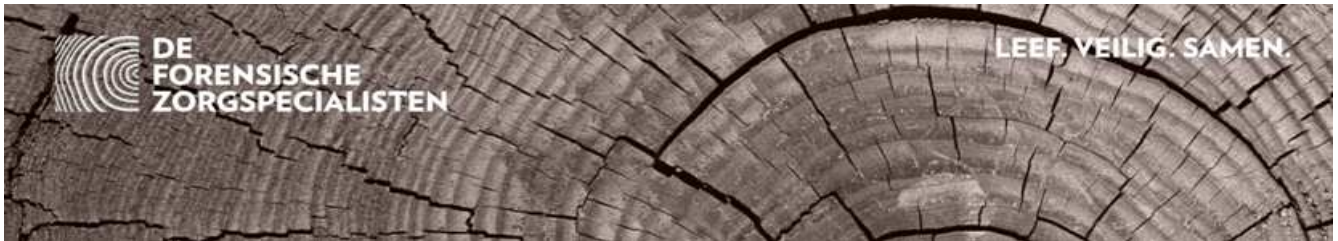
In figuur 4 is te zien in welke mate de VPZ-groep verschillende vormen van seksuele coping rapporteert. Bijna twee derde van de groep geeft aan vooral consensuele seksuele coping te gebruiken.



Figuur 4. Seksuele coping in de VPZ-groep in %

In tegenstelling tot verminderd seksueel verlangen is er geen DSM-classificatie voor excessief seksueel gedrag of hyperseksualiteit. Een voorstel van Kafka (2010) voor classificatie van de hyperseksuele stoornis in de DSM-5 is niet gehonoreerd. Er was kritiek op het pathologiseren van normaal seksueel gedrag en anderen vonden een dergelijke classificatie een gemedicaliseerd excuus voor immoreel gedrag (Kafka, 2014).

Er zijn ook vele benamingen voor dit probleem: de term seksverslaving is het meest populair, maar daarnaast zijn seksuele compulsiviteit of seksuele impulsiviteit gangbare termen. 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. Ondanks controverses wordt hyperseksualiteit als klinisch verschijnsel niet betwist (Ten Hag, 2012). Kafka (2014) stelt dat het bij deze problemen noch om een seksuele disfunctie gaat noch om een parafilie en dat ze het



beste kunnen worden beschouwd als een impulsiviteitsstoornis. In DSM-5 termen: 'other specified disruptive impulse control and conduct disorder: HD'.

Overmatige seksuele gedachten en activiteiten (seksuele preoccupatie), is een belangrijke risicofactor voor seksueel grensoverschrijdend gedrag (Stable-2007). Ook uit onze gegevens blijkt dat er een grote groep cliënten is bij wie de seksuele motivatie veel sterker is dan bij andere cliënten. De groepsbehandeling "Gezond in seks" biedt een passend aanbod voor deze groep.'

Behandeling op maat is de behandelvisie van de waag. Om hier aan bij te dragen zou de typologie hyperseksuele cliënten van Cantor e.a. (2013) een ingang kunnen bieden. Zij maken onderscheid tussen (1) parafiele hyperseksuelen, die veel aan seks doen, vaak met parafiele interesses zonder dat er specifiek sprake is van parafiele voorkeuren; (2) masturberende vermijders, over het algemeen met weinig parafiele interesses, die niet-seksuele activiteiten vermijden – lees seksuele coping; (3) chronisch overspeligen, (4) cliënten die zich op obsessieve wijze schuldig voelen over seks zonder dat ze er daadwerkelijk veel aan doen, en (5) cliënten die door hun partner als hyperseksueel worden bestempeld, wanneer zij bijvoorbeeld ontrouw zijn geweest of omdat partners negatieve opvattingen hebben over porno en masturbatie. Gedegen onderzoek en functieanalyse zijn van belang om niet tot overhaaste conclusies te komen en om voor deze verschillende verschijnselen een goed behandelaanbod te formuleren.

Conclusie

In grote lijnen kan gezegd worden dat er bij deze onderzoeksgroep problemen voorkomen op alle drie gebieden (disfuncties, parafilieën en hyperseksualiteit), ook al zijn er bij de afzonderlijke scores kritische kanttekeningen te plaatsen. Deze

problemen – in hun onderlinge samenhang – vormen een beter vertrekpunt voor behandeling dan classificatie enkel volgens delictgedrag. De uitkomsten kunnen als handvatten dienen voor de behandeling.

Idealiter worden VPZ en interview ook nog aangevuld met indirecte metingen om een completer beeld te krijgen. Maar uiteindelijk zal tijdens de behandeling pas echt beter zicht gekregen worden op een afwijkende voorkeur.

Contact

Voor meer informatie over de onderzoeksresultaten of de inhoud van dit bulletin kunt u contact opnemen met Julia Wilpert (jwilpert@dfzs.nl) of Bernard ten Hag (btenhag@dewaagnederland.nl).

Referenties

- Blanchard, R. (2010).** The DSM Diagnostic criteria for pedophilia. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 304-316.
- Cantor, J.M., Klein, C., Lykins, A., Rullo, J.E., Thaler, L., & Walling, B.R. (2013).** A treatment-oriented typology of self-identified hypersexuality referrals. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 883-893.
- First, M.B. (2010).** DSM-5 Proposals for paraphilias: Suggestions for reducing false positives related to use of behavioral manifestations. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1239-1244.
- First, M.B., & Frances, A. (2008).** Issues for DSM-V: Unintended consequences of small changes: The case of paraphilias. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1240-1241.
- Hag, B. ten (2012).** Parafiele en niet-parafiele seksualiteit bij cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Overwegingen en therapeutische mogelijkheden. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 183-190.
- 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. (2010).** Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400.
- Kafka, M.P. (2014).** What happened to hypersexual disorder? *Archives of sexual behavior*, 43, 1259-1261.
- Kingston, D.A., & Bradford, J.M. (2013).** Hypersexuality and recidivism among sexual offenders. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 91-105.
- Lankveld, J.J.D.M., Geijen, W.E.H., & Sykora, H. (2008).** The Sexual Self-Consciousness Scale: Psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 925-933.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A., & O'Brien, M.D. (2011).** *Rehabilitating sexual offenders. A strength-based approach.* Washington DC: APA.

De informatie in dit bulletin kan afwijken van die in eventuele latere publicaties.