

# Gezond in seks: een groepstherapeutisch programma voor seksueel grensoverschrijdend gedrag

Door **Bernard ten Hag** (bernard@tenhag.com), psychotherapeut, en **Jocelyne Posthumus**, gz-psycholoog en wetenschappelijk adviseur bij het Expertise Centrum Forensische Psychiatrie. Beiden zijn werkzaam geweest bij De Waag, onderdeel van de Forensische Zorgspecialisten.

## Inleiding

In het artikel *Groepspsychotherapie bij zedendelinquenten: een gepaste behandeling* (ten Hag, 2014) werd betoogd dat groepstherapie een van de meest voorkomende behandelvormen is bij seksueel delictgedrag. Veel van de huidige groepstherapieën zijn meer gericht op taken (behandeling van criminogene factoren) en doelen (verminderen van recidive) dan op de persoon van de cliënt. In dit artikel werd gepleit voor een meer evenwichtige benadering. Een van de studies van Marshall (2005) laat zien dat een balans tussen procedures (hoeksteen van de cognitieve gedragstherapie) en voldoende flexibiliteit bij de therapeut (bijdrage vanuit de algemene psychotherapie) betere behandelresultaten geeft. Voor groepstherapeuten betekent dit dat (1) het accent moet liggen op mogelijkheden om groepsleden met elkaar in gesprek te brengen, (2) over de thema's die

voor hen van belang zijn en (3) dat de inhoud van de gesprekken moet gaan over problemen die in relatie staan tot hun delictpleging. Deze problemen liggen op het gebied van seksualiteit, intimiteit en sociale contacten, en algemene zelfregulatie. In grote lijn komen deze problemen overeen met de thema's waar groepsleden in hun leven mee worstelen. Aan de hand van de door Yalom beschreven groepstherapeutische factoren als cohesie, het bieden van hoop, het opheffen van isolement (universaliteit) en het uiten van pijnlijke gevoelens (catharsis) kunnen bovengenoemde problemen en thema's in groepsverband op betekenisvolle wijze behandeld worden.

De geschiedenis laat zien dat de therapeutische benadering van delinquenten eerder confronterend en straffend dan ondersteunend was. Net als in de verslavingszorg waar cliënten op felle en negatieve wijze werden bejegend, was de aanpak van delin-

quenten, en ook van zedendelinquenten, weinig empathisch. Delinquenten werden gemaand hun verantwoordelijkheid te nemen en soms werd de behandeling stopgezet of geweigerd als cliënten daarin geen verbetering lieten zien. Het ouderschap was het aangrijpingspunt in de behandeling en er was weinig oog voor de andere problemen waar cliënten in hun leven mee worstelden. Deze strenge en negatieve houding is niet helemaal onbegrijpelijk omdat het over gedrag gaat dat sterke afkeuring oproept en waarbij de voortgang in de behandeling soms traag verloopt. Ook huidige benaderingen die minder confronterend zijn maar wel sterk gericht op het verminderen van recidive lopen het gevaar de onderliggende problemen van cliënten te negeren. De nadruk op het ouderschap verduistert het feit dat onderliggende problemen een verklaring kunnen bieden voor delictgedrag en dus aandacht verdienen.

De groepsbehandeling 'Gezond in seks', kent een andere, meer toenaderingsgerichte, manier van benaderen. Het overkoepelende doel is vanzelfsprekend het voorkomen van recidive, maar de weg ernaartoe is cliënten te helpen hun leven op een betekenisvolle manier in te richten, zonder anderen schade te berokkenen. Overeenkomstig nieuwe inzichten in de behandeling van zedendelinquenten (ten Hag, 2015) staat niet het seksuele delict centraal, maar de voorlopers ervan zoals de problemen en ontregelingen die een prikkel vormden tot seksueel grensoverschrijdend gedrag. In dit artikel beschrijven we de problematiek van de deelnemers en het behandelprogramma en

besteden we aandacht aan de therapeutische benadering.

## De deelnemers

De Waag, centrum voor ambulante forensische psychiatrie en onderdeel van de Forensische Zorgspecialisten, biedt voornamelijk groepsbehandelingen aan voor cliënten die minderjarigen en volwassenen seksueel misbruiken. Daarnaast wordt een groepsbehandeling – dit artikel gaat over deze groep deelnemers – aangeboden voor cliënten met zogenoemde 'niet contact'-delicten als exhibitionisme en voyeurisme. Het gaat bij deze groep om parafiele stoornissen. Ook cliënten met andere strafbare parafilieën als frotteurisme en niet strafbare parafilieën als fetisjisme, waarvan de seksuele activiteiten tot justitiële contacten kunnen leiden (stelen van ondergoed) worden in deze groep opgenomen. De parafiele problematiek start over het algemeen vroeg in de adolescentie, en blijft jarenlang, tot op hoge leeftijd actueel en kent een hoge recidive (Laws & O'Donohue, 2009). Deze groep is in de laatste tien jaar uitgebreid met cliënten zonder duidelijke parafilieën. Bij de opkomst van internet, met een groot aanbod aan porno, kwam een nieuwe groep cliënten in beeld. Excessief seksueel gedrag kan in sommige gevallen escaleren tot grensoverschrijdend gedrag. De hoge kosten van excessief prostitutiebezoek kunnen economische delicten tot gevolg hebben. Het gebruik van sekslijnen en chatboxen kan leiden tot het lastigvallen van vrouwen. Ook is er een groep die vanuit een overmatige seksuele

belangstelling op zoek naar meer opwindend materiaal bij kinderporno terecht komt. De meest gebruikte zoekterm op internet bij porno is 'teen' (Joyal, 2014). Maar cliënten kunnen ook maatschappelijk in de problemen komen door hun excessieve seksuele gedrag, wanneer zij bijvoorbeeld tijdens hun werk porno kijken of het werk verwaarlozen door hun intensieve pornoconsumptie. Onderzoek van Kafka en Hennen (1999; 2003, zie ook Cooper, Golden & Marshall, 2006) heeft laten zien dat er enige overlap is tussen cliënten met een parafilie (exhibitionisme en voyeurisme) en cliënten met excessief, maar wel normaal seksueel gedrag. Dat betekent niet dat excessief seksueel gedrag automatisch tot grensoverschrijdingen leidt. Voor de groep 'Gezond in seks' zijn die cliënten geïndiceerd die gepreoccupeerd en overmatig met seks bezig zijn, hetzij door hun parafiele interesse, hetzij in seksueel excessief gedrag, of de combinatie daarvan. Seksuele preoccupatie wordt als een belangrijke in stand houdende factor bij seksueel grensoverschrijdend gedrag gezien (Mann, Thornton & Hanson, 2010). De groep bestaat uit mannelijke deelnemers. Hoewel problemen met excessief seksueel gedrag ook onder vrouwen voorkomen, leidt hun gedrag zelden tot grensoverschrijding en tot justitieel ingrijpen. Bij de start van de behandeling zijn cliënten in sterke mate gedemoraliseerd en bevinden zich vaak in een crisissituatie, soms hebben zij suïcidepogingen plaatsgevonden. De meesten van hen hebben een relatie, maar hun partners waren niet op de hoogte van het seksuele delict en werden onaangenaam ver-

rast toen dat uitkwam. Niet zelden was een *time out* nodig en moesten de mannen tijdelijk in een caravan of zomerhuis hun heil zoeken, in een enkel geval werd de relatie verbroken. Een probleem vormt het beschaamde vertrouwen van de partner en de taak van de cliënt om het vertrouwen te herstellen. Het is voor beide partijen niet eenvoudig daarin hun weg te vinden. Partners twijfelden aan zichzelf en sommigen gaven zichzelf ook schuld, onder andere vanwege hun slechte seksuele relatie met cliënt.

Een andere relevante factor bij behandeling is het contact met Justitie, zoals de (soms traumatische) ervaringen met politie, de rechtszaak en uiteindelijk de afstraffing. Sommige cliënten zijn nog in afwachting van hun rechtszitting en dat kan veel spanning veroorzaken. De groep biedt dan steun en een luisterend oor. Door erover te praten en de ervaringen van anderen te horen, neemt de stress af. Soms echter, kan de stress door de komende zitting dusdanig oplopen dat het gedrag in de weg staat. Feitelijk komt exploratie van problemen even stil te liggen en kan er uitsluitend gefocust worden op het goed doorkomen van de stressvolle tijd.

In de eerste maanden van de behandeling zijn cliënten over het algemeen vermijdend-passief en tonen zij zich sociaal angstig en weinig autonoom. Diagnostisch gezien is er vaak sprake van persoonlijkheidsproblematiek met vermijdende en afhankelijke, maar soms ook schizoïde trekken. Zij zijn vaak niet in gesprek met de ander maar zijn gefocust op hun eigen verhaal. Het duurt even voordat gerichtheid op de ander kan ontstaan.

De cliënten hebben met elkaar gemeen dat zij seks gebruiken als een manier om hun problemen op te lossen; zij voelen zich er tijdelijk wat beter door, en het is een manier om weg te vluchten van problemen in het leven van alledag, of van problemen uit het verleden. Wat cliënten ook met elkaar gemeen hebben is dat zij moeite hebben met hun partner te communiceren, niet alleen over seks maar ook over andere onderwerpen en met name over de relatie zelf. Cliënten zijn in de relatie voornamelijk op zichzelf gericht en in ongeveer de helft van de gevallen was de seksuele relatie met partner gestopt. Vaak genoemde redenen waren een verschil in seksueel verlangen, vaginisme, problemen met seksualiteit na zwangerschap, maar ook lichamelijke ziektes van de partner die belastend voor de seksuele relatie waren. Onze indruk was echter ook dat sommige partners wel zin in seks hadden, maar niet met hun man of op de manier waarop de man seks wilde. Een veel gehoorde klacht van de partners van cliënten was dat zij het gevoel hadden dat voor cliënten intimiteit gelijk stond aan seks. Het simpelweg stoppen van de seksuele relatie bleek dan de gemakkelijkste oplossing, en het was opvallend dat ook hier nauwelijks over werd gepraat. De meeste cliënten gingen ‘akkoord’ met geen seks meer hebben, maar zochten onderwijl hun heil ergens anders, niet bij machte om aan te geven dat zij de oplossing onbevredigend vonden, en ook niet in staat om te praten met hun partner over hoe de seks voor hen beiden verbeterd kon worden. Zij ontliepen de pijn in hun relatie door zich aan seksuele avonturen over te geven.

## Het programma

Er is weinig onderzoek gedaan naar behandelprogramma's voor cliënten met exhibitionisme en andere strafbare parafilieën, uitgezonderd seksueel misbruik van minderjarigen, waaronder pedofilie. Een tweede punt is dat bij seksueel excessief gedrag niet het seksueel afwijkende op de voorgrond staat. Desondanks lijkt het gerechtvaardigd om bij de behandeling uit te gaan van wat in onderzoek is gevonden bij hands-on zedendelinquenten. De criminogene factoren lijken dezelfde te zijn: tekorten op het gebied van intimiteit, gebrekkige emotieregulatie en preoccupatie met seks. Gezien de hardnekkigheid van het probleemgedrag gaat het om hoog risico-daders, al gelden hun delicten juridisch als ‘minder zwaar’. Niettemin maken zij slachtoffers.

De gebruikelijke gang van zaken in de forensische psychiatrie is dat na aanmelding een onderzoekstraject volgt waarin iemands problemen verder uitgediept worden en er een risicotaxatie gedaan wordt om de hoogte van het risico en de daaraan gerelateerde problemen te bepalen. Wanneer risico op herhaling reëel aanwezig is en de problemen vooral vanuit de seksuele preoccupatie verklaard kunnen worden, is er een indicatie voor de groep ‘Gezond in seks’. Contra-indicaties voor deze groep zijn een te geringe seksuele motivatie in het delict of als er andere problemen te veel op de voorgrond staan (middelenafhankelijkheid), of als iemand een zeer instabiel leven leidt waardoor afspraken niet nagekomen kunnen worden.

De groepsbehandeling bestaat uit wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur voor ongeveer acht cliënten, begeleid door een vrouwelijke en mannelijke therapeut. Onze jarenlange ervaring met deze groepstherapie heeft uitgewezen dat de gemiddelde behandelduur anderhalf jaar is. Indien nodig volgt een individueel nazorgtraject. Naast of na de groepsbehandeling wordt aangestuurd op partnerrelatiegesprekken en eventueel partnerrelatietherapie.

In de loop der jaren is het belangrijkste veranderingsmiddel het gesprek in de groep geworden, waarin deelnemers in een veilig klimaat hun zorgen en hun angsten kunnen uitspreken. Op deze manier ervaren ze dat ze ertoe doen, waardoor zij vervolgens hun gedrag kunnen bijstellen. Er is een werkboek, met veel psycho-educatief materiaal, maar dit dient hoofdzakelijk als achtergrond. Er wordt niet systematisch uitgewerkt en de behandeling kent geen vaststaand protocol. Het onderwerp seksualiteit, als het meest vanzelfsprekende onderwerp, nemen we in dit artikel als uitgangspunt. Daarna belichten we seksualiteit in relatie met intimiteit en vervolgens met zelfregulatie, met name emotieregulatie.

## **Seksualiteit**

Seksualiteit is complex gedrag, en de complexiteit neemt toe als het gaat over afwijkend seksueel gedrag. Deze complexiteit heeft als voordeel dat in iedere groepssamenstelling genoeg variatie zit om veel facetten van het seksuele gedrag te bespreken. Er zijn behandelprogramma's waarin seksualiteit op

een meer gestructureerde wijze aan de orde komt, maar de verschillen in seksueel gedrag en seksuele beleving bij de cliënten zijn divers genoeg om zonder een psycho-educatief programma het onderwerp seksualiteit in meerdere facetten zinvol te behandelen. Naast verschillen in seksueel delictgedrag kent iedere groepssamenstelling homo- en heteroseksuele mannen; sommige cliënten hebben wel seks met hun partner, andere niet; sommigen rapporteren seksuele disfuncties; er leven diverse opvattingen over onderwerpen als masturbatie en porno en over wat normaal en niet normaal seksueel gedrag is. Doel van de behandeling is het bespreken van opvattingen die men over seksualiteit heeft en deze waar nodig te ontwikkelen en bij te stellen. Het nadeel van een (semi-)gestructureerd programma is dat kostbare tijd aan onderwerpen besteed wordt die in de groep niet leven, waardoor minder goed aansluiting gevonden wordt met de thema's die wel belangrijk zijn. Iedere groepssamenstelling heeft haar eigen thema's.

De aanpak is aandacht geven aan wat er over seksualiteit gezegd wordt, om op deze manier meer expliciet te maken wat impliciet vaak verborgen ligt. Het gaat niet zomaar om opvattingen over seksualiteit in het algemeen, maar om opvattingen die over pijnlijke en moeilijke kwesties gaan (problemen in seksuele intimiteit), en over opvattingen die tot onverstandig, ongepast en grensoverschrijdend gedrag leiden. Het accent ligt vooral op het laten ervaren dat cliënten vrijuit over seksuele onderwerpen kunnen praten, zonder dat er iemand veroordeeld of gek gevonden wordt. Ondanks dat er met humor

over gepraat kan worden, is het een serieuze bezigheid, zonder dat er druk op ligt, zonder dat er iets moet. Het gaat in de groep om het mogelijk maken van ‘een ont-moeting: het moeten hoeft niet’ (Verhaeghe, 2011, pg. 34). Dit is een andere ervaring dan in de partnerrelatie waar het onderwerp snel iets verplichtends in zich heeft. Maar in hoeverre moet het seksuele delict aan de orde komen?

Het seksuele delict zelf is niet het hoofdonderwerp van analyse. Het gaat eerder om de voorlopers ervan: wat was er met je aan de hand – het gaat bijna altijd over problemen – waardoor je ‘deze oplossing’ koos? Het is de meeste deelnemers duidelijk dat ze deze oplossing graag op een normale manier zouden willen invullen. Bij problemen met seksueel excessief gedrag komt daarbij dat er, indien nodig, extra aandacht besteed moet worden aan het verminderen of stoppen van dit seksuele probleemgedrag.

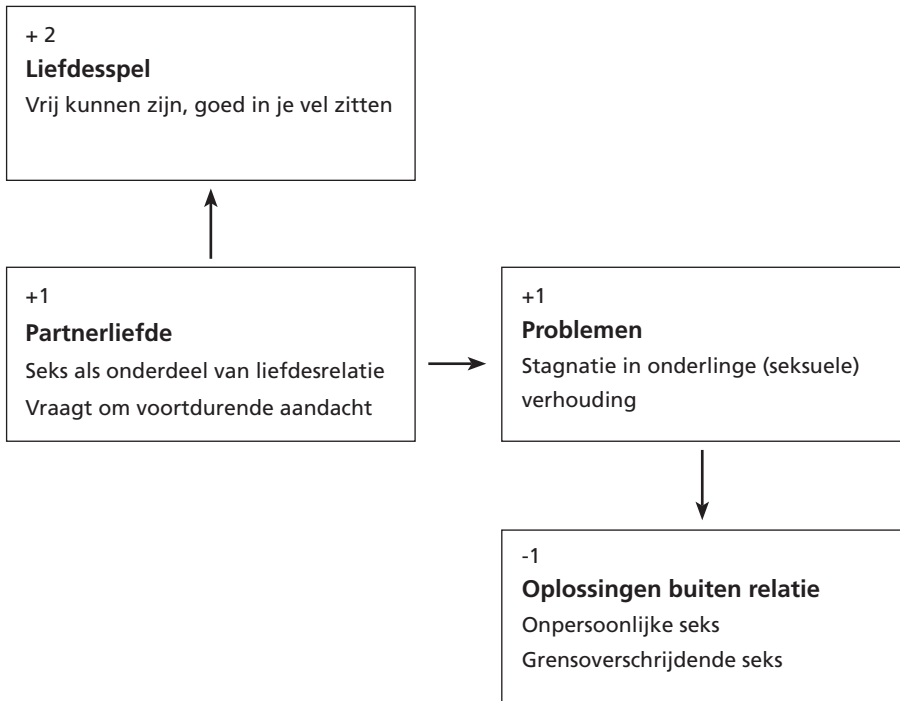
Bij seks gaat het zelden alleen om de seks. In de behandeling ligt de focus op het grotere plaatje, op de combinatie van seks met intimiteit en van seks met zich prettig voelen. Het uitgangspunt is dat de mens een seksueel wezen is en op zoek naar seksuele intimiteit, naar intimiteit waar seks deel van uitmaakt. Het doel is om seksualiteit een goede plek in het leven te geven, waarbij ernaar gestreefd wordt om zich in seks op het gemak te voelen.

### **Seksualiteit en intimiteit**

Vaak vanuit ongunstige en negatieve omstandigheden in de kindertijd zijn veel cliënten onveilig gehecht. Op basis hiervan

zijn hun relationele geschiedenis en hun groepservaringen mager te noemen en gebrekkig ontwikkeld. Vooral angstig en in enkele gevallen sterk vermijdend gehecht, zijn het zelfbeeld en het beeld van de ander vervormd en zijn de intimiteitsstrategieën eerder dwingend en eenzijdig, dan coöperatief. Onder het bevorderen van intimiteit vallen subdoelen als het zelfbeeld verbeteren, waardoor de interesse in de ander kan ontstaan; het eigen hechtingspatroon leren begrijpen en wijzigen; seksueel intiem leren worden met partner en (over seks en intimiteit) leren praten. Het doel is dat cliënten een veiliger hechtingsstijl ontwikkelen, waardoor hun intimiteitsbehoefte beter vervuld kan worden. Dat betekent concreet dat er in de behandeling gewerkt wordt aan het verminderen van sociale angst, problemen en conflicten in de relatie leren aanpakken in plaats van vermijden en het ontwikkelen van meer of meer diepgaande vriendschappen. Van belang is dat cliënten leren de onveiligheid die zij in relaties en andere contacten ervaren niet te compenseren in seksuele (grensoverschrijdende) activiteiten.

De seksuele relatieladder (zie figuur) is een bewerking van de *Maltz hierarchy of sexual interactions* (1995) en kan zinvol ingezet worden in het verklaren van seksueel probleemgedrag; de moeite om seksueel intiem met een gelijkwaardige partner te worden. Seksualiteit wordt in dit model in de context van relaties gezien en voorgesteld als een trap, waarin partners gezamenlijk opklimmen en zich ontwikkelen tot wezens die hun seksuele energie kanaliseren in de richting



Figuur 1: De seksuele relatieladder - naar Maltz hierarchy of sexual interaction

van interpersoonlijke ervaringen die diepe voldoening geven.

De trap kan ook naar beneden afgedaald worden, waar personen in hun eentje opwinding zoeken in onpersoonlijke seksuele contacten en/of seksueel grensoverschrijdende activiteiten (-1). In het concept van Maltz kent de ladder meerdere sporten, naar boven op weg naar meer zelfverwerkelijking en naar beneden afdalend in meer destructie. Psychotherapeutisch gezien spelen de problemen zich echter vooral af op het eerste niveau (+1), waar mensen een leven lang met elkaar een weg moeten vinden, en met elkaar moeten onderhandelen over

meer verbinding in de relatie en over de seksualiteit daarbinnen (Hafkenscheid en Gundrum, 2010).

Het werken met de seksuele relatieladder heeft ons het inzicht gegeven dat de problemen met ongewenste seksuele interesses niet zozeer voortkomen uit afwijkende seksuele voorkeuren, maar eerder te maken hebben met onvermogens ‘in bed’ met een gelijkwaardige partner. Cliënten durven niet. Zowel cliënt als partner zijn verantwoordelijk om het seksuele leven invulling te geven (+1) en zo mogelijk te verrijken (+2). Veel partners blijven vastzitten in het veroordelen van de strafbare, maar voor de

relatie uiteraard verwoestende feiten. Dit bemoeilijkt het proces van kritisch naar jezelf en naar de relatie kijken. Vaak worden partners ook veroordeeld: 'waarom blijf je bij deze man?' Partners zijn in deze maatschappelijke constellatie niet benijdenswaardig.

*Een 40-jarige man ziet rond zijn achtste jaar samen met zijn vriendjes een exhibitionist. Vanaf dat moment blijft hij fantaseren over exhibitionisme en voyeurisme en enkele jaren later gaat hij zelf exhibitioneren. Wanneer hij in de twintig is, trouwt hij en weet hij een tijdlang te stoppen met exhibitionisme. Na het krijgen van kinderen en ziekte van zijn partner dooft de seksuele relatie uit. Hij stort zich overmatig op de huishouding en op zijn werk. Daarnaast brengt hij meerdere keren per week vele uren op zolder door met porno kijken. Hij begint opnieuw te exhibitioneren. Een eerdere aanhouding en het betalen van een boete weet hij voor zijn partner geheim te houden.*

*In de groep blijft hij enige tijd onzichtbaar en maakt hij het vooral andere groepsleden naar hun zin. Uitgedaagd door anderen formuleert hij als behandeldoel meer te laten zien wat hij zelf belangrijk vindt in zijn leven en waarvoor hij wil gaan. Hij gaat meer op het spel zetten door meer contact met anderen te maken, in de groep, met zijn partner en bij collega's op zijn werk. Hij laat meer van zijn gevoelens zien en aan de reacties van anderen merkt hij dat dit niet vreemd overkomt. Hij merkt tevens dat hij zich minder alleen voelt door meer bij anderen betrokken te zijn. In de partnerrelatiegesprekken laat de part-*

*ner zien dat zij zich in de kern van hun samenzijn, intimiteit en relatie gepakt voelt en zich daar erg alleen in voelt. Hij gaat op haar gevoelens in en benoemt in een huilbui dat hij zich altijd erg zielig voelde wanneer hij weer geëxhibitioneerd had. Zij gaan beiden op zoek naar hun 'oplossingen': zij had als kind geleerd dat ruziemaken slecht is, bij hem werd thuis alles met een grap afgedaan en voelde hij zich daardoor niet serieus genomen: oplossingen die contact in de weg staan. Zijn partner zoekt ook naar manieren om haar ziekte, die zich uit in oververmoeidheid, zo te reguleren dat er ruimte voor seksuele intimiteit kan komen. Als echtbaar gaan zij op een door de kerk georganiseerde cursus voor gehuwden.*

*Waarom groepstherapie? Hij heeft daarin geleerd 'zichzelf op de kaart te zetten'. Hij is zichtbaar, zonder het maken van grapjes en zonder overmatige verantwoordelijkheid voor anderen te nemen. Hij is zichtbaar zonder te hoeven exhibitioneren.*

### **Seksualiteit en zelfregulatie**

Een andere belangrijke vaardigheid in het leven, naast het kunnen verbinden aan anderen, is het aankunnen van het leven zelf door problemen adequaat aan te pakken en gevoelens te kunnen reguleren. Over het algemeen hebben zedendelinquenten er moeite mee om met emoties om te gaan. Deze onvermogens leiden ertoe dat ze onvoldoende hun doelen in het leven halen (Marshall et al., 2011). Tekorten op het gebied van zelfregulatie kunnen leiden tot probleemgedrag van velerlei aard, van misbruik van



alcohol en andere middelen, tot overmatig eten en andere overmatige gedragingen, waaronder ook seks. In hun studies over excessief seksueel gedrag vonden Bancroft, Graham e.a. (2009) een sterke relatie tussen seks, depressie en angst. Ter ondersteuning van deze relatie kan aangevoerd worden dat het gebruik van antidepressiva (SSRI's) door personen met hyperseksueel gedrag werkzaam is. De seksuele preoccupatie neemt door medicatie af. Overmatig met seks bezig zijn wordt gezien als seksuele coping en is een vorm van emotiegerichte coping. In plaats van de problemen aan te pakken blijft iemand hangen in het negatieve gevoel hierover en worden seksuele activiteiten gezocht ter verlichting. Problemen worden verergerd wanneer deze vorm van coping de overhand krijgt boven andere oplossingen.

Deze personen zitten gevangen in twee cirkels, waarbij soms de ene en dan weer de andere cirkel overheerst. De ene cirkel is meer compulsief van aard, waarbij seks de functie heeft om iemands negatieve stemming te verminderen. De andere cirkel wordt gekenmerkt door impulsiviteit. Men zoekt grotere bevrediging en meer variatie. Dit kan ertoe leiden dat steeds sterkere prikkels voor bevrediging nodig zijn, inclusief seksuele prikkels van verboden aard. Frappant is dat de seksuele bevrediging in beide cirkels weinig voldoening geeft, hetgeen een van de verklaringen is waarom men doorgaat met deze vorm van coping. Men is tijdelijk van zijn ongemakkelijke gevoel verlost, verkeert vervolgens enige tijd in staat van opwinding en na de ontlasting

komt men weer in hetzelfde nare gevoel terug. Tevens ontwikkelt men geen andere, betere oplossingen die op termijn meer voldoening geven.

Onder het verbeteren van de zelfregulatie vallen emotieregulatie, het vergroten van assertiviteit (met name boos durven worden) en het verbeteren van de probleemoplossende vaardigheden. Het gaat erom dat seks minder de functie van probleemoplossing krijgt. Bovendien is het doel seksualiteit op een gezondere manier te beleven. Hieronder wordt verstaan dat cliënten leren zich meer op hun gemak te voelen met seksuele intimiteit met een ander, dat zij minder gepreoccupeerd met seks zijn en dat zij betere keuzes maken ten aanzien van seksualiteit.

Om seks op een gezonde manier te beleven dient afscheid te worden genomen van het strafbare en overmatige seksuele gedrag. Dit kost de een meer moeite dan de ander. Bij sommige cliënten dient eerst de motivatie om te stoppen met het seksuele probleemgedrag vergroot te worden. Andere subdoelen op weg naar gezonde seks zijn het bijstellen van de hoge verwachtingen van seks. In hun wens tot gelukkig zijn wordt seks overgewaardeerd. Men is op zoek naar superseks en de nadelige gevolgen van hun seksuele probleemgedrag worden veronachtzaamd. Er wordt een ideaal gekoesterd van een leven dat zonder problemen is.

*Hij is 34 en pornoverslaafd. De verslaving startte rond zijn achttiende, toen hij ging studeren. Op sommige dagen keek hij veertien uur per dag. Zijn studie raakte erdoor*

*in het slop en met pijn en moeite haalde hij zijn bachelor. Op de dagen waarop hij zijn scriptie moest schrijven kwam daar vaak niets van terecht. Zodra hij zijn computer opstartte begon hij met het vertrouwde klikken naar de pornosites. Gewone porno kon hem op een gegeven moment niet meer boeien, hij ging op zoek naar spannender en uitdagender materiaal en belandde in de poep- en plassekssites. Later volgden dierenporno en kinderporno. Inmiddels is hij bedrijfsleider in de horeca, hij werkte zich op vanuit zijn bijbaan in de bediening. Als het rustig is kijkt hij tussendoor porno, en 's avonds als hij thuiskomt 'hoort porno kijken erbij' om te ontspannen.*

*Zijn vriendin, met wie hij nu tien jaar samen is, heeft er geen problemen mee dat hij porno kijkt, maar keurt het vele kijken achter elkaar en het downloaden van illegale porno sterk af. Hun seksuele relatie is ingewikkeld. Ze doen het te weinig naar zijn zin. Zij geeft aan dat ze zich niet begeerd voelt en dat het nooit genoeg is.*

*In de groepstherapie is het eerste doel om te stoppen met het downloaden van strafbare porno. Dat doel is gemakkelijk bereikt, mede vanwege de angst voor een tweede aanhouding. Zijn doel verschuift naar minder porno kijken, en meer controle over wanneer hij kijkt en hoe lang. Dat blijkt een ware worsteling. Ineens moet hij nadenken over wat hij dan met zijn tijd kan doen, en blijkt hoe leeg zijn leven is. Hij ontdekt dat hij er moeite mee heeft zich kwetsbaar op te stellen in contacten met anderen, en is zelfs wat sociaal angstig. Porno kijken bleek ook een goede 'dekmantel' om contacten uit de*

*weg te gaan. Hij formuleert als doel om een hobby te ontwikkelen, en pakt een liefde uit zijn tienertijd op; saxofoon spelen. Hij sluit zich aan bij een band.*

*Hij doet het inzicht op dat hij tijdens de seks met name op zichzelf gericht is, en dat er tussen hem en zijn vriendin weinig echte intimiteit is. Beiden moeten eraan wennen dat hij probeert meer te knuffelen en echt geïnteresseerd te zijn in haar belevenissen van alledag. Zijn vriendin reageert in eerste instantie wat achterdochtig, en ziet zijn goede bedoelingen als manier om haar sneller het bed in te krijgen. De afspraak dat intimiteit die eerste paar maanden van dit 'experiment' niet tot seks leidt geeft rust. Het minder porno kijken gaat met vallen en opstaan. Uiteindelijk geeft het doel: 'ik kijk als ik er zin in heb, en niet omdat ik me eigenlijk rot voel en dat rotgevoel wil wegmaken' goede richting aan waar hij in de behandeling naartoe wil.*

### **Therapeutische houding**

Zoals in de inleiding beschreven kent de behandeling van delinquenten een geschiedenis van confronterende benaderingen. Vooral het minimaliseren van hun aandeel in het delict en daarmee het afschuiven van verantwoordelijkheid werd aangepakt. Dit werd als een criminele manier van denken gezien. Deze visie is echter niet houdbaar gebleken (Maruna & Mann, 2006). Ook niet-delinquenten – wij dus – hebben de neiging de oorzaak van onze fouten niet bij onszelf neer te leggen, om onszelf daarmee in bescherming te nemen. Met name een

substantieel deel van zedendelinquenten heeft op basis van een onveilige gehechtheid een laag zelfbeeld en onderschat eigen kunnen. Zij zijn angstig om te veranderen, aarzelen om nieuw gedrag uit te proberen, geven gemakkelijk op bij tegenslag en hebben overwegend een negatieve stemming. Zij zijn sterk gefocust op zichzelf. Door een goede therapeutische relatie en een veilig groepsklimaat kunnen zij zich meer op hun gemak voelen. Pas dan kan er ruimte ontstaan om in de loop van de therapie het foutte gedrag onder ogen te zien en kan er aandacht voor de ander zijn en daarmee empathie voor het slachtoffer plaatsvinden. Effectief behandelen van zedendelinquenten kent aldus een procesmatig verloop, waarbij in de loop van de therapie meerdere hobbels genomen moeten worden.

Het seksueel grensoverschrijdende gedrag is de aanleiding voor behandeling, maar het is niet de meest toegankelijke weg voor therapie. Je kunt als therapeut gemakkelijk verstrikt raken in de aard van het delictgedrag, en dat in de periode waarin cliënten het meest op hun hoede zijn en minder geneigd om de problemen bij zichzelf te zoeken. De meeste cliënten voelen zich gestuurd en de motivatie voor behandeling is voornamelijk extern gekleurd: zich aanmelden omdat ze iets verschrikkelijks gedaan hebben en omdat ze het slachtoffer of hun partner verplicht zijn om er iets aan te doen. Een andere vorm van externe motivatie, die uiterst ambigu is, is behandeling accepteren en tegelijkertijd aangeven dat herhaling van het seksueel grensoverschrijdende gedrag nooit meer zal gebeuren. Cliënten hebben

bij de start van de behandeling vaak een ‘bekentenisscript’: Ik heb het gedaan en ik doe het nooit weer.’ Een dergelijk script zegt weinig over werkelijke motieven en pijn, en staat onderzoek en behandeling in de weg. De eerste drempel van de therapeut is met de cliënt in gesprek trachten te komen over de aanleidingen van het grensoverschrijdende gedrag, door op zoek te gaan naar de problemen en conflicten in iemands leven. Het doel is die problemen en conflicten die de aanleiding vormden voor het delict te definiëren, maar bij te veel weerstand dienen de therapeuten tevreden te zijn met wat aan probleem op tafel wordt gelegd en vormt dat het vertrekpunt. In een later stadium kan dan een verband met het delict worden gelegd.

Een veilig behandelklimaat, individueel en in de groep, neemt de eerste drempel bij cliënten weg, maar dat betekent nog niet dat ze daarmee met zichzelf aan de slag gaan. Naar therapie komen is één, in therapie gaan is de volgende stap. Behoeftes, verlangens en wensen naar verbinding blijven bij onveilig gehechten onvervuld, en hun zoeken naar verbinding is vaak disfunctioneel. De pijnlijke ervaringen op dit gebied worden in de therapie voortdurend gevalideerd door op te merken dat het begrijpelijk is dat op basis van een ongunstige voorgeschiedenis problemen ervaren worden, dat het voor iedereen een hele kunst is en blijft om goed met je partner om te gaan en dat iedereen zich daarvoor zijn hele leven moet inspannen. Hafkenscheid en Gundrum (2010) noemen dit het eigenlijke therapeutische werk: de cliënten helpen hun eigen interpersoon-

lijke verlangens te leren afstemmen op die van anderen vanuit wederkerigheid. Groepstherapie biedt naar onze mening (zie ook Allen, 2011) deze mogelijkheid bij uitstek en heeft daarom de voorkeur boven individuele therapie. De wederkerigheid wordt door de verschillende deelnemers op verschillende wijze ingevuld maar ook uitgedaagd. Op deze manier kan ervaren worden dat wederkerigheid een bevredigendere oplossing biedt voor onvervulbare behoeftes en verlangens dan seksueel misbruik dat door eenrichtingsverkeer wordt kenmerkt.

In navolging van Marshall (2005) gaat het bij de interactionele strategieën in de therapie over een mix van ondersteuning en enige mate van directiviteit. Deze strategieën strekken zich uit van ondersteunen, uitleggen en reflecteren tot minder complementair werken en oefenen met nieuw gedrag. Zij beantwoorden aan de twee polen van disfunctioneel communicatiegedrag: aansluiten bij de angsten en pijn die onder het disfunctionele gedrag liggen en het disfunctionele gedrag uitdagen, met als doel een voor cliënten functioneler communicatiegedrag dat *beter* de eigen verlangens verwoordt, en *meer* in contact is met anderen. Bij de start van de behandeling zal de benadering vooral ondersteunend en empathisch zijn.

Een eerste doel is dat cliënten meedoen en hun verhaal naar voren brengen. Daartoe worden zij zoveel mogelijk uitgenodigd, zodat de sociaal-angstigen onder hen zich op hun gemak leren voelen bij communiceren. Daartoe wordt hun inbreng zoveel mogelijk bekrachtigd en worden hun angsten gevali-

deerd (het is moeilijk om het woord te nemen als je het niet gewend bent). Dit alles legt de basis voor een positieve werkrelatie die nodig is om over moeilijkere onderwerpen te spreken en aan te sturen op verandering. Bij voldoende basis wordt aan de vanzelfsprekendheid waarmee iemand over zijn problemen praat gewrikt. Onder andere de 'weet-niet'-houding kan effectief zijn: stiltes laten vallen, opmerkingen als 'wat bedoel je', 'kun je dit uitleggen?', 'ik begrijp het niet'. Vaak met inschakeling van de groep met de vraag of iemand begrijpt wat medecliënt bedoelt, of door iets naar voren te halen en op deze manier in de groep ter discussie te stellen. De bedoeling is om het mentaliseren op gang te brengen.

Het gaat in therapie niet altijd om verandering, maar om verkenning. Voordat je aan gedragsverandering toekomt is eerst nodig te verkennen waar de pijn zit of wat de functie van een bepaald gedrag is. Ook uitleg en psycho-educatie kan de rol vervullen van verkenning en verdieping. Een volgende stap is het uit balans brengen of iemand op het verkeerde been zetten. Naarmate iemand zich veiliger voelt, kunnen uitdagende technieken meer ingezet worden. Deze technieken zijn nodig omdat cliënten niet gemakkelijk vanuit zichzelf het problematische gedrag opgeven, want het biedt naast pijn ook vertrouwde. Een therapeut kan niet op zijn lauweren rusten; onbewust trekken cliënten de therapeut mee in hun vertrouwde hechtingspatroon door onder andere te vragen om ontzien te worden, en om niet dichtbij te komen. Als resultaat moeten de inspanningen uiteindelijk leiden tot an-

der gedrag, in en buiten de sessie. Het gaat niet om bewustwording of inzicht, maar om ander gedrag: durven de ander aan te spreken, in de groep maar ook thuis met de partner in gesprek gaan over zaken die je al die tijd hebt laten liggen. Deze zaken worden in de groep geoefend: hoe ga je dit aanpakken? Hoe ga je reageren als je partner onvoldoende op je reageert?

Er ligt hier een sterke link met seksueel probleemgedrag, zowel grensoverschrijdend als excessief seksueel gedrag. Seksueel probleemgedrag is namelijk vooral te zien als controleseks, omdat cliënten moeite hebben om seksuele intimiteit te beleven (ten Hag, 2012). Cliënten zoeken onpersoonlijke seksuele contacten, ‘gewillige’ slachtoffers of doen vooral aan soloseks achter de computer omdat ze angstig ‘in bed’ zijn of moeite hebben op te komen voor hun eigen seksuele behoeftes, of slecht kunnen onderhandelen met hun partner over hun wensen. Deze problemen leiden vaak tot seksuele preoccupaties en tot piekeren over niet vervulde verlangens.

### **Tot slot**

Dit artikel beschrijft een groepstherapeutische behandeling voor cliënten met grensoverschrijdend seksueel gepreoccupeerd gedrag. Al langer was duidelijk dat zogenoemde ‘daderbehandelingen’ onvoldoende werkzaam zijn als er geen aandacht is voor onderliggende problemen. Die zijn in het kort te omschrijven als persoonlijkheidsproblematiek, ontstaan vanuit negatieve en onveilige ervaringen in de kindertijd, waar

voor seksueel uitageren als oplossing is gaan gelden. Het seksuele delict kan goed gezien worden als een poging om onvervulbare en interpersoonlijke angsten ‘op te lossen’. Geschaad in hun vermogen zich aan anderen te binden, biedt een groepsbehandeling een unieke kans om vertrouwen in zichzelf en in anderen te herstellen. Het beschreven behandelprogramma berust op een veilige therapeutische relatie. Maar een goede therapeutische relatie is niet alles, merkt Allen op en citeert Paul Wachter (Allen, 2011, pagina 300): ‘De therapeut wordt een heerlijke oase, maar de cliënt woont nog steeds in de woestijn.’ Allen vervolgt dat een groepstherapie vele mogelijkheden biedt om het mentaliseren in verschillende relaties in praktijk te brengen. In de groep vindt continu een confrontatie plaats met elkaars problemen in het dagelijks leven, die gehoord, begrepen en verwerkt moeten worden in onderlinge steun aan elkaar.

Als therapeutenkoppel van man en vrouw deze groep begeleiden, ervaren wij als enerverend en dankbaar werk. Enerverend omdat er over belangrijke thema’s gesproken wordt die ons als therapeuten ook raken. Wij therapeuten kennen problemen op dezelfde levensgebieden maar gaan daar anders mee om dan de groepsleden. Dankbaar omdat de deelnemers er zichtbaar van opknappen; ze stoppen met hun schadelijke en strafbare gedrag, zij krijgen meer grip op hun leven en ze weten beter inhoud te geven aan hun relatie en vriendschappen. Elke deelnemer heeft zijn eigen hechtingservaringen met zijn ouders, en mogelijk ook zijn relationele ervaringen kunnen

projecteren op ons. Door een veilig, niet veroordelend therapeutenkoppel te zijn, konden wij een corrigerende ervaring voor de deelnemers zijn, ook op seksueel gebied. Een therapeutenkoppel van man en vrouw zorgt voor een zekere 'seksuele balans' in de groep. Er wordt over seksueel ongepast gedrag gesproken, echter zonder giftige, onrespectvolle lading. Daardoor wordt het niet alleen voor de vrouw, maar ook voor de man hanteerbaar. Alle gedachten en gevoelens van de deelnemers, hoe gek of pervers ook, mochten uitgesproken worden zonder dat daarop een veroordeling volgde. Bij incidentele, impulsieve uitglijders kon vaak iemand zelf al aanvoelen dat de opmerking niet helemaal gepast was, al of niet door aanwijzingen van andere groepsleden. Dat vormt de basis om vervolgens gericht zelfonderzoek te doen en nieuwsgierig te zijn naar eigen en andermans beweegredenen.

## Literatuur

Allen, J. (2011). Reflecties over de cliëntgerichte therapie vanuit het perspectief van gehechtheid en mentaliseren. *Tijdschrift Cliëntgerichte Therapie*, 49(4), 293-307.

Bancroft, J., Graham, C.A., Janssen, E. & Sanders, S.A. (2009). The Dual Control Model: Current status and future directions. *Journal of Sex Research*, 46(2-3), 121-142.

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). Chicester: Wiley.

Hafkenscheid, A. & Gundrum, M. (2010). De therapeutische relatie als onderhandelingsproces: het resolutiemodel voor alliantiebarsten van Safran. *Gedragstherapie*, 43, 127-147.

Hag, B. ten (2012). Parafiele en niet-parafiele seksualiteit bij cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Overwegingen en therapeutische mogelijkheden. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(3), 183-190.

Hag, B. ten (2015). Groepspsychotherapie bij zedendelinquenten: een gepaste behandeling. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 10(3), 13-23.

Joyal, C.G. (2014). How anomalous are paraphilic interests? *Archives of Sexual Behavior*, 43, 1241-1243.

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(4), 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(4), 307-322.

Laws, D.R. & O'Donohue, W.T. (2008). *Sexual deviance. Theory, assessment, and treatment*.

Second Edition. New York/London:  
The Guilford Press.

Maltz Hierarchy of Sexual Interaction (1995).  
[www.healthysex.com](http://www.healthysex.com).

Mann, R.E., Hanson, R.K. & Thornton, D.  
(2010). Assessing risk for sexual recidivism:  
some proposals on the nature of psychologi-  
cally meaningful risk factors. *Sexual Abuse:  
A Journal of Research and Treatment*, 22,  
191-217.

Marshall, W.L. (2005). Therapist style in sexual  
offender treatment: Influence on indices of  
change. *Sexual Abuse: A Journal of Research  
and Treatment*, 17(2), 79-107.

Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A. &  
O'Brien, M.D. (2011). *Rehabilitating sexual  
offenders. A strength-based approach*.  
Washington: APA.

Maruna, S. & Mann, R.E. (2006). A fundamen-  
tal attribution error? Rethinking cognitive  
distortions. *Legal and Criminological  
Psychology*, 11(2), 155-177.

Verhaeghe, P. (2011). *Liefde in tijden van  
eenzaamheid. Over drift en verlangen*.  
Amsterdam: De Bezige Bij.