

**Behandlungsstrategieën bij**

**PSYCHISCHE STOORNISSEN**

*combinatie van*

**PSYCHOFARMACA / PSYCHOTHERAPIE**

ONDER REDACTIE VAN

*dr. A. Bakker*

*dr. T. Kuipers*

*prof.dr. R. van Dyck*

CURE & CARE



*development*

BOHN STAFLEU VAN LOGHUM  
HOUTEN / DIEGEM 2001

- van Harten, P., Kölling, P., Moleman, *Behandeling met psychofarmaca*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jong, C.A.J., de, Schippers, G.M., Wildt, W. de (2000). Het gebruik van farmaca bij de behandeling van misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve stoffen. In: R.H.L.M. Bovens, W.R. Buisman, J. Casselman, E.A. Noorlander, G.M. Schippers, W.M. de Zwart (red.), *Handboek verslaving* (B4336, 3-26). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Knox, P.C., Donovan, D.M. (1999). Using naltrexone in inpatient alcoholism treatment. *Journal of psychoactive drugs*, 31, 373-388.
- McLellan, A.T., Arndt, I.O., Metzger, D.S., Woody, G.E., O'Brien, C.P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*, 269, 1953-1959.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R., Brown, J.M., Simpson, T.L., Handmaker, N.S., Bien, T.H., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K., Tonigan, J.S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In: R.K. Hester, W.R. Miller (red.), *Handbook of alcohol treatment approaches: effective alternatives*, second edition. Boston: Allyn & Bacon.
- Miller, W.R., Andrews, N.R., Wilbourne, P., Bennett, M.E. (1998). A wealth of alternatives: effective treatments for alcohol problems. In: W.R. Miller, N. Heather (red.), *Treating addictive behaviors*, second edition. New York/London: Plenum Press.
- Mont, P.M., Abrams, D.B., Kadden, R.M., Cooney, N.L. (1989). *Treating alcohol dependence: a coping skills training guide*. New York: The Guilford Press.
- O'Malley, S.S. (1997). Pharmacotherapy and psychotherapy: contradictory or complementary? *Addiction*, 92(8), 950-951.
- O'Malley, S.S., Jaffe, A.J., Chang, G., Schottenfeld, R.S., Meyer, R.E., Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 881-887.
- Rietdijk, E. (1999). *Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij verslaffen: een review van de empirische evidence*. Amsterdam: AIAR.
- Schippers, G.M. (1995). Motivierende gespreksvoering. In: R.H.L.M. Bovens, W.R. Buisman, J. Casselman, E.A. Noorlander, G.M. Schippers, W.M. de Zwart (red.), *Handboek verslaving* (B4340, 1-25). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149-1153.
- Swift, R.M. (1999). Drug therapy for alcohol dependence. *The New England Journal of Medicine*, 1482-1490.
- UK Alcohol Forum (1997). *Guidelines for the management of alcohol problems in primary care and general psychiatry*. Bucks: Tangent Medical Education.
- Veddel, E., Emmelkamp, P.M.G., Koning, E. de, Schippers, G.M. (2000). *De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid: Individuele therapie versus partnerrelatietherapie*. Universiteit van Amsterdam, programmagroep Klinische psychologie.
- Verbeul, R. (1999). *Effectiviteit van kortdurende interventies: een review van de empirische evidence*. Amsterdam: AIAR.
- Volpicelli, J.R., Watson, N.T., King, A.C., Sherman, C.E., O'Brien, C.P. (1995). Effect of naltrexone on alcohol 'high' in alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 152, 613-615.
- Volpicelli, J.R., Rhines, K.C., Rhines, J.S., Volpicelli, L.A., Altman, A.L., O'Brien, C.P. (1997). Naltrexone and alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, 54, 737-742.
- Wildt, W.A.J.M. de, Schippers, G.M. (1999). Protocolaire behandeling van patiënten met alcoholproblemen: motivering, zelfcontroletraining en terugvalpreventie. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, C.A.L. Hoogdijn, *Protocolaire behandelingen in de ambulante gez. 2*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wildt, W.A.J.M. de, Schippers, G.M., Brink, W. van den, Porgieter, A.S., Deckers, F., Bets, D. (aangetrokken). Does psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprosate?

# Combinatiebehandeling bij pedofilie en exhibitionisme

D.J. van Beek, J.R. Mulder en C. de Ruiter

## 7-1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van cognitieve gedragstherapie en medicamenteuze behandeling toegepast bij twee parafilieën die in de forensische praktijk geregeld worden aangetroffen: pedofilie en exhibitionisme. In de forensische behandeldcontext hebben we altijd te maken met plegers, dat wil zeggen met mannen die dit gedrag ook daadwerkelijk hebben vertoond en daardoor met justitie te maken hebben gekregen. In de behandeling worden zij met de term patiënt aangeduid. Behandeling vindt meestal plaats in forensische psychiatrische instituten en daaraan verbonden poliklinieken en dagbehandelingen. Over mannen die buiten het forensische kader voor hun parafiele tendensen worden behandeld, is geen systematische informatie bekend. Zij vallen derhalve buiten het bestek van dit hoofdstuk. We gaan in op het begrip parafilie zoals dat in de DSM-IV wordt gedefinieerd (American Psychiatric Association, 1994) en stippen daarbij wat problemen aan. Daarna beschrijven we de algemene kenmerken van de cognitief-gedragstherapeutische en medicamenteuze behandeling van parafilieën. Tevens komen enkele vigerende verklaringsmodellen, de grote heterogeniteit en enkele specifieke diagnostische en behandelingsaspecten aan de orde. Verder geven we een kort overzicht van de wetenschappelijke state of the art van deze behandelingen.

Het hoofdstuk besluit met een opzet voor een geïntegreerde cognitief-gedrags-therapeutische en medicamenteuze behandeling van de besproken parafilieën.

## 7-2 Het begrip parafilie

Het begrip parafilie is in de vakliteratuur nog steeds onderhevig aan heftig debat en begripsverwarring. Dit komt onder andere door de grote heterogeniteit van de populatie die men onder het begrip wil vatten en de uiteenlopende opvattingen

waarmee het begrip wordt benaderd (Barbaree & Seto, 1997). De prevalentie van parafiele stroomissen is door sterke onderrapportage moeilijk vast te stellen. Een persoonlijke mededeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek luidde dat in de periode 1990 tot en met 1996 jaarlijks gemiddeld 3233 gevallen van exhibitionisme en gemiddeld 1490 gevallen van seksueel misbruik van kinderen ter kennis van de politie kwamen.

Volgens de DSM-IV dient een persoon als parafiel te worden gediagnosticeerd als hij voldoet aan de volgende criteria:

- Gedurende een periode van ten minste zes maanden recidiverende intense seksueel opwindende fantasieën, seksuele drang of gedragingen die seksuele handelingen met een kind of kinderen die in het algemeen jonger zijn dan derden jaar, in het geval van pedofilie, of het tonen van het geslachtsorgaan aan een nietvermoedende vreemde, in het geval van exhibitionisme, met zich meebringend.
- De fantasieën en seksuele drang of gedragingen veroorzaken significant lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- Voor de diagnose pedofilie dient betrokkene ten minste zestien jaar oud te zijn en ten minste vijf jaar ouder dan het kind of de kinderen uit het eerste criterium.

Gijs (1998) plaatst kritische kanttekeningen bij de DSM-IV-classificatie. Ten eerste vraagt hij zich af of het wetenschappelijk wel gerechtvaardigd is dat parafilie als een psychiatrische stoornis wordt opgevat. Waarom zouden we het niet als biologisch bepaalde seksuele variant opvatten, die thans sociaal-cultureel als ongewenst wordt gezien? Zijn tweede kritiekpunt betreft de validiteit van de criteria van de DSM-IV. Hij baseert zich op het werk van Laws en O'Donohue (1997) die vaststellen dat de DSM-IV-classificatie drie problemen oplevert: 1 parafielen die hun gedrag als egosyntoon beleven kunnen bijvoorbeeld niet als pedofiel of exhibitionist worden gediagnosticeerd, 2 er wordt geen onderscheid gemaakt tussen praktiserende en niet praktiserende parafielen en 3 er kan geen onderscheid worden gemaakt tussen parafielen bij wie dit persoonlijkheidskenmerk zich heeft ontwikkeld vanuit een sociaal conflict en parafielen bij wie geen sprake is van sociaal conflict als oorzaak van de parafilie.

Naast de psychiatrische definitie is in de forensische praktijk in het bijzonder voor pedofilie ook de strafrechtelijke omschrijving van seksueel misbruikers van kinderen in zwang. Het betreft de wetsartikelen uit het Wetboek van Strafrecht aangaande ontucht met kinderen (art. 244, 245, 247 en 249). Van belang hierbij is dat de begrippen pedofiel (DSM-IV: seksueel preferentiemodel en niet noodzakelijkerwijs seksueel misbruik gepleegd hebbend) en plegger van ontucht met kinderen (niet altijd pedofiel en daadwerkelijk misbruik gepleegd hebbend), in de literatuur door elkaar worden gebruikt. Het is een empirisch gegeven dat pedofielen niet altijd seksueel misbruik plegen en dat niet alle kindermisbruikers pedofiel zijn (Barbaree & Seto, 1997). Niet-parafiele seksueel misbruikers van kinderen kunnen geheel andere dan seksuele motieven hebben die hun gedrag sturen, zoals agressie of verlangens naar intimiteit (Knight & Prentky, 1990; Marshall, 1989).

## 7-3 De behandeling

### 7-3-1 De cognitief-gedragstherapeutische behandeling

Psychodynamisch georiënteerde psychotherapie en cognitieve gedragstherapie worden het meest toegepast in de behandeling van parafielen (Van Beek, 1999). De eerste gaat ervan uit dat het parafiele probleem zijn oorsprong vindt in intrapsychische conflicten uit de vroege jeugd. In de therapie worden deze conflicten blootgelegd en opgelost waardoor het parafiele probleem vanzelf verdwijnt (Van de Puite, 1994). De cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat het parafiele probleem vooral voortkomt uit leerprocessen die hebben geleid tot het ontwikkelen van parafiele verlangens, cognitieve verworpingen die dit gedrag rechtvaardigen en onderhouden en tot problematische sociale betrekkingen met volwassenen, waarin onder andere intimiteit ontbreekt (Van Beek, 1994). De afgelopen decennia is de cognitief-gedragstherapeutische behandeling van seksuele delinquenten, vooral in de Angelsaksische landen, sterk ontwikkeld en met empirisch onderzoek geëvalueerd. Op grond daarvan beperken we ons in het overzicht van de psychotherapeutische behandeling van seksuele delinquenten tot de beschrijving van de cognitieve gedragstherapie.

Doordat men tegenwoordig uitgaat van steeds complexere verklaringenmodellen is een aanvankelijk monomethodische aanpak veranderd in een multimethodische benadering (Marshall & Barbaree, 1990). Ook wordt er meer voor groepsbehandeling gekozen, omdat die betere mogelijkheden zou bieden het probleem van ontkenning te hanteren. De verschillende behandelmethoden worden in de vorm van elkaar opvolgende modules met een sterk psycho-educatief karakter aangeboden (Marshall e.a., 1999). Vooral het terugvalpreventie-model, dat eerder succesvol is toegepast bij alcoholverslaafden en in het begin van de jaren tachtig in de behandeling van seksuele delinquenten werd geïntroduceerd, is zeer populair geworden (Pithers e.a., 1988; Laws, 1989). Dit model gaat ervan uit dat de seksuele delinquent een reeks van beslissingen neemt, waarbij hij zich van die keuzes niet altijd (meer) volledig bewust is. Door samen met de psychotherapeut het beslissingsproces in stukjes te verdelen kan hij er weer greep op krijgen. In de behandeling leert hij herkennen in welke situaties hij nog geen adequate beslissingen neemt of kan nemen door gebrek aan alternatieven. In de behandeling wordt hem geleerd adequatere beslissingen te nemen. Terugvalpreventie is gericht op behoud van zelfcontrole over de seksuele verlangens. 'Geen genezing maar (zelf)controle' is het motto. De patiënt moet zijn bewustzijn van terugvalrisico's vergroten en zijn vaardigheden om met risicosituaties om te gaan uitbreiden. In geval van beperkte mogelijkheden tot het leren van zelfcontrole zal de patiënt moeten leren aanvaarden dat deze controle min of meer blijvend van buiten af zal moeten plaatsvinden, bijvoorbeeld door de reclassering, de familie of de therapeut (Hildebrand & Pithers, 1992).

Marshall e.a. (1991) hebben een cognitief-gedragstherapeutisch behandelprogramma ontwikkeld dat als exemplarisch kan worden beschouwd voor de huidige stand van zaken rond de behandeling van seksuele delinquenten. Het programma bevat drie onderdelen. Het eerste onderdeel bestaat uit een intensief programma voor patiënten met een hoog risico. Meestal betreft het verkrachters en seksuele kindermisbruikers. De behandelingscontext is in Noord-Amerika in zulke geval-

len een maximaal beveiligde gevangenis. Het programma loopt zes tot twaalf maanden en bestaat uit groepstherapie, drie uur per dag, en individuele therapie, een of twee uur per week. In de groep leert de patiënt om zijn gevoelens, gedachten en gedrag te herkennen, te verantwoorden en er meer controle over uit te oefenen. Hij maakt zich vaardigheden eigen om zijn (emotionele) behoeften op een maatschappelijk aanvaardbare wijze te bevredigen. De deelnemers aan het programma zijn aan het eind van hun strafblad. Als de patiënt weinig inzet toont of op een destructieve manier participeert in de groep wordt hij eenmaal gearresteerd en vervolgd. Inhoudelijk komen onder andere aan de orde: zelfwaardering, cognitieve vervormingen, onaangepaste attitudes, seksuele thema's (waaronder seksuele voorkeuren), sociale competentie (waaronder slachtofferempathie, probleemoplossende vaardigheden en aggressteregulatie), levensstijlproblemen, middelenmisbruik en training in terugvalpreventie. Ten slotte ligt de nadruk op het opstellen van de delictketen waarmee zij hun risicofactoren om in de toekomst terug te vallen kunnen identificeren. Na een succesvolle voltooiing van dit programmaonderdeel gaan de patiënten over naar het tweede onderdeel. Dit is ook toegankelijk voor patiënten met een laag risico, bijvoorbeeld incespilers. Dit twee tot vier maanden durende programmaonderdeel bestaat wederom voornamelijk uit groepstherapie. Er vinden twee sessies van elk drie uur per week plaats en daarnaast wordt, waar nodig, individuele therapie geboden. De behandeling vindt plaats in een minimaal beveiligde gevangenis. In Nederland zou men het kunnen vergelijken met een forensische polikliniek of dagbehandeling. Centraal staan het veranderen van inadequate/onaangepaste cognitieve processen en het ontwikkelen van een terugvalpreventie-plan. De delictketen en de consequenties die daaraan zouden moeten worden verbonden, vormen de focus van de behandelingsinspanningen. Een belangrijke rol is weggelegd voor de reclassering. Ten slotte kan de patiënt overgaan naar het derde programmaonderdeel, waarin hij ambulant wordt begeleid door de reclassering. Dit is een cruciale fase, waarbij het wenselijk is na een of twee maanden opnieuw te beoordelen of de patiënt de geleerde veranderingen heeft vastgehouden in het gewone maatschappelijk verkeer. Dit gebeurt onder andere in 'fase-drie-groepen', waarin het elkaar steunen in het handhaven van de gedragsveranderingen centraal staat. Bij de behandeling van forensische patiënten speelt de houding van de therapeut een belangrijke rol. De patiënt is meestal door een (justitiële) instantie of door zijn familie gestuurd en verwacht zijn gedrag zelf niet als problematisch. Dit stelt speciale eisen aan de relatie tussen behandelaar en patiënt. Traditioneel gaan behandelaars ervan uit dat zij de ontwikkeling van een vertrouwensrelatie moeten stimuleren, waarin de patiënt uiteindelijk zijn ontkenningen zal durven opgeven. Het blijkt dat bij deze patiënten vaak niet op te gaan. Eerder zal hij proberen de behandelaar tot collicisie te verleiden: de behandelaar wordt verleid de verworpende gedachte- en belevingswereld van de patiënt tot de zijne te maken en daarmee één te worden met de patiënt. Confrontatie met aanvullende informatie, dat wil zeggen informatie uit andere bronnen dan de patiënt zelf, kan dit voorkomen. Slachtofferverklaringen spelen daarin een centrale rol. De behandelaar moet sceptisch zijn over wat de patiënt zegt, zonder afwijzend te zijn (Van Beek & Mulder, 1991, 1992). Naast de confronterende (niet-straffende) houding is de directe houding kenmerkend voor de therapeutische relatie. Er wordt niet

gewacht tot de patiënt een probleem als zodanig presenteert, de behandelaar brengt zelf de noodzakelijke onderwerpen in.

### 7-3-2 Medicamenteuze behandeling

In een toonaangevend overzichtartikel concluderen Gijls en Gooren (1996) dat hormonale en psychofarmacologische interventies in sommige gevallen een nuttige aanvullende bijdrage kunnen leveren aan de behandeling van parafiliën. Het is van belang dat de hormonale behandeling vooral is gericht op de parafiliën en die zich kenmerken door een intens en frequent seksueel verlangen en opwindning en een sterke neiging om seksueel deviant gedrag te vertonen, terwijl psychofarmaca kunnen worden gebruikt in gevallen waarin de parafilie gepaard gaat met depressie en impulsie of obsessieve-compulsieve stoornissen.

Bij hormonale interventies is het uitgangspunt dat er een minimale hoeveelheid androgeen nodig is om seksueel verhangen en opwinding te kunnen ervaren. Wanneer het testosteronniveau onder een kritieke drempel komt, zullen het seksuele verhangen en de opwinding beperkt worden. Door middel van anti-androgenen kunnen de intensiteit en de frequentie van het seksuele verhangen worden verminderd. Men spreekt ook wel van chemische castratie. Vanaf het eind van de jaren zestig zijn daarvoor vooral medroxyprogesteronacetaat (merknaam: Depo-Provera) in Noord Amerika en cyproteronacetaat (merknaam: Androcur) in Europa toegepast, terwijl vanaf de jaren negentig LHRH-agonisten en het anti-androgeen flutamide in zwang zijn geraakt. De laatste twee zouden minder bijwerkingen veroorzaken.

Terughoudendheid in het gebruik van deze middelen is om verschillende redenen wenselijk. In de eerste plaats vertoont de zin in seks weliswaar een hoge correlatie met de testosteronspiegel, maar het verband tussen seksueel gedrag en de testosteronspiegel is complex van aard en niet eenduidig empirisch aangetoond (Gooren, 1994). Bovendien kunnen deze middelen wel het seksueel verhangen verminderen, maar niet de richting van dit verlangen. Prentky (1997) is dan ook van mening dat hormonale interventies nooit als de exclusieve behandeling mogen worden toegepast. In de tweede plaats ontbreekt vaak de motivatie van patiënten om deze middelen (langdurig) te gebruiken. Oorzaken daarvan zijn enerzijds de bijwerkingen zoals gewichtstoename, borstvorming, slapeloosheid en hoofdpijn. Anderzijds denken de patiënten vaak: 'ik kan mijn probleem wel zonder medicatie aan'. Een hoge mate van uitval en gebrek aan therapietrouw zijn daarvan het gevolg. Gedegen informatie over de werking van de medicatie, 'informed consent', een zo laag mogelijke dosering voor een zo kort mogelijke periode kunnen deze effecten beperken. De medicatie moet onvankelijkheid voor cognitief-gedragstherapeutische interventies mogelijk maken. Zijn deze interventies succesvol dan kan aan geleidelijk afbouwen van de medicatie worden gedacht om schadelijke bijwerkingen te voorkomen of te beperken. Het is belangrijk om algemeen aanvaarde beslissingsregels betreffende dosering, duur en wijze van afbouw van het gebruik van deze medicatie. De richtlijnen van Gijls en Gooren (1996) zijn voor het moment goed bruikbaar.

Het uitgangspunt bij de psychofarmacologische behandeling van parafiliën is dat er iets mis is met de centrale regulatie van seksualiteit in de hersenen. De hypothese dat er sprake is van een cerebrale stoornis in de serotonineoefvoer is als

verklaringsmodel daarvan thans het meest populair. Dit defect leidt tot toenname van seksueel deviantie belangstelling en de frequentie van seksueel verlangen en gedrag (Gijs & Gooren, 1996).

Nadat in de jaren zestig en zeventig psychofarmaca werden toegepast die door neveneffecten uit de gratie raakten, kwamen er aan het eind van de jaren tachtig nieuwe middelen op de markt die de belangstelling voor dit type interventie hernieuwden. Het betreft in het bijzonder antidepressiva met een serotonerge werking, zoals de tricyclische middelen imipramine en clomipramine en de selectieve serotonine-heropnameremmers of SSRI's. Ook een anxiolyticum (buspiron) en lithiumcarbonaat bij respectievelijk angststoornissen en manisch depressieve stoornissen zijn toegepast. De meeste van deze toepassingen kwamen tot stand door toevallige klinische waarnemingen tijdens het gebruik bij andere stoornissen (Gijs & Gooren, 1996; Gijs, 1998). Dit betekent dat deze toepassingen nog in de kinderschoenen staan en er weinig bekend is over de (neven)effecten op langere termijn.

In de meeste (cognitief-)gedragstherapeutische behandelprogramma's is de mogelijkheid van medicamenteuze ondersteuning van de behandeling ingebouwd (bijvoorbeeld Maletzky, 1991).

#### 7-4 Pedofilie

Seksueel misbruik van kinderen is een complex bepaald fenomeen dat een grote heterogeniteit aan verschijningsvormen kent. Met name Finkelhor (1984) en Marshall en Barbaree (1990) hebben zich ingezet om enige orde te brengen in de verschillende interpretaties over de oorzaken van dit gedrag. Aan de hand van vier vragen ordent Finkelhor psychodynamische, gedragstherapeutische en sociologische antwoorden op de vraag naar de oorzaken van seksueel misbruik van kinderen. Wat maakt het voor een pedofiel eegostoon van een emotionele relatie aan te gaan met een jong kind? Wat maakt dat een pedofiel seksueel opgewonden raakt van een jong kind? Wat belemmert oriëntatie op leeftijdgenoten? Waarom werken psychosociale remmingen niet?

Marshall formuleert een biopsychosociaal model waarin hij stelt dat de wisselwerking tussen biologische en opvoedingsfactoren samen met culturele factoren ertoe leidt dat een persoon een gevoeligheid ontwikkelt om tot deze vorm van gedrag over te gaan. In relatie tot een specifieke context komt het vervolgens tot daadwerkelijk misbruik. Marshall heeft de laatste jaren de nadruk gelegd op het belang van hechtingsstijl in de ontwikkeling van intimiteit en empathie. Zijn deze processen niet goed verlopen dan ontwikkelt zich een individu dat zich emotioneel eenzaam voelt en een negatief zelfbeeld heeft. Leeftijdgenoten vormen voor hem een bedreiging. Volgens Marshall is dat het prototype van de seksueel kindermisbruker (Marshall, 1989). Hij beschrijft in feite een ontremmingsmodel waarin hij ervan uitgaat dat plegers niet in staat zijn een emotioneel bevredigende relatie aan te gaan met leeftijdgenoten en dat voor hen kinderen een haalbaar en acceptabel alternatief zijn voor dit onvermogen.

Een belangrijk probleem dat een algemene empirisch getoetste theorie in de weg staat is de grote variatie onder de plegers wat betreft de slachtofferkeuze, het motief en de context waarin delicten werden gepleegd. Knight en Prentky

(1990) slaagden erin met hun classificatiesysteem voor pedoseksuelen (MTC-CM3) empirisch vast te stellen dat plegers in een maximal bevulligde gevangenis konden worden onderscheiden op basis van de volgende variabelen: mate van seksuele fixatie op kinderen (exclusieve seksuele voorkeur), sociale competentie (hoog of laag), aard van het contact met het kind (relationeel gericht of ego-centrisch) en de mate waarin al dan niet sadistisch geweld werd gebruikt. In het meeste onderzoek naar terugval wordt onderscheid gemaakt tussen plegers die een exclusieve seksuele voorkeur hebben voor kinderen buiten de gezinscontext en plegers die vooral binnen de gezinscontext hun slachtoffers kiezen (incestplegers). Daders die hun slachtoffer buiten de gezinscontext zoeken en een voorkeur hebben voor jongelies recidiveren vaker dan plegers die incestplegers relatief weinig terugvallen (Hanson & Bussière, 1998).

In de diagnostiek is het van belang om met deze heterogeniteit rekening te houden. In eerste aanleg zou met behulp van actuarële risicotaxatie-instrumenten zoals de Sexual Violence Risk (SVR-20) en de Static-99 moeten worden vastgesteld tot welke risicogroep de dader behoort: laag-midden-hoog (Nederlandse vertalingen van respectievelijk Hildebrand e.a., 2000, en Van Beek e.a., in druk). Met deze op basis van empirisch wetenschappelijk onderzoek ontwikkelde instrumenten wordt op gestandaardiseerde wijze een beoordeling gegeven over het terugvalrisico. Daarnaast zal de specifieke dynamiek tussen de verschillende risicofactoren moeten worden vastgesteld en welke risicogebieden behandeling behoeven. Grotweg zou dit dienen te gebeuren via nadere persoonlijkheidsdiagnostiek en de delictscenario-profielen die zijn opgesteld met behulp van de delictscenarioprocedure. In deze procedure wordt gedetailleerd beschreven hoe een pleger zichzelf via een specifiek cognitief, emotioneel en vaardigheidsstraject in een delictsituatie brengt (Van Beek, 1999). In klinische populaties blijken vooral de paarfele plegers voor te komen met een lage sociale competentie en met persoonlijkheidsstoornissen uit cluster C van de DSM-IV (ontwijkende en afhankelijkke persoonlijkheden). In de behandeling dient de aandacht te worden gericht op het onder controle krijgen van de paarfele tendensen, het vergroten van (relationele) vaardigheden en vergroten van zelfacceptatie en zelfwaardering. Daarnaast vormen plegers die duidelijk psychopathische en/of sadistische trekken hebben (cluster B) een kleine maar gevaarlijke subgroep van plegers. Beide categorieën plegers behoren tot de hoogste risicocategorie, terwijl hun behandelingsmogelijkheden gering zijn. De sadistische tendensen dienen als paarfele trek te worden behandeld. De psychopathische dader zal in de eerste plaats gewoonten moeten worden voor verbetering van zijn impulscontrole en een meer proosociale levenshouding met veel externe controle.

#### 7-5 Exhibitionisme

Ook exhibitionisme is een heterogeen verschijnsel waarvoor uiteenlopende verklaringen zijn geformuleerd. McGuire e.a. (1965) stelt dat exhibitionisme een gevolg is van een leerproces waarin vroege seksuele ervaringen en belevingen worden gevouwd en versterkt door masturbatiefantasieën en orgasme. Kurt Freund (1990) beschouwt exhibitionisme als een *control disorder*: een stagnatie in de ontwikkelingsfase van intiem contact zoeken met anderen. Marshall e.a. (1991)

vinden bij exhibitionisten een grote angst voor afwijking en intimiteit. Bovendien blijkt een belangrijk deel van de exhibitionisten geen seksuele voorkeur voor exhibitioneren te hebben (Marshall, 1996). Het is geen vaststaand feit dat exhibitionisme uitsluitend een seksuele-deviantieprobleem is. Tot op heden bestaat er geen eenduidige empirisch gevoerde verklaring en evenmin een empirisch gevaldeerde typologie (DeJongh, 1992). Een klinisch gangbaar onderscheid is dat tussen exhibitionisten met een duidelijke seksueel deviant voorkeur en exhibitionisten waarbij het exhibitioneren vooral moet leiden tot spanningreductie of niet-seksuele behoeftebevrediging. Het eerste type exhibitor meet hoge frequentie en maakt veel slachtoffers. Een bepaalde plek, een bepaalde gemoeds-toestand of een specifiek type vrouw kan de exhibitionistische reactie op gang brengen. Het slachtoffer reageert echter zelden zoals de pleger verwacht. De combinatie van intermitterend bekrachtigd gedrag, geanticipeerd door fantasieren en belood door een orgasme maakt dat het gedrag herhaald zal worden. Het tweede type is meer gericht op de reactie van het slachtoffer – angst of waardering. Achterliggende gevoelens kunnen bij deze pleger woede tegenover vrouwen zijn of een verlangen naar goedkeuring. Zij plegen hun delicten incidenteel. Bij sommigen is er in de fantasie een verlangen naar daadwerkelijk seksueel contact, waar de pleger in werkelijkheid (nog) te bang voor is. Freund (1990) haalt onderzoek aan waaruit blijkt dat 12% van de exhibitionisten later tot verkrachting overgaat.

In de diagnostiek zal onderzoek moeten worden of er sprake is van een seksuele afwijking of van een spanningsregulatiemissie naar het delictgedrag. In het eerste geval dient de focus van de behandeling te liggen op het onder controle brengen van de drang tot exhibitioneren. In het tweede geval ligt het accent veel meer op problemen in het contact met de partner of andere vrouwen die via spanning het exhibitionistische gedrag activeren. Is er een partner aanwezig, dan is partnerrelatetherapie sterk geïndiceerd. De aandacht zal daarnaast voor beide typen gericht moeten zijn op het negatieve zelfbeeld, cognitieve vervormingen die het gedrag rechtvaardigen en veronschuldigen, het vergroten van algemene probleemoplossende vaardigheden en het verminderen van sociale angst.

## 7-6 'State of the art'

In de afgelopen jaren is een aantal overzichtsaanklaren met meta-analyses van studies naar het effect van behandeling bij pedofiele daders en exhibitionisten verschenen. Het effect van behandeling wordt hierin gemeten aan de hand van terugvalpercentages na afloop van de behandeling, en de behandelde groep wordt meestal vergeleken met een niet-behandelde controlegroep. Het is jammer dat de meeste van deze studies betrekking hebben op de totale groep seksuele delinquenten en geen onderscheid gemaakt wordt tussen de verschillende groepen, zoals verkrachters, intra- en extrafamiliaire pedofiele daders, exhibitionisten en voyeurs. Zo wordt geen inzicht verkregen in de effectiviteit van de specifieke interventies bij de verschillende typen seksuele delinquenten. Nagayama Hall (1995) vond in een meta-analyse van 12 studies (totale N = 1313) naar de behandeling van seksuele delinquenten dat cognitieve gedragsstherapie en hormonale behandeling significant effectiever waren dan gedragstherapie. Cognitieve

Tabel 7-1. Behandelingsresultaten naar soort interventie (in percentage terugval).

type dader	type interventie			geen
	terugvalpreventie	groeps/gedrag/ander	ongespecificeerd	
pedoseksuele daders (N = 2137)	8,1%	18,3%	13,6%	25,8%
exhibitionisten (N = 331)	0%	20,5%	geen data	57,1%

(Bron: Alexander, 1999)

gedragstherapie is gericht op verandering van cognitieve vervormingen, bijvoorbeeld met betrekking tot de effecten van het delictgedrag op slachtoffers, en inzicht in de keten van gebeurtenissen (externe prikkels, cognities, gevoelens en handelingen) die voorafgaan aan het plegen van een delict. Daarbij wordt op basis van de delictken meestal ook een terugvalpreventie-plan gemaakt. Gedragstherapie bestond voornamelijk uit averstieve conditionering en toepassing van operante technieken. Van de behandelde zedendelinquenten reediverste 19% binnen een gemiddelde follow-up periode van zeven jaar in vergelijking met 27% van de onbehandelde daders. Alexander (1999) vond in een meta-analyse een terugvalpercentage van 13% voor behandelde zedendelinquenten (N = 9629) versus 18,7% voor niet-behandelde daders (N = 1721). Zij maakte wel een onderscheid naar categorieën zedendelinquenten en vond dat cognitieve gedragsstherapie in de vorm van terugvalpreventie het meest effectief was bij pedoseksuele daders en exhibitionisten (tabel 7-1). De bevinding dat geen van de exhibitionisten reediverste na een behandeling die bestond uit terugvalpreventie roept vragen op. Een verklaring voor dit extreem goede resultaat kan zijn dat slechts 13 exhibitionisten van de totale steekproef van exhibitionisten (N = 331) deze vorm van behandeling ondergingen. De behandelingsresultaten zijn niet spectaculair, maar elk procent minder van dit voor de slachtoffers ernstig schadelijke gedrag maakt het de moeite waard om door te gaan met behandelen en het ontwikkelen van nieuwe behandelingsmogelijkheden om de resultaten van behandeling te verbeteren.

Pollizi, Mackenzie en Hickman (1999) bestudeerden dertien studies naar het effect van behandelprogramma's voor seksuele delinquenten in gevangnissen en andere inrichtingen. Zij concludeerden dat cognitieve gedragsstherapie het meest effectief is. Gijs en Gooren (1996) geven een overzicht van acht gecontroleerde studies naar de effectiviteit van hormonale interventies bij diverse parafiliën, waaronder pedofilie en exhibitionisme. Hormonale behandelingen zijn effectief indien er sprake is van intense en frequente seksuele verlangens en opwinding.

## 7-7 Opzet voor een geïntegreerde behandeling

Op basis van het voorgaande in dit hoofdstuk kan een opzet worden gemaakt

voor een combinatiebehandeling van cognitieve gedragstherapie en medicamenteuze interventies.

- 1 Bepaal het terugvalrisico van de plegger: laag – midden – hoog
- 2 *Actuariële risicotaxatie* (met behulp van bijvoorbeeld de SVR-20 of de Static-99) *Laag risico* kan *ambulant* worden behandeld of behoort geen behandeling.
- 3 *Pleeg aanvullende diagnostiek* bij midden- en hoog risico en bepaal behandelcontext.

*midder risico* zonder verslavingen, ernstige persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen of ernstige mate van onkenning: *ambulante of dagbehandeling*;

*midder risico* met deze kenmerken en hoog risico: *intramurale behandeling*.

In de meeste gevallen kunnen incestplegers en exhibitionisten ambulant of in de dagbehandeling worden behandeld.

- 5 De intramurale behandeling is het meest getuigd voor pedoseksuele plegers met een zwakke persoonlijkheidsstructuur of voor plegers met sadistische en psychopathische trekken.

- 4 Bepaal de mate waarin plegger *intense en frequente seksuele verlangens* ervaart en welke mate van controle hij daarover heeft.

Bied een *cognitief-gedragstherapeutisch behandelprogramma* in een groep aan, eventueel ondersteund met individuele therapie. Intramuraal is het een onderdeel van een totaalpakket waaronder kan worden verstaan: psychotherapie en behandelingsactiviteiten zoals onderwijs, creatieve expressie, sport en werktraining.

In het geval bij punt vier naar voren komt dat er sprake is van intense en frequente seksuele verlangens dient de behandeling in eerste instantie met *hormonale interventies* te worden ondersteund. De cognitieve gedragstherapie bestaat uit:

- delictscenarioprocedure;
- terugvalpreventie-plan met geïndividualiseerde risicofactoren, bijvoorbeeld:
  - oefening in probleemoplossende, emotieregulerende en relationele vaardigheden;
  - oefening in vaardigheden om seksuele drang onder controle te houden;
  - bevorderen van sociaal denken en verminderen van cognitieve vervormingen.

Het is wenselijk dat degene die verantwoordelijk is voor de medicatie en de andere behandelaar(s) regelmatig overleg voeren over het effect van hun interventies.

- 6 Is de *combinatiebehandeling succesvol*: onderzoek op grond van bijwerkingen bij langdurig gebruik zo snel mogelijk of bij geleidelijk afbouwen van de hormonale behandeling het resultaat gehandhaafd blijft. Blijkt dit niet het geval te zijn, handhaaf de medicatie dan op een zo laag mogelijk niveau.

Is de *combinatiebehandeling niet succesvol*: handhaaf of wijzig de hormonale behandeling als externe controle of overweeg psychofarmaca indien er aanwijzingen zijn voor depressie of andere as-I-stoornissen.

## Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM IV*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Alexander, M.A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 101-116.
- Barbaree, H.E., Seto, M.C. (1997). Pedophilia: assessment and treatment. In R. Laws, W. O'Donohue (red.), *Sexual deviance: Theory, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Beek, D.J. van (1994). De cognitief-gedragstherapeutische behandeling van parafiliën. *Tijdschrift voor Seksologie*, 18, 33-45.
- Beek, D.J. van (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Arnhem: Gouda Quint.
- Beek, D.J. van, Mulder, J. (1991). De plaats van het delictscenario in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten. *Directieve therapie*, 11, 4-18.
- Beek, D.J. van, Mulder, J. (1992). Errata's met het opstellen van het delictscenario bij seksueel agressieve delinquenten. *Directieve therapie*, 12, 347-360.
- Beek, D.J. van, Doncker, D. de, Ruiter, C. de (in druk). *Coderingregels van de Static-99*. Utrecht: Forum Educatief.
- Bradford J.M.W., Greenburg, D.M. (1996). Pharmacological treatment of deviant sexual behaviour. *Annual Review of Sex Research*, 7, 283-306.
- Dejongheere, C. (1992). Exhibitionisme: literatuuroverzicht en illustratieve casus. *Gedragstherapie*, 25, 223-238.
- Einkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Freund, K. (1990). Courtship disorders. In: W.L. Marshall, D.R. Laws, H.E. Barbaree (red.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender*. New York: Plenum Press.
- Gijs, L. (1998). Parafiliën: Over seksuele oriëntaties in het spanningsveld tussen atypische variatie en pathologische stoornis. In: A.K. Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors, W. Everaerd (red.), *Leerboek seksuologie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gijs, L., Gooren, L. (1996). Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: An update. *Journal of Sex Research*, 33, 273-290.
- Gooren, L.J.G. (1994). Biologische aspecten van seksueel deviant gedrag en de invloeden van geschlachts hormonen. In: W. Bezemer, L.J.G. Gooren, H.J.C. van Marle (red.), *Seksueel deviant gedrag*. Bussum: Medicon Europe.
- Hanson, R.K., Bussiere, M.T. (1998). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hildebrand, D.D., Pithers, W.D. (1992). Relapse prevention: Application and outcome. In: W. O'Donohue, J.H. Geer (red.), *The sexual abuse of children: Clinical issues*: vol. 2. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de, Beek, D.J. van (2000). *Handleiding bij de Sexual Violence Risk-20*. Utrecht: Forum Educatief.
- Knighl, R.A., Prentky, R.A. (1990). Classifying sexual offenders: The development and corroboration of taxonomic models. In: W.L. Marshall, D.R. Laws, H.E. Barbaree (red.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. New York: Plenum Press.
- Laws, D.R. (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. New York: The Guilford Press.
- Laws, D.R., O'Donohue, W. (1997). *Sexual deviance: theory, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Maletzky, B.M. (1991). *Treating the sexual offender*. Newbury Park: Sage.
- Maletzky, B.M. (1997). Exhibitionism. Assessment and treatment. In: D.R. Laws, W. O'Donohue (red.), *Sexual deviance: Theory, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Marshall, W.L. (1989). Intimacy, loneliness and sexual offenders. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 491-503.
- Marshall, W.L. (1996). Assessment, treatment and theorizing about sex offenders: Developments during the past twenty years and future directions. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 162-199.

Marshall, W.L., Barbaree, H.E. (1990a). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In: W.L. Marshall, D.R. Laws, H.E. Barbaree (red.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. New York: Plenum Press.

Marshall, W.L., Eccles, A., Barbaree, H.E. (1991). The treatment of exhibitionists: a focus on sexual deviance versus cognitive and relationship features. *Behavioural Research and Therapy*, 29, 129-135

Marshall, W.L., Anderson, D., Fernandes, Y. (1999). *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. Chichester: John Wiley & Sons.

Marshall, W.L., Eccles, A., Barbaree (1993). A three-tiered approach to the rehabilitation of incarcerated sex offenders. *Behavioural Sciences and the Law*, 11, 441-455.

McGuire, R.J., Carlisle, J.M., Young, B.G. (1965). Sexual deviations as conditioned behaviour: a hypothesis. *Behavioural research and therapy*, 2, 185-190.

Nagayama Hall, G.C. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.

Prentky, R.A. (1997). Arousal reduction in sexual offenders: a review of anandrogen interventions. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 9, 335-347.

Pithers, W.D., Kashima, K.M., Cumming, G.F., Beal, L.S. (1988). Relapse prevention: A method of enhancing maintenance of change in sex offenders. In: A.C. Salter (red.), *Treating child sex offenders and victims*. Newbury Park: Sage.

Polizzi, D.M., Mackenzie, D.L., Hickman, L.J. (1999). What works in adult sex offender treatment? A review of prison- and non-prison based treatment programs. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 357-374.

Putte, D. van de (1994). De psychoanalytische behandeling van parafiliën. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 18, 46-55.

# Combinatiebehandeling van tics en impulsief gedrag bij het syndroom van Gilles de la Tourette

D.C. Cath, C.W.J. Verdellen en R. Bruggeman

## 8-1 Inleiding

Het syndroom van Gilles de la Tourette (GTS) is in essentie een neuropsychiatrische aandoening met als kernsymptoom het optreden van tics (The Tourette Syndrome Classification Study Group, 1993). Tics zijn trekkingen of bewegingen in spieren/spiergroepen die het beste omschreven kunnen worden als geïsoleerde fragmentjes ontreemd, maar in aanleg normale motoriek of geluid (King e.a., 1999b). Een tic heeft de volgende karakteristieken: is onvrijwillig, abrupt, snel, keert steeds terug, is niet ritmisch, stereotiep, treedt op in een spier of spiergroep (motorische tic) of ontstaat door een luchtstroom via de stembanden, keel- of neusholte (vocale tic). Tics beginnen vaak in het gezicht, in het bijzonder als oogknipperic, en breiden zich in de loop van de tijd uit naar romp en ledematen. Zij kunnen worden ingedeeld naar de mate van complexiteit: *enkelevoudige* motorische of vocale tics treden geïsoleerd op en er is over het algemeen slechts één spiergroep betrokken bij de tic (bijvoorbeeld: knipperen met de ogen, de neus ophalen, de keel schrapen, kuchen, een klank uitsloten. Bij *complete* motorische tics zijn meerdere spiergroepen betrokken, en kunnen ingewikkelde patronen van gecördineerde bewegingen ontstaan. Complexe tics zijn soms moeilijk te onderscheiden van willekeurige doelgerichte bewegingen, en ook van dwang- of dranghandelingen. Zij zijn over het algemeen goed na te bootsen. Voorbeelden van complexe motorische tics zijn: met het hoofd schudden, in combinatie met het optrekken van de schouder, spronggetjes maken, van complexe vocale tics: het zomaar herhalen van woorden of zinnen van anderen (echolalie), of het zomaar roepen van schuttingtaal (coprolalie).

De DSM-IV onderscheidt de voortdurende tic-stoornis, de chronische motorische of vocale tic-stoornis, het syndroom van Gilles de la Tourette (GTS), en de tic-stoornis niet anders omschreven (American Psychiatric Association, 1994). Onder de voortdurende tic-stoornissen (deze verdwijnen binnen een jaar) worden onder meer tics gegroeped die waarschijnlijk geen klinische betekenis hebben en