

Parafiele en hyperseksuele stoornissen

De stoornis

Een parafilie is een ongewone, atypische seksuele interesse of voorkeur voor bepaalde activiteiten of bepaalde erotische doelen of objecten. De meest bekende vormen zijn: voyeurisme, exhibitionisme, frotteurisme, seksueel sadisme, pedofilie, seksueel-masochismestoonnis, fetisjismestoonnis of transvestiestoonnis. Hyperseksualiteit is een terugkerende, intense en overmatige preoccupatie met seksuele fantasieën en gedragingen die individuen maar moeilijk kunnen beheersen.

Uitgangspunten

- Parafilie en hyperseksualiteit op zich zijn geen stoornissen. Van een stoornis is pas sprake als de betrokkene daaronder lijdt, of zichzelf of anderen daarmee (dreigt te) schaden.
- Belangrijk is dat betrokkenen eigen keuzes maken binnen de in onze maatschappij geldende grenzen (strafwet, seks met wederzijdse instemming, zelf en ander niet schaden).
- Van hulpverleners kan worden verwacht dat zij een positieve houding hebben ten aanzien van seksualiteit.
- Van hulpverleners kan worden verwacht dat zij compassie hebben met patiënten én zorgen voor duidelijke grenzen.
- Hulpverleners zorgen voor openheid/transparantie naar de patiënt (bijvoorbeeld over de eigen normen en waarden op het gebied van seksualiteit, en over wanneer men gehouden is aan het beroepsgeheim en wanneer men genoodzaakt is dat te schenden).
- De hulpverlening is niet alleen gericht op de patiënt, maar ook op de omgang met zijn of haar naasten/directe omgeving.
- Voor de diagnostiek en behandeling van patiënten maakt het in principe niet uit of die plaatsvindt op eigen initiatief of door justitie is opgelegd.

Forensische aspecten

Bij de parafilieën waarbij het risico bestaat op het overtreden van de strafwet, dient een onderscheid te worden gemaakt tussen een seksuele interesse (aantrekking, fantasieën, verlangens) en seksueel handelen. Een voyeuristische, exhibitionistische, frotteuristische of pedofiele gerichtheid is niet strafbaar, maar voyeuristisch, exhibitionistisch, frotteuristisch seksueel handelen met een niet-instemmende persoon of seksueel handelen met minderjarigen is dat wel. Als een parafilie gepaard gaat met strafrechtelijk verboden seksueel handelen met een niet-instemmende of minderjarige persoon, leidt dat tot de diagnose parafiele stoornis.

Niet iedereen met een parafiele interesse handelt daarnaar op een manier die schadelijk is voor een ander. Mensen met een pedofiele gerichtheid bijvoorbeeld kunnen zich van ontucht onthouden omdat ze weten dat dit schadelijk is voor kinderen. Een pedofiel is dus niet per se een zedendader. Anderzijds hoeft iemand die ontucht pleegt met kinderen niet per se een pedofiele voorkeur te hebben. Ontucht met kinderen komt in de meeste gevallen zelfs niet uit een pedofiele voorkeur voort.

De epidemiologische kenmerken

In Nederland heeft 2,3% van de mannen en 0,2% van de vrouwen een dwangmatig verlangen naar seks. De prevalentie en incidentie van parafilieën en parafiele stoornissen is niet goed bekend. Onderzoek richt zich vaak op enige interesse in parafiele prikkels onder selectieve groepen. Zo werd in een online steekproef enige pedofiele interesse gevonden bij 10% van de mannen en 4% van de vrouwen. Deze interesse zal echter in lang niet alle gevallen voldoen aan de criteria van een parafilie. Parafiele stoornissen zullen op hun beurt weer veel minder vaak voorkomen dan parafilieën.

Vroege onderkenning en preventie

In de puberteit wordt seksualiteit voor jongeren opeens belangrijk. Zij ontdekken in die periode allerlei nieuwe seksuele prikkels. Sommigen van hen kunnen op een gegeven moment zoveel bezig zijn met seks, of zo in de ban raken van bepaalde seksuele stimuli, dat sprake lijkt te zijn van hyperseksualiteit of van een parafilie.

Laagdrempelige, goede voorlichting over deze thema's is belangrijk, niet alleen voor de betrokkenen zelf maar ook voor hun naasten.

Omdat empirisch goed onderbouwde verklaringsmodellen voor parafiele en hyperseksuele stoornissen ontbreken, is over effectieve preventieve maatregelen niets met zekerheid te zeggen.

Diagnostiek

Voor de diagnose zijn 2 vragen cruciaal:

- Is sprake van een parafiele of hyperseksuele stoornis (d.w.z. parafilie/hyperseksualiteit én lijdensdruk/beperkingen/potentiële schade)?
- Worden de symptomen niet volledig verklaard door andere psychische stoornissen (bijvoorbeeld: depressieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis), somatische stoornissen (bijvoorbeeld: hersentumor, dementie), of medicijn-/middelengebruik (bijvoorbeeld: dopamineagonisten voor behandeling van de ziekte Parkinson).

Houd er rekening mee dat een persoon meerdere parafilieën kan hebben en dat deze nauw verweven kunnen zijn met hyperseksualiteit en met andere psychische stoornissen.

Heb bij de diagnostiek aandacht voor:

- de fenomenologische dimensie;
- de biologische dimensie;
- de (psycho)pathologische dimensie;
- de sociale dimensie.

Vanuit forensisch oogpunt is ook nog het volgende relevant:

- de strafrechtelijke dimensie;
- de gevaarlijkheidsdimensie (risico-taxatie).

Behandeling en begeleiding

De behandeling richt zich op de volgende einddoelen:

- Het vermijden van gevaar of schade voor de patiënt zelf of anderen.
- Het verminderen van het lijden onder de parafilie/hyperseksualiteit.
- Het verminderen van interpersoonlijke stress door de parafilie/hyperseksualiteit (persoonlijk, relationeel of maatschappelijk).
- Het verminderen van de parafilie/hyperseksualiteit zelf.

Deze doelen hoeven niet noodzakelijkerwijze in deze volgorde te worden nagestreefd (mits er geen acuut gevaar of schade is) en hebben over en weer invloed op elkaar.

Bij de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen kunnen verschillende behandelmethoden worden toegepast: psycho-educatie, psychotherapie en farmacotherapie. Bij een psychotherapeutische behandelingswijze kan worden gewerkt vanuit verschillende referentiekaders (bijvoorbeeld: psychodynamisch, cognitief-gedragstherapeutisch) en in verschillende settings (individueel, relatie of gezin, groep). Bij de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen wordt in de regel gekozen voor een cognitief - gedragstherapeutische behandelingswijze. Individuele gesprekken worden daarbij zo mogelijk gecombineerd met partnerrelatie- of groepstherapie. Psycho-educatie maakt bij iedere patiënt onderdeel uit van de behandeling.

Farmacotherapie kan een belangrijke aanvulling op de psychologische behandeling zijn. De meeste gebruikte farmacologische behandelingen van parafiele en hyperseksuele stoornissen richten zich op het verlagen van testosteron-niveaus (door cyproteronacetaat of triptoreline) of verhogen van serotonine-niveaus (door Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's)).

Bejegening

Behalve de behandelmethode is ook de responsiviteit van de behandelaar van invloed op het behandel-effect. Wees warm, empathisch, belonend en directief en sluit aan bij het (leer)vermogen van de patiënt. Veroordeel eventueel seksueel-grensoverschrijdend gedrag, maar niet de patiënt als persoon. Vermijd negatief woordgebruik als 'fout', 'dader', 'stoornis' en 'afwijking'. Benader patiënten met een parafilie die kan leiden tot strafbaar seksueel gedrag worden niet op voorhand als potentiële zedendader.

Zelfmanagement

Zowel over parafiliën als over hyperseksualiteit ('seksverslaving') is veel informatie beschikbaar op het internet. Via het internet kan men ook met anderen in contact komen. Op verschillende plaatsen in het land zijn er zelfhulpgroepen. Daar kan men steun, begrip en herkenning vinden, en elkaar zo nodig ook corrigeren.

Andere behandelvormen

Andere behandelvormen zijn eHealth en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Aanvullend kunnen zijn: haptotherapie en/of lichaamsgerichte therapie, yoga en andere ontspanningstrainingen.

Behandeling in een forensische setting

In de forensische setting ligt de focus op controlerende interventies en het voorkomen van recidive. De behandeling is niet alleen gericht op mensen met een parafiele stoornis, maar ook op mensen die een zedendelict hebben begaan zonder dat daarvan sprake is.

Bij de behandeling is naast aandacht voor de parafilie en eventuele hyperseksualiteit, ook aandacht voor bewuste gedrags- en agressieregulatie, inhibitie en vermijding van risicosituaties.

Herstel, participatie en re-integratie

Herstel is voor elke patiënt met een parafiele of hyperseksuele stoornis verschillend. Uitgangspunt is dat een parafilie niet is te genezen, maar dat de patiënt ermee kan leven op een manier die voor hem of haar acceptabel is en zonder dat de betrokkene zelf of anderen daarvan schade ondervinden. In sommige gevallen volstaat het wanneer de patiënt vrede heeft met zijn ongewone voorkeur en daar op een prettige manier uiting aan kan geven, al dan niet met zijn/haar partner. In andere gevallen wordt de parafiele voorkeur zoveel mogelijk geminimaliseerd en wordt gezocht naar alternatieve manieren om uiting te geven aan de seksuele gevoelens. Daarnaast kan het een doel zijn om invulling te geven aan het leven en weer deel te nemen aan de maatschappij.

Mensen met een parafiele of hyperseksuele stoornis kunnen te maken krijgen met re-integratie en rehabilitatie. Dit geldt vooral voor patiënten uit de forensische zorg. Behandeling in de forensische zorg is erop gericht de controle en het toezicht geleidelijk af te bouwen en resocialisatie stap voor stap op te bouwen. Er zijn diverse programma's ontwikkeld voor de resocialisatie van zedendaders, vaak met zowel een behandel- als een controlecomponent. Terugvalpreventie is daarvan een belangrijk onderdeel.

Organisatie van zorg

Uitgangspunt bij de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen is interdisciplinair denken én (zo nodig) interdisciplinair handelen. Dit betekent dat informatie-uitwisseling en samenwerking tussen behandelaars vanuit verschillende disciplines wenselijk is, ongeacht de werksetting.

Voor mensen met een parafiele of hyperseksuele stoornis die als belangrijkste klacht hebben dat ze lijden onder hun parafilie of hyperseksualiteit, zal de huisarts meestal het eerste aanspreekpunt zijn. Ook personen die zich in eerste instantie hebben gewend tot het internet voor het zoeken van informatie kiezen vervolgens voor de huisarts als professioneel aanspreekpunt. De huisarts zal zich in het algemeen beperken tot het waar mogelijk normaliseren en mensen motiveren hulp te zoeken. Behandeling vindt plaats in de gespecialiseerde ggz (S GGZ). Bij voorkeur door een gespecialiseerde zorgverlener, zoals een seksuoloog geregistreerd bij de NVVS.

Forensische zorg kan variëren van een behandeling en verblijf in zwaarbeveiligde tbs-klinieken - (Forensische Psychiatrische Centra: hoogste beveiligingsniveau) bij een ernstig delict met een strafdreiging van tenminste 4 jaar en een grote behandel noodzaak - tot een behandeling in poliklinische forensische voorzieningen. Tussen tbs- en poliklinische behandeling zijn er 3 tussenvormen van forensische behandeling voor lichtere vormen van stoornissen, zoals een behandeling in Forensische Psychiatrische Klinieken (FPK) of behandeling in Forensische Psychiatrische Afdelingen (FPA). Het is belangrijk dat de overgang van de forensische zorg naar de reguliere ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg goed verloopt.

Samenhang met zorgstandaarden

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Diversiteit- Zelfmanagement- eHealth- Bijwerkingen- Comorbiditeit | <ul style="list-style-type: none">- Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB)- Psychotherapie- Destigmatisering- Suïcidaal gedrag |
|---|--|