

# Psychiatrie en de seksuele delinquent

door F. Bruinsma

## Samenvatting

Naar aanleiding van twee casussen wordt gewezen op het belang van nauwgezette taxatie van het seksuele delict en de psychiatrische diagnostiek van de seksueel geweldpleger. Deze taxatie en diagnostiek kunnen goed worden uitgevoerd wanneer enerzijds het seksuele delict onderzocht wordt, en anderzijds een analyse wordt uitgevoerd volgens het taxatieschema van Finkelhor (1984, p. 53-69). Emotionele belemmeringen van de hulpverlener, met name de eigen afweermechanismen ten aanzien van seksueel geweld, bemoeilijken een goede diagnostiek.

## Inleiding

De rol van de forensisch psychiater bij de behandeling van seksuele delinquenten is, vooral op grond van een veranderde visie op seksueel geweld, kleiner geworden. Tot voor kort was de forensisch psychiater de enige die over seksuele delinquenten rapporteerde. De specifieke behandeling vond meestal plaats in tbs-klinieken.

Volgens de huidige feministische visie heeft seksueel geweld meer met agressie en macht te maken dan met seksualiteit. Psychiatrische hulp aan de seksuele delinquent wordt beschouwd als een onterechte bescherming en als verraad tegen de vrouwelijke slachtoffers. Mannelijke plegers van seksueel geweld moeten in de eerste plaats gestraft worden. In Amerikaanse behandelingsprogramma's voor seksueel geweldplegers is vaak zo'n bestraffend element te bespeuren. Toch zijn deze behandelingen meestal gericht op het aanleren van zelfcontrole en het confronteren met de verantwoordelijkheid (Kuiper 1987).

Naast morele bezwären stuit de behandeling van de seksuele delinquent ook op een aantal andere problemen. Allereerst is het moeilijk om een seksuele delinquent op vrijwillige basis te behandelen, omdat hij over het algemeen niet erg gemotiveerd is. De pijnlijke gevolgen van zijn gedrag worden in eerste instantie niet door hem gevoeld. Afhankelijk van het rechterlijk vonnis, kan een opgelegde behandeling

plaatsvinden in een penitentiaire instelling. In een aantal gevallen zal de aard van het seksuele delict echter niet ernstig genoeg zijn om een klinische behandeling te rechtvaardigen. Daarnaast kan de persoonlijkheidsstructuur van de delinquent ontoereikend zijn voor behandeling. En ten slotte kan in gevallen van incest een klinische behandeling van de pleger niet in het belang zijn van het slachtoffer. Men zoekt dan naar ambulante behandelingsmogelijkheden voor de seksuele delinquent. Maar ook deze weg is niet zonder meer te bewandelen. De bestaande hulpverleningsinstellingen voeren een terughoudend beleid en de reclassering rekent specifieke behandeling niet tot haar taak. De enkele hulpverleners die wel bereid zijn zich met de seksuele delinquenten bezig te houden, worden daardoor overladen. Nauwgezette multidisciplinaire taxatie en diagnostiek worden dientengevolge vaak overgeslagen.

Naar aanleiding van twee casussen wordt in dit artikel aangetoond dat multidisciplinaire diagnostiek van de seksueel geweldpleger noodzakelijk is. De psychiater kan hierbij niet gemist worden. Overigens zullen de psychiatrische factoren meestal niet zo op de voorgrond staan als bij de gegeven voorbeelden. Na de bespreking van de twee casussen zal nog afzonderlijk worden ingegaan op de afweermechanismen. De hulpverleners zijn daardoor geneigd meer aandacht te besteden aan het seksuele delict, dan aan de eigenlijke behandeling van de seksueel geweldpleger.

### **Casus 1: De notabele**

De politie van een kleine provincieplaats verwijst de heer A., een 55-jarige notabele uit het betreffende dorp, naar de Rutgers Stichting voor behandeling. Hij wordt ervan verdacht in de loop van twee jaar met drie vrouwen uit het dorp ongewenste intimiteiten te hebben gepleegd. Deze vrouwen zijn, vanwege de functie van de heer A., min of meer financieel afhankelijk van hem. Een van hen heeft aangifte gedaan, hetgeen de heer A. maar niet kan geloven. Hij is zich er wel van bewust dat hij de vrouw bij de borsten heeft gepakt, maar in zijn beleving op een speelse onschuldige manier. Bij het verhoor op het politiebureau wordt de heer A. door een verbaal agressieve rechercheur verteld dat hij niet op klassejustitie hoeft te rekenen. De verdachte schrikt van de bedreigende houding van de rechercheur, en collabeert. Een dienstdoende arts wordt opgeroepen. Na de behandeling gaat het verhoor verder. De wat afwachtende houding van de heer A. wordt opgevat als een weigering om welke verantwoordelijkheid dan ook op zich te nemen. De rechercheur houdt hem voor dat 'dit soort zaken' meestal in een echtscheiding eindigen. De inmiddels ingeroepen advocaat mist ook elk inlevingsvermogen en zegt de daden van de heer A. te verfoeien. Na het weekeinde op het politiebureau wordt de heer A. afgeleverd

bij vrouw en kinderen die hem 'hartverwarmend' – zoals de heer A. het noemt – ontvangen.

Een paar weken later komt een ontredderde heer A. samen met zijn vrouw op het spreekuur van de Rutgers Stichting. In tegenstelling tot zijn uiterst gesoigneerde echtgenote ziet hij er slecht verzorgd uit. Vragen over zijn vakgebied kan hij niet beantwoorden. Er lijkt sprake van een vroegtijdige dementering met decorumverlies. Zijn vrouw vertelt dat hij de laatste zeven jaar in toenemende mate opvliegend en wantrouwend is geworden. Hij slaapt veel, is bij het opstaan 's ochtends vaak zwaarmoedig en trekt zich terug uit het sociale leven. Op zijn kantoor komt hij wel, maar met tegenzin. Zijn vrouw vertelt ook dat hij al jaren impotent is, wat tot voor kort werd geweten aan haar baarmoederoperatie. Verschillende keren is hij met zijn impotentieprobleem naar de huisarts gegaan, maar deze kon bij onderzoek geen afwijkingen constateren.

De taxatie van de seksuele delicten doet vermoeden dat deze uitgelokt worden in een ontremde toestand van de heer A. Door de dementering heeft hij de grenzen overschreden en misbruik gemaakt van de afhankelijke positie van de vrouwen. Onduidelijk blijft in hoeverre zijn impotentie heeft meegespeeld. Op verdenking van de ziekte van Alzheimer of van een frontale hersentumor wordt de heer A. naar een neuroloog verwezen. Enkele maanden later komt er een totaal veranderde heer A. met zijn vrouw op het spreekuur. Hij kan nu adequaat antwoord geven op de vragen over zijn werkterrein. Zijn uiterlijk komt nu ook overeen met zijn maatschappelijke positie. Een maand voor dit bezoek heeft hij zijn eerste vitamine B12-injectie gekregen. Bij het neurologische en interne onderzoek was een tekort aan vitamine B12 aangetoond. Opmerkelijk is dat zijn vader en zuster leden aan een perniciose anaemie. Uit de literatuur (Shulman 1967; Kaplan and Sadock 1985; Carethers 1988) blijkt dat dit ziektebeeld, ook zonder dat er sprake is van een duidelijke anaemie, aanleiding kan geven tot een depressief pseudo-dementieel syndroom gepaard gaande met een sterke paranoia. Seksuele stoornissen zijn daarbij niet bekend. Bij een langdurig vitamine B12-tekort kunnen psychische veranderingen permanent zijn.

De dag na het hernieuwde consult moet de heer A. naar de officier van de justitie. Zijn advocaat heeft hem gewaarschuwd voor een zware straf. De heer A. treft echter een, zoals hij het achteraf zelf zegt, 'bijzonder sympathieke vrouwelijke officier die hem geen verwijten maakt en blij is dat de B12 zo goed werkt'.

## **Casus 2: De zwerver**

*De 42-jarige incestpleger B. heeft stad en land afgebeld voor hulp. Maar zowel zijn huisarts als de hulpverleners van het RIAGG, het alge-*

meen maatschappelijk werk, de Rutgers Stichting en een psychiatrische polikliniek zijn van mening dat hij niet echt gemotiveerd is en zien af van het bieden van hulp. De gevraagde hulp heeft vooral te maken met de sociale situatie waar de man in verkeert nadat de incest bekend was geworden. De hulpverleningsinstellingen zijn echter vooral geïnteresseerd in de seksuele aspecten van het misbruik. De heer B. hoort beslist niet tot de categorie van 'Yavis'-cliënten (Young, Attractive, Verbal, Intelligent and Social). In tegendeel, zijn voorkomen, en speciaal zijn breedvoerige manier van spreken, wekt veel irritatie.

De heer B. heeft negen jaar ingewoond bij een gescheiden vrouw met twee zonen. In de afgelopen jaren heeft hij de jongens enkele keren seksueel misbruikt. Tijdens een ruzie met de autoritaire heer B. over het te laat thuiskomen, vertelde één van de jongens aan zijn moeder wat er gebeurde. De heer B. is al jaren werkloos en heeft alleen nog een beperkt gevoel van eigenwaarde binnen het gezin. Hoewel hij anders wil doen voorkomen, heeft hij in feite geen enkel gezag over de kinderen. Nadat de zoon over het misbruik heeft verteld, wordt de heer B. door zijn vriendin de deur gewezen. Hij zwerft rond, zoals hij dat ook al deed voordat hij in het gezin werd opgenomen.

Duidelijk is dat het seksueel misbruik samenhangt met de onmacht in de pedagogische relatie met de jongens. Naar eigen zeggen verkeerde de heer B. tijdens het seksueel misbruik in een soort trance-achtige toestand. Sommige hulpverleners interpreteren zo'n uitspraak als het ontlopen van de verantwoordelijkheid. Dit heeft mogelijk ook in het geval van de heer B. bijgedragen aan de afwijzende houding van de hulpverlening. In hoeverre de trance-achtige ervaringen te maken hebben met een lichamelijke oorzaak is nog onbekend.

Ook de heer B. wordt naar een neuroloog verwezen. In het EEG worden niet specifieke irritatieve afwijkingen in het temporale gebied gevonden. Onduidelijk is of de afwijkingen enige betekenis hebben. Er is geen epilepsie. De neuroloog adviseert wel de gespreksbehandeling te ondersteunen met medicamenteuze therapie.

### **Taxatie en diagnostiek**

Zowel de heer A. als de heer B. zagen er bij de eerste kennismaking onverzorgd uit. Het is geenszins de bedoeling de indruk te wekken dat dit een kenmerk is van een seksueel geweldpleger. Integendeel, de hypernormaliteit is juist een karakteristiek van met name de incestpleger (Maisch 1971; Bruinsma 1988). Bij de beoordeling van een seksueel geweldpleger is het nuttig onderscheid te maken in de taxatie van het delict, de omstandigheden van de delinquent en de persoon van de delinquent zelf.

*Taxatie van het delict* – Bij de taxatie van het delict zijn vooral de volgende, meer sociale factoren van belang.

- Was het een eenmalige gebeurtenis of heeft het seksueel geweld herhaaldelijk plaatsgevonden?
- In hoeverre is het delict gepaard gegaan met fysiek geweld of emotionele dwang. Zo ja, was er een toename van dat geweld?
- Werden de delicten steeds specifiek seksueler (zoals bij voorbeeld bij de zeer traumatische sadistische verkrachtingen, Groth 1979)?
- Werd het seksuele vergrijp door één pleger begaan, of door een groep mannen of jongens?

Uit deze taxatie kan statistisch min of meer worden afgeleid hoe groot het gevaar van recidive op korte termijn is. Het gevaar hiervan is groter als het delict herhaaldelijk heeft plaatsgevonden, als er geweld gebruikt is en er in de loop van de tijd een toename daarvan is, en als het delict specifiek seksueel is. Maar daarmee is nog niet bekend onder welke omstandigheden een specifieke pleger een groter risico loopt.

*Omstandigheden van de delinquent* – Het taxatieschema van Finkelhor (1984, p. 53-69) kan hier meer inzicht verschaffen. Dit schema is gebaseerd op vier factorenclusters. Alleen als er voldaan wordt aan alle factoren kan er, volgens Finkelhor, sprake zijn van seksueel misbruik. De vier factoren zijn: (1) seksuele en/of emotionele motieven van de pleger; (2) gebrek aan interne controle bij de pleger, permanent of tijdelijk vlak voor en tijdens het delict; (3) de aanwezigheid van een voor het delict gevaarlijke situatie; (4) factoren bij het slachtoffer zoals bij voorbeeld geringe weerbaarheid en sterke afhankelijkheid, verstandelijke handicaps en dergelijke.

In de eerste plaats moet de pleger emotionele en/of seksuele motieven hebben gehad. Er is bijna altijd sprake van een mengeling van factoren. Bij een pedoseksueel zullen seksuele motieven overheersen. Bij een indertijd zelf getraumatiseerde man, met een gering gevoel van eigenwaarde, en binnen een voor hem als bedreigend ervaren relatie (zoals de heer B.), zullen emotionele motieven op de voorgrond staan. Voor een goede taxatie van de emotionele en/of seksuele factoren bij de pleger, is onder meer een psychiatrische evaluatie gewenst.

Het gebrek aan interne controle, de tweede factor in het taxatieschema van Finkelhor, was duidelijk aan te wijzen bij de heer A. De meeste mensen komen nooit tot een seksuele geweldpleging, omdat zij hun seksuele fantasieën kunnen beheersen. De natuurlijke rem kan tekortschieten. Als gevolg van organisch cerebrale stoornissen kan deze blijvend ontbreken. Ook kan de interne controle tijdelijk ontbreken doordat de pleger in een toestand van vernauwd bewustzijn verkeert. Vaak wordt op zo'n moment opnieuw een traumatische ervaring uit het verleden beleefd.

Een 'voor het delict gevaarlijke situatie' kan ontstaan wanneer pleger en slachtoffer alleen zijn. Bij incest tussen vader en kind is de moeder vaak fysiek of psychologisch afwezig. Deze afwezigheid is niet de oor-

zaak, al zal moeder impliciet beschuldigd kunnen worden. De afwezigheid van moeder kan ook een gevolg van de incest zijn. Het is een psychodynamisch mechanisme om niet op de hoogte te zijn van het seksuele misbruik (Rijnaarts 1987).

De verantwoordelijkheid voor het seksuele geweld ligt in geen enkel opzicht bij het slachtoffer. In incestgevallen is het kind niet in staat geweest het seksuele misbruik te verhinderen. In een afhankelijke gezinsrelatie is dat voor een kind ook heel moeilijk. Geestelijk en fysiek gehandicapte kinderen behoren tot een groep, die extra groot risico loopt. Ook een eenmaal seksueel getraumatiseerd kind loopt een groter risico later weer het slachtoffer van seksueel geweld te worden. Door de 'aangeleerde hulpeloosheid' (Seligman 1975) lijkt het voor altijd slachtoffer te blijven.

De enige die persoonlijk verantwoordelijk is voor het seksueel misbruik, is de seksueel geweldpleger. Hij is echter niet gemotiveerd om deze verantwoordelijkheid onder ogen te zien. Hoewel hij vaak anders wil doen voorkomen, weet hij natuurlijk wel wat er feitelijk gebeurd is. Veel wordt duidelijk als het gedrag niet gezien wordt als iets dat op zichzelf staat, maar als iets dat verband houdt met de gedragingen voor en na het misbruik. Wat deed, dacht en voelde de pleger tijdens het delict, en wat in de minuten, uren en dagen daarvoor en daarna? Op deze manier wordt duidelijk hoe het 'offense syndrome' (Pithers, Marques, Gibat, Marlatt 1983), de opeenvolging van gedragingen, gerelateerd zijn aan het taxatieschema van Finkelhor.

*De persoon van de delinquent* – Uitgaande van dit model stuiten wij vanzelf op de noodzakelijke diagnostiek van de seksueel geweldpleger zelf. Multidisciplinaire diagnostiek door psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker en seksuoloog zou ideaal zijn, maar het is de vraag of dat ook praktisch is. Voor een goede beoordeling van de eerste twee factorencomplexen uit het schema van Finkelhor, is verwijzing naar een seksuoloog aangewezen.

### **Emotionele belemmeringen bij de diagnostiek**

Bij de diagnostiek en de behandeling van de seksueel geweldpleger is het noodzakelijk dat de psychologische afweer van de pleger wordt onderkend en behandeld. De onderzoeker of behandelaar zal ook zijn eigen afweermechanismen tijdig bij zichzelf moeten signaleren. Vele aspecten van seksueel geweld, zoals macht en onmacht, controle en afhankelijkheid, seksualiteit en machtsrelaties, dwingen de hulpverlener tot een emotionele positiebepaling. Als hij geen manier weet te vinden om bewust met deze aspecten om te springen, kunnen bij hem dezelfde afweermechanismen optreden als bij de seksueel geweldpleger. De behandeling wordt daardoor negatief beïnvloed of zelfs onmogelijk.

*Psychologische afweermethoden* – Bij de seksueel geweldpleger komt een aantal psychologische afweermethoden voor, waaronder rationaliseren, ontkennen, bagatelliseren en projecteren. Het rationaliseren komt in het algemeen het meest voor. 'Ik deed het voor haar eigen bestwil', en dergelijke uitspraken moeten het misbruik vergoelijken. Door het gedrag te rechtvaardigen, al is het met oneigenlijke redenen, behoudt de plegger zijn gevoel van eigenwaarde. Aan de zijde van de hulpverlener zien we vaak een vergelijkbare rationalisering. Wanneer de hulpverleners stellen niet in staat te zijn ongemotiveerde cliënten te helpen, zegt dat waarschijnlijk meer over de rationaliserende houding van de hulpverleners dan over de motivatie van de geweldpleger. Wel is het zo dat een aanzienlijk percentage van de seksueel geweldplegers door behandeling niet wezenlijk te veranderen is (Bruinsma 1988). De hulpverleners zullen die beperking moeten leren aanvaarden. Aan de andere kant blijkt in de loop van de behandeling een aanvankelijke ongemotiveerde seksueel geweldpleger 'mee te gaan' op basis van de therapeutische vertrouwensrelatie. Kennis en vaardigheden met betrekking tot deze behandelingsmogelijkheden zijn goed te leren. Met name in de Verenigde Staten zijn talloze ambulante en residentiële behandelingsprogramma's voor de seksueel geweldpleger ontwikkeld. De resultaten daarvan verschillen wat betreft recidive, maar zijn nog altijd beter dan geen behandeling (Kuiper 1987).

*Vertroebeld beeld* – Naast de genoemde afweermethoden, kan de hulpverlener ook emotioneel verstoord raken door onbewuste identificatie, hetzij met het slachtoffer, hetzij met de plegger. De hulpverlener moet zich ook in dit geval uiterst bewust zijn van zijn emoties, om te voorkomen dat zijn inzicht in de delinquent vertroebeld raakt. Defensies zijn immers intrapsychisch van aard.

Ten slotte kunnen maatschappelijke vooroordelen over seksueel geweld in het algemeen en over de seksueel geweldpleger in het bijzonder, eveneens vanuit genoemde afweer beschreven worden. Dit oordeel komt tot uitdrukking in de media, waarin plegers publiekelijk belijdenis doen of juist aangevallen worden, en de slachtoffers massaal mededogen ontvangen.

Natuurlijk kan niet van iedereen verwacht worden dat hij seksueel geweldplegers wil of kan behandelen. Maar als de psychiater door de maatschappelijke druk, of uit eigen afkeer, deze mannen alleen bestraffend benadert, is hij op de verkeerde weg.

Deze conclusie wordt ook door de overheid onderkend, wat blijkt uit de aandacht van deze hoek voor preventie van seksueel geweld en voor de hulp aan plegers (ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, conceptvervolgnota 1988). Vanzelfsprekend mag deze aandacht voor de plegers niet ten koste gaan van de hulp aan de slachtoffers van seksueel geweld.



## Literatuur

- Bruinsma, F. (1988), Stappen in de hulpverlening aan (incest)plegers. In: Damen, E., en N. van Oosten (red.), *Mannelijkheid en seksueel geweld, de dader belicht*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Carethers, M. (1988), Diagnosing vitamin B12 deficiency, A common geriatric disorder. *Geriatrics* 43, 3, 89-112.
- Finkelhor, D. (1984), *Child Sexual Abuse*. The Free Press, New York.
- Groth, A.N. (1979), *Men who rape*. Plenum Press, New York.
- Kaplan, H.L., en B.J. Sadock (1985), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, p. 859-860. Williams en Wilkins, Baltimore.
- Kuiper, J. (1987), *Nemen van verantwoordelijkheid*. Rutgers Stichting, Den Haag.
- Maisch, H. (1971), *Incest*. Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1988), *Preventie van seksueel geweld en de aanpak van daders. Concept-vervolgnota van seksueel geweld tegen vrouwen en meisjes*, Den Haag.
- Pithers, W.D., J.K. Marques, C.C. Gibat, G.A. Marlatt (1983), Relapse prevention with sexual Aggressives: A Self Control Model of Treatment and Maintenance of Change. In: J.G. Greer en I.R. Stuart (red.), *The Sexual Aggressor*. Van Nostrand-Reinhold Company, New York.
- Rijnaarts, J. (1987), *Dochters van Lot. Over vader-dochter-incest*. An Dekker, Amsterdam.
- Seligman, M.E.P. (1975), *Helplessness*. W.H. Freedman, San Francisco.
- Shulman, R. (1967), Vitamine B12 Deficiency and Psychiatric Illness, *British Journal of Psychiatry*, 113, 252-256.

## Summary: Psychiatry and the sexual offender

On account of two patients the importance of conscientious assessment of the sexual offense and the psychiatric diagnostic interview of the sexual offender is pointed out. This assessment can be done by keeping one's mind on the offense on one hand, and by using Finkelhor's four-factor model on the other. The impediments of a good assessment are emotional most of the times. Especially one's own defenses to sexual violence are involved.

F. Bruinsma, psychiater-seksuoloog, is verbonden aan de Rutgers Stichting te Utrecht. Daarnaast is hij psychotherapeut in eigen praktijk.

Het artikel werd geaccepteerd voor publicatie op 13-7-'89.