

Sexuele agressoren: een braakliggend terrein voor wetenschappelijk onderzoek en een kluwen van ethische problemen voor hulpverleners!

Sociaal deviant of psychiatrisch gestoord?

Forensische psychologen en zeker forensische psychiaters hebben beroepshalve een vertekend beeld van de criminaliteit. De kwantitatief belangrijkste groep van vermogensdelikten kan nauwelijks hun aandacht weerhouden ten voordele van kwantitatief eerder zeldzame vormen van delinquentie, zoals bv. individueel fysisch geweld tegen personen. Dit is geen toeval of een extern opgedrongen keuze door strafrechtsbeoefenaars. De hulp van psychologen en psychiaters wordt met voorkeur ingeroepen in die gevallen waar er geoordeeld wordt dat individuele psycho(patho)logische factoren een significante rol zouden kunnen spelen in de delinquentie. Het geloof dat er een bijzondere band bestaat tussen sexuele delikten en het mentaal (dys)-functioneren van de dader is nogal verspreid en wijd aanvaard.

Hier schuilt reeds een semantisch probleem dat een grote verwarring kan scheppen. Delinquent gedrag betekent afwijkend gedrag ten overstaan van bestaande en veranderende maatschappelijke, kulturele en juridische normen. Dit delinquent afwijkend gedrag mag geenszins gelijkgesteld worden met pathologisch gedrag. Een sexueel afwijkend of onconventioneel gedrag zoals verkrachting bv. kan in sommige gevallen in verband staan met een psychiatrische stoornis en in andere gevallen niet. Termen zoals 'verkrachting' of 'incest' verwijzen naar deviante gedragingen maar niet naar psychiatrische diagnoses. Zij zijn nergens terug te vinden in de DSM III (de meest recente psychiatrische classificatie van de American Psychiatric Association).

Een probleemgedrag dat zich beperkt tot een conflict tussen een individu en de maatschappij kan sociaal afwijkend zijn maar geenszins alsdusdanig een psychiatrische stoornis zijn. Dit laatste veronderstelt de aanwezigheid bij een individu van een herkenbaar en omschreven syndroom dat typisch geassocieerd is aan één of meerdere pijnlijke symptomen of dat het functioneren in een of meerdere gebieden significant hindert. Afwijkend en pathologisch gedrag zijn twee verschillende conceptualisaties met uiteraard de mogelijkheid van gedeeltelijke overlappingsen. Indien dit onderscheid geen moeilijkheden geeft voor de meest psychiatrische stoornissen (bv. psycho-organische, schizofrene, affectieve, neurotische stoornissen e.a.) dan is dit minder waar voor de psychosexuele stoornissen en dus voor de groep der paraphiliën.¹ Er bestaat een graduele overgang van

1. De term 'paraphilie' legt de nadruk op het afwijkend karakter(para) van datgene waarnaar de betrokkene zich aangetrokken voelt(philia). Het vervangt in de huidige psychiatrische terminologie termen zoals 'Sexuele deviaties' of 'sexuele perversies'. De eerste term legt te veel

conventioneel sexueel gedrag naar allerlei varianten die kunnen geëxperimenteerd worden en naar pathologie. Het gebruiken van agressiviteit in een seksuele context is niet per se een teken van pathologie. Om van seksueel sadisme te spreken moet de betrokkene herhaaldelijk en opzettelijk een niet instemmend partner lichamelijk doen lijden om seksuele opwindning te krijgen of een combinatie van vernedering en lichamelijke verwonding (zelfs dodelijke) toebrengen aan een partner met diens instemming om seksuele opwindning te verkrijgen.

Een tweede vaak gehoorde semantische verwarring ligt in het gelijkschakelen van de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis bij een dader met de toepassing van de wet op het sociaal verweer. Een psychiatrische stoornis is de noodzakelijke maar zeker niet voldoende voorwaarde om te besluiten dat iemand, om medische redenen, niet in staat was zijn daden te controleren, en dus ontoerekeningsvatbaar was. De aanwezigheid van een psychiatrische stoornis bij een seksuele delinquent wil zeker niet zeggen dat er automatisch een interneringsvoorstel moet volgen. Het voorstel van de forensische psychiater aan de rechter m.b.t. de toerekeningsvatbaarheidsvraag heeft zijn eigen logische dynamiek die losstaat van de medische logica die leidt tot het vaststellen van een stoornis.

Veel theorieën maar weinig feiten

Zelfs indien seksuele agressie slechts een klein percentage uitmaakt van de totale criminaliteit is het bij uitstek zorgwekkend zowel voor de maatschappij als voor hulpverleners. De daders zijn mannen en de slachtoffers doorgaans vrouwen of kinderen die er niet om gevraagd hebben en die diep getroffen geweest zijn tot in hun fysieke integriteit. In die situatie van seksuele agressie kan het slachtoffer zichzelf niet meer vrij bepalen in de relatie, voor zover deze uiteraard op dat ogenblik bestaat. De maatschappij heeft de plicht haar leden te beschermen tegen geweldplegingen, inclusief seksueel geweld. De openbare opinie en de media reageren vaak overdreven emotioneel op deze vorm van criminaliteit. Dit draagt toe tot het scheppen van een onredelijk klimaat van onveiligheid. Zelfs in de interne subcultuur van de gevangenis is er een afwijzende houding voor deze vorm van criminaliteit en ondervindt de seksuele agressor moeilijkheden om zijn plaats te vinden.

Theorieën over het verband tussen seksualiteit en agressiviteit worden teruggevonden in de traditionele psychologische en sociologische literatuur, alsmede in de meer recente feministische en biosociologische literatuur. Maar als men het aspect structureel en psychisch (of moreel) geweld terzijde laat om zich te centreren op fysiek uitgedrukt geweld valt het op hoe weinig harde gegevens de theorievorming onderbouwen.

Waarom is de wetenschappelijke kennis van deze vorm van seksuele delinquentie zo schaars? Na de tweede wereldoorlog hebben wij nochtans, wat de menselijke seksualiteit betreft, een explosie gekend van wetenschappelijke vooruitgang en maatschappelijke verandering. De vroeger heersende taboesfeer

nadruk op het anomische van het bedoeld gedrag. Het woord 'perversie' is in het alledaags taalgebruik opgeslorpt geworden en heeft tevens een negatieve morele connotatie gekregen. Het woord 'paraphilie' wil zich moreel neutraal opstellen.

werd opgegeven en de seksualiteit werd vrijgegeven voor wetenschappelijk onderzoek. Nieuwe theorieën over sexuele dysfuncties en alternatieve vormen van hulpverlening (Master en Johnson) zagen het daglicht terwijl in de zeventiger jaren gespecialiseerde centra voor sexuele moeilijkheden als paddestoelen uit de grond rezen. Maar, ondanks dit gunstig klimaat, ging onze kennis van sexuele agressoren er maar weinig op vooruit.

Een eerste reden houdt verband met de zeldzaamheid van het fenomeen zelf. Wetenschappelijk onderzoek betreffende gedragingen met een lage frequentie van voorkomen — en die tevens bijna nooit rechtstreeks observeerbaar zijn — stelt bijzonder moeilijke problemen. Het 'dark number' probleem dat belangrijk is bij sexuele delikten is nochtans zeer gering voor de groep der sexuele agressoren. Hoe zwaarder de toegebrachte letsels, hoe meer kans dat politie en gerecht zullen tussenkomen. Maar, en hier ligt een tweede reden van de schaarsheid van onze kennis ter zake, deze individuen worden in gevangnissen of instellingen van sociaal verweer opgesloten en komen dus nooit terecht in de bestaande psychiatrische onderzoekscentra. Al de verzamelde informatie over de betrokkene verdwijnt in het juridisch dossier terwijl straf en beschermingsmaatregelen genomen worden waardoor het individu onttrokken wordt aan mogelijkheden van wetenschappelijk onderzoek. Dit onderstreept de noodzakelijkheid van de oprichting van forensische onderzoekseenheden binnenin de bestaande penitentiaire instellingen. Daar bestaan unieke mogelijkheden voor onderzoek die elders niet kunnen plaatsvinden. Gespecialiseerde penitentiaire centra voor sexuele agressoren werden in Engeland, Canada en de Verenigde Staten opgericht. Het penitentiair oriëntatiecentrum van St Gillis (Dir. Prof. Dr. J.P. De Waele) overweegt eveneens onderzoek in deze richting.

Er is nog een derde bron van ontevredenheid ten onverstaan van bestaande theorieën over seksualiteit en agressiviteit. Vele onderzoekers veronderstellen, vaak impliciet, dat sexuele agressoren een homogene groep vormen. Niets is minder waar. De verhouding of de respectievelijke plaats van het sexuele en het agressieve in de daad kan zeer sterk verschillen van geval tot geval. Sommige sexuele agressoren stellen het sexuele als primair doel en gebruiken agressie als een middel om het slachtoffer te overmeesteren. Agressief gedrag is noodzakelijk om de sexuele handelingen te kunnen stellen of om het zwijgen op te leggen na de daad (bv. doodslag na verkrachting of sexueel misbruik van een kind). Bij anderen wordt — of is van meet af aan — agressie een doel op zichzelf, wellicht in een sexuele context maar dan nog verdwijnt het sexuele meer op de achtergrond. Deze laatste groep vormt een minderheid van de sexuele agressoren maar is wel de meeste enigmatische en minst gekende. Op basis van een evidente groepsheterogeniteit worden in de literatuur verscheidene typologieën van 'verkrachters' voorgesteld. Maar ongelukkig bestaat er nog geen wetenschappelijke validatie van de voorgestelde indelingen. In ieder geval is het vanuit forensisch psychiatrisch standpunt totaal onzinnig zo maar algemene uitspraken te gaan doen over 'de' vrouwenverkrachters of 'de' sexuele kinderagressoren.

Het komt er op aan de onderzoeksvragen duidelijk te stellen. Een fundamentele vraag is of er specifieke sexuele opwindingspatronen bestaan bij sexuele agressoren. Recent psychofysiologisch onderzoek geeft een begin van antwoord. De sexuele opwindingspatronen zijn in een experimentele situatie zeer nauwkeurig meetbaar door de penisdiameter en lengte te registreren bij het blootstellen van

het individu aan verscheidene stimuli. Doorgaans worden de drie volgende uitgangssituaties genomen: een van sexuele betrekking met volledige wederzijdse toestemming en zonder enige agressieve stimulus, een verkrachtingsscène en een geweldsscène buiten elke sexuele context. Zo kan per individu een 'verkrachtingsindex' gemeten worden door het gemiddeld antwoord op het verkrachtingsverhaal te delen door het gemiddeld antwoord op sex met wederzijdse toestemming. De voorlopige besluiten die getrokken kunnen worden uit deze onderzoeken zijn 1) non-sexuele agressoren (controlegroepen zonder sexueel afwijkend gedrag) reageren niet op de verkrachtingsscène terwijl sexuele agressoren wel reageren 2) de subjectieve sexuele opwindingsstoestand van non-sexuele agressoren correleert zeer goed met de fysiologische penisvolume metingen terwijl sexuele agressoren hun opwindingsstoestand voor sexueel geweld onderschatten 3) de verkrachtingsindex correleert sterk met de frequentie van sexuele agressies en de ernst van toegebrachte lichamelijke letsels aan slachtoffers, 4) men kan een subgroep sexuele sadisten isoleren die ook penis-erecties vertonen als antwoord op niet-sexueel geweld. De onderzoekers zijn nog niet rond met de interpretatie van deze gegevens. Hoe kan zuiver geweld bij sommige individuen een sexuele respons uitlokken? Waarom is er bij deze sexuele agressoren een gebrek aan inhibitie van de sexuele respons in aanwezigheid van agressieve stimuli?

Een vangnet voor ethische problemen

In aansluiting met het voorgaande zal het niemand verwonderen dat de literatuur over de behandeling van sexuele agressoren zeer casuïstisch is en slechts weinig overtuigende evaluatiestudies bevat. De vraag dient gesteld te worden of — rekening houdend met de huidige wetenschappelijke kennis terzake — sommige sub-categorieën hoegenaamd handelbaar zijn. Het antwoord op deze vraag is m.i. ongetwijfeld negatief. Het is gewoon de realiteit onder ogen durven zien als men zegt dat er vormen zijn van sexueel sadisme waarvoor alsnog geen effectieve therapeutische aanpak voorgesteld kan worden. Behandelingsprogramma's leggen gewoonlijk de nadruk op groepspsychotherapie, gedragstherapie en biologische technieken om de androgenen te reduceren. Het zijn vooral deze laatste die onder de loep zullen genomen worden omdat zij het nauwst aansluiten bij de nieuw verworven inzichten over de menselijke sexualiteit.

In West-Duitsland werd er een bijzondere vorm van psychochirurgie (stereotactische hypothalamotomie) uitgevoerd voor sommige sexuele agressoren 'op aanvraag en initiatief van delinquenten tijdens hun gevangenisverblijf' (Dieckman en Hassler, 1977). Het woord hypothalamotomie slaat op het cerebraal doelwit van de ingreep: nl. de coagulatie van dat gedeelte van het centraal zenuwstelsel dat bij de mens het sexuele gedrag en de sexuele hormonale balans moduleert (de hypothalamus).² Het woord 'stereotaxie' verwijst naar de neurochirurgische techniek waarbij op een uiterst nauwkeurige wijze een vastgelegd punt in de hersenen kan bereikt worden met een electrode om het ter plaatse te

2. Fysiologisch gesproken gaat het om de niet dominante hypothalamische ventromediale nucleus van Cajal, de preoptische area van het tuberomamillair complex. De grootte van het toegebracht letsel is ongeveer 50 tot 70 mm³.

stimuleren en te caoguleren. Volgens deze auteurs is er een aanzienlijke vermindering van de sexuele aandrift, van de sexuele problemen en van het sexueel gedrag.

Dergelijke ingrepen werden nooit in België (noch in Nederland) uitgevoerd en zullen het ook nooit worden om etische reden. In België en Nederland bestaat er een werkgroep van psychiaters en neurochirurgen die een medisch en ethisch advies geven over patiënten die voor een psychochirurgische ingreep in aanmerking komen. Die groep heeft nooit een positief advies uitgebracht — en zal dit principieel nooit doen — voor patiënten die van hun vrijheid werden beroofd: gedetineerden, geïnterneerden of gecollocerden. Naast het ethisch probleem, zelfs indien de resultaten succesvol zouden zijn, is er nog het probleem van mogelijke ernstige nevenverschijnselen. De hypothalamus regelt nog andere gedragingen en functies zoals het eetgedrag, het drinkgedrag, de lichaamstemperatuur enz. Na een publiek debat en tussenkomst van de Duitse federale autoriteiten werd (voorlopig?) een einde gesteld aan deze reeks ingrepen.

Denemarken heeft een grote ervaring opgedaan met de heelkundige castratie van sexuele agressoren. Deze ingreep reduceert op een drastische wijze de hoeveelheid androgenen die kunnen gedoseerd worden in het bloed. Zonder in te gaan op de complexe en tegenstrijdige verbanden tussen sexuele hormoonspiegels en sexuele aandrift staat wel vast dat te lage hormoonspiegels gepaard gaan met een verminderd sexueel begeren en potentie. Het deviate wordt niet gewijzigd. Dus indien de gerichtheid van de libido onaangestast blijft, kan het wel kwantitatief sterk verminderd worden. Het imperatieve van de sexuele aandrift en de continue mentale preoccupatie met sexuele themata verdwijnt zodat deze patiënten zich op dat vlak bevrijd voelen. Het recidivisme cijfer van de gecastreerde delinquenten is van 2 % wat ongelooflijk laag is vergeleken met recidieve cijfers van 23 % tot 52 % en nog meer voor de vergelijkingsgroepen (Freund, 1980). De sterkste argumenten tegen castratie zijn nochtans van ethische aard. Indien castratie beschouwd wordt als een behandelingsvorm dan zou de gedetineerde ervoor moeten kunnen kiezen op een vrije basis, dus zonder dwang. Dit is onmogelijk voor een gedetineerde in een systeem waar lange straffen gegeven worden en voorwaarden voor invrijheidstelling van hogerhand opgelegd kunnen worden.

Sinds de ontdekking van cyproterone acetaat³ is het probleem van de heelkundige castratie grotendeels achterhaald. Deze stof is een anti-androgeen en neutraliseert op een nog steeds weinig bekende wijze de werking van de natuurlijke androgenen. Afhankelijk van de ingenomen dosis bekomt men een overeenkomstige reversiebele libido en potentievermindering. Deze kan tot nul gereduceerd worden. De belangrijkste beperking van deze behandelingsmethode ligt in het feit dat het effect afhankelijk is van de medicatie-inname en dit veronderstelt de blijvende medewerking van de delinquent. Ongetwijfeld zullen er in de komende jaren nieuwere anti-androgenen op punt gesteld worden.

3. Verkrijgbaar in België onder de naam van Androcur (Schering N.V.).

Epiloog

Besluiten moeten niet getrokken worden in een domein dat snel aan het evolueren is. Het is belangrijker richtingen aan te wijzen en te waarschuwen voor potentiële gevaren. Over sexuele agressoren hebben wij minder theorieën en meer feiten nodig. Men hoeft zich geen illusies te maken over de verdere ontwikkeling van het psychofysiologisch en neuroendocrinologisch onderzoek. Dat komt er. Meer zorgwekkend is de kloof die men meer en meer vaststelt tussen deze nieuwe onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden enerzijds en de onderontwikkelde maatschappelijke en ethische vraagstelling hieromtrent anderzijds.

Aanbevolen literatuur

- ABEL, G.G., BECKER, J.V. and SKINNER, L.J.: Aggressive behavior and sex. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol 3, 133-151, 1980.
- BONNET, G.: *Comportements Sexuels*, Encyclopédie médico-chirurgicale (Paris), psychiatrie, 37390 A10, 26 p, 2-1985.
- BRADFORD, J.McD.: Research on sex offenders. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol 6, 715-731, 1983.
- DIECKMAN, G. and HASSLER, R.: Treatment of sexual violence by stereotactic hypothalamotomy, in *Neurosurgical treatment in psychiatry, pain and epilepsy*, ed. Sweet et al. University park press 451-462, 1977.
- D.S.M. III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American psychiatric Association, 1980.
- FREUND, K.: Therapeutic sex drive reduction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, supplementum 287, 62, 1980.
- HEBBRECHT, M. en PIERLOOT, R.: Hypersexualiteit vanuit psychodynamisch perspectief. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 26, 550-563, 1984.
- HEBBRECHT, M. en VANDEREYCKEN, W.: Hypersexualiteit vanuit biologisch perspectief. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 26, 5-16, 1984.
- LANGEVIN, R.: Sexual strands, understanding and treating sexual anomalies in men, Lawrence Erlbaum Associates, London, 1983.
- LEGROS, J.J.: Influence des hormones sexuelles et en particulier de la testostérone sur le comportement chez l'homme. *Acta psychiat. Belg.* 82, 505-519 (1982).
- QUINSEY, V.L.: Sexual aggression, Studies of offenders against women, in *Law and Mental Health* ed. D.N. Weisstub, Pergamon Press, 84-121, 1984.
- RADA, R.T.: *Clinical aspects of the rapist* Grune and Stratton, 1978.
- SCHLESINGER, L.B. and REVITCH, E.: *Sexual dynamics of anti-social behavior*. Charles C. Thomas, 1983.
- SERVAIS, J.F.: Inhibiteur pharmacologique de la libido: thérapeutique ou répression? Aspects cliniques. *Acta psychiat. Belg.* 82, 520-546, 1982.
- SPITZER, R.L.: The diagnostic status of homosexuality in DSM III, a reformulation of the issues. *Am. J. Psychiatry*, 138, 210-215, 1981.
- Symposium on Sexual deviation: *Brit. J. Psychiatry*, 143, 215-255, 1983.
- WEST, D.J., ROY, C. and NICHOLS, F.C.: *Understanding Sexual attacks*, Heinemann, London, 1978.