

H 24 Psychoanalytische visies op perversies en seksuele disfuncties

Quin van Dam

24.1 Inleiding

Vanaf de grondlegging van de psychoanalyse onderzocht Freud de invloed van seksuele verlangens op het menselijk gedrag en het gevoelsleven. Hij probeerde te verklaren hoe verdrongen seksuele gevoelens tot hysterische symptomen, tot perversies of tot seksuele disfuncties kunnen leiden.

Deze verklaringen waarin de drifttheorie en het oedipale conflict centraal staan, zijn individueel georiënteerd, het accent ligt op verdrongen vroegkinderlijke verlangens die een versturende invloed hebben op het volwassen functioneren. De hedendaagse psychoanalytische opvattingen zijn relationeel gericht, de nadruk wordt gelegd op verdrongen vroegkinderlijke interactiepatronen met ouders (objectbindingen) die in actuele relaties worden herhaald.

In dit hoofdstuk worden de drifttheorie en het oedipale conflict besproken. Daarna volgen beschrijvingen van enkele perversies, van een vorm van seksuele verslaving –cybersex-, en van seksuele disfuncties. De behandelaspecten daarvan worden toegelicht. Tot slot worden enkele opmerkingen gemaakt over de plaats van de psychoanalyse in het onderzoek en de behandeling van seksuele stoornissen.

24.1.1 Drifttheorie

Freud (1905/2000) beschrijft verscheidene behoeftes die tijdens de ontwikkeling van het kind op de voorgrond staan. Deze behoeftes of driften zijn verbonden met afzonderlijke lichamelijke bronnen. De bron van een drift is een prikkelend of exciterend proces in een orgaan en het eerste doel van de drift is het opheffen van deze orgaanprikkel. Freud veronderstelt dat deze driften tweeledig zijn. In de eerste plaats is er bijvoorbeeld bij de mond de behoefte aan voedsel en de bevrediging daarvan. Daarnaast wordt er bij de voedselopname en het sabbelen ook een seksuele opwinding ervaren. De mond wordt dan tot erogene zone en deze (eerste) levensfase wordt bestempeld tot de orale fase. Deze wordt gevolgd door de anale fase waarin het uitscheiden of vasthouden van faeces gepaard gaat met een opwindende prikkeling van de anus. Daarna volgt de opwindende nieuwsgierigheid naar het eigen lichaam of dat van de ander die zich uit in een lust tot kijken of bekeken worden.

Deze behoeftes, die gedurende een bepaalde fase de overheersende bron van bevrediging zijn kunnen bij volwassenen onderdeel van het voorspel zijn. De uiteindelijke bevrediging of ontlading vindt in de normale situatie plaats bij het genitale contact tijdens de coïtus.

Aan het eind van zijn leven komt Freud terug op deze drifttheorie. Het bestempelen van de mond tot erogene zone is een interpretatie achteraf. De prettige en bevredigende sensatie wordt als seksueel benoemd maar is dat niet op het moment dat hij ervaren wordt. Het zelfde geldt voor de andere erogene zones (Lear, 2005, p. 55-87). Uit ontwikkelingspsychologisch onderzoek blijkt ook dat het driftmodel niet houdbaar is (Friedman & Downey, 2002, p. 8-9).

24.1.2 Het oedipale conflict

Het jongetje verlangt seksueel naar moeder. Dit gaat gepaard met gevoelens van frustratie, schuld, angst en conflict in de relatie met zijn vader. Hij haat zijn vader als rivaal, maar houdt ook van hem als vader. Uit angst voor castratie onderdrukt hij zijn incestueuze verlangens. Een gezonde oplossing van dit oedipale conflict vindt plaats als het jongetje zich weet te identificeren met zijn vader en zijn incestueuze verlangens kan verdringen en kan vervullen voor een sociaal geaccepteerde activiteit die niet seksueel is (sublimeren). Zo kunnen

gezellige bezigheden of een persoonlijk gesprek met moeder de plaats innemen van het oorspronkelijke seksuele verlangen. Onopgeloste oedipale problemen zijn volgens Freud (1905/2000) de belangrijkste bron van seksuele problemen. Bij de volwassen seksualiteit kan dit tot uiting komen in erectieproblemen, die het gevolg zijn van castratieangst.

Bij het meisje is het tegenovergestelde het geval: zij verlangt naar haar vader en vreest de wraak van moeder. Deze wraak zal leiden tot verstoting door moeder en beschadiging van haar genitaliën. Daarnaast heerst in de klassiek Freudiaanse opvatting het idee dat een meisje worstelt met penisnijd. Wanneer de oedipale conflicten niet op een gezonde wijze worden opgelost kan een onbewuste vijandigheid en jaloezie blijven bestaan. De onbewuste vijandigheid kan later tot uiting kan komen in klachten zoals vaginisme (Freud, 1905/2000).

24.2 Perversies

Er zijn weinig psychische stoornissen waarin de morele waarden en normen een zodanig grote rol spelen als bij de seksuele problemen. Zo werd tot ongeveer dertig jaar geleden de homoseksualiteit tot de perversie gerekend. De negatieve en afkeurende klank vormde de aanleiding het begrip perversie te vervangen door het begrip paraphilia. De opstellers van de DSM IV -het psychiatrisch categorieën systeem- hoopten met dit begrip een wetenschappelijke en minder veroordelende term te introduceren (Gabbard, 2000, p.299).

Volgens Freud (1905/2000) is er sprake van een perversie als de seksuele activiteit gericht is op niet genitale gebieden van het lichaam, zij niet samengaat met de standaard praktijk van het genitale contact en zij de exclusieve praktijk is van het individu.

Sporen van perverse verschijnselen komen in onbewust vorm bij ieder mens voor, juist omdat het om overblijfselen van de vroege ontwikkeling gaat. Tijdens psychoanalytische behandelingen kunnen deze onbewuste sporen in de vorm van fantasieën naar de oppervlakte komen. Freud ziet de perversies als de tegenhanger van de neurosen. Bij een neurotisch symptoom kan bijvoorbeeld de lust tot kijken naar het genitaal van de ander afgeweerd worden via een dwanghandeling waarbij voortdurend propjes papier opgeraapt en opengevouwen moeten worden. De behoefte om te kijken is dan onbewust geworden en het symptoom heeft een niet seksuele vorm gekregen.

Bij de perversie is de fantasie openlijk aanwezig en wordt deze ook in gedrag omgezet in de vorm van voyeuristisch handelingen.

Patiënt A kan het niet laten te kijken naar prostituees. Hij gaat niet bij hen naar binnen (letterlijk en figuurlijk), maar blijft met een opgewonden gevoel op afstand kijken. Later bevredigt hij zichzelf met deze herinnering voor ogen. Regelmatig roept dit kijkgedrag de woede op van de prostituees. A is getrouwd en vermijdt het seksuele contact met zijn partner.

Freud benadrukt de driftmatige kant van de perversies in zijn biologisch georiënteerde beschrijving. Vanuit de hedendaagse opvatting wordt verondersteld dat mensen met een perversie een langdurige intieme relatie vermijden. In veel gevallen is er een splitsing in de persoonlijkheid: een patiënt kan in een aantal opzichten goed functioneren, maar heeft ook een ziek deel in zich dat als het ware losstaat van het gezonde deel. Deze splitsing is bij de prostitutiekijker het geval:

A heeft een maatschappelijk hoogstaande functie en functioneert daarin goed. In emotioneel opzicht is hij echter gevoelsarm. Dit hangt samen met de kille opvoeding

en het gemis aan huidcontact en emotionele uitwisseling in zijn kindertijd. Aanleiding voor het zoeken van behandeling is de kinderwens van zijn vrouw.

Lecoultre (1972) beschrijft een aantal verschillen tussen perversie en normale seksualiteit:

<u>Normaal</u>	<u>Perversie</u>
Relatief kort voorspel	Uitermate lang voorspel
Streven naar orgasme	Uitstel van orgasme; onanie als tussenschakel
Objectbinding	Geen objectbinding of onbekend object
Geen afweerkarakter	Afweerkarakter

Volgens van de Putte (1994) is er bij patiënten met een perversie sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis. Zij beschikken over een zwak, kwetsbaar identiteitsgevoel en klampen zich vast aan hun zelf gecreëerde illusie van narcistische almacht en onkwetsbaarheid. Zij zijn zeer angstig hun identiteit te verliezen en te versmelten met de ander. Met de perverse handeling kunnen zij hun onafhankelijkheid bewaren.

Voor de behandeling is een veilige omgeving (holding) een voorwaarde. Daarin kan de patiënt zich geaccepteerd, geborgen en gedragen voelen, en wordt de mogelijkheid geschapen beangstigende ervaringen te bespreken die een bedreiging vormen voor de identiteit van de patiënt (van de Putte 1994). Een zorgvuldige diagnostische inschatting is nodig om de mogelijkheden en beperkingen van een behandeling in te schatten, en het gevaar van desintegratie te voorkomen.

Over het ontstaan van perversies is weinig bekend. Hoewel veronderstelt wordt dat biologische factoren een aandeel hebben in het ontstaan ervan, wordt aangenomen dat psychologische aspecten een belangrijke rol spelen in de keuze van de perversie en de betekenis ervan. Psychodynamische modellen kunnen de betekenis wel verhelderen, maar geen licht werpen op het ontstaan ervan (Gabbard, 2000).

In de beschrijving van de perversies zal de onderverdeling gevolgd worden uit de DSM IV:

1. Exhibitionisme en voyeurisme
2. Sadisme en masochisme
3. Fetisjisme
4. Pedofilie
5. Travestisme

Deze laatste categorie zal niet besproken worden, omdat deze tot de geslachtsidentiteit stoornissen gerekend wordt.

24.2.1 Exhibitionisme en voyeurisme

Beiden ontstaan vanuit de kijklust en worden als tegenhanger van elkaar gezien. Volgens Freud (1905/2000) wordt de kijklust tot perversie als de lust zich uitsluitend tot de genitaliën beperkt, zij samengaat met het overwinnen van walging en later schaamte en zij het normale seksuele doel niet inleidt maar verdringt.

De exhibitionist vertoont zijn genitaliën aan vreemde vrouwen om zich ervan te verzekeren dat hij niet gecastreerd is. De schrikreactie die deze actie oproept helpt hem bij het overwinnen van zijn angst en geeft hem een gevoel van macht over de andere sekse. Stoller (1985) benadrukt het vernederende aspect van de actie en wijst erop dat exhibitionisten vaak tot deze handelingen overgaan wanneer zij zich vernederd voelen. Met het tonen van zijn genitaliën herwint hij zijn gevoel van waarde als man. Lecoultre (1972) vermeldt aan de hand van een voorbeeld ook het zelfbevestigende aspect. Een patiënt exhibiteert zich in kerken

en slaat het effect op het gezicht van de dames gade. Hij verlangt een diepe vreugde te zien en wenst dat ze bij zichzelf zeggen: “Hoe indrukwekkend is de natuur, zo gezien”.

Bij een exhibitionist kan sprake zijn van een ernstige identiteitsstoornis (van de Putte 1994). Daarnaast kunnen zij met het idee leven geen enkele invloed te hebben op hun familie. Hun buitensporige acties geven hen het gevoel opgemerkt te worden door anderen.

Patiënt B, 26 jaar oud en recent afgestudeerd in de Engelse taal, exhibitioneert door zich voor het raam van zijn woonhuis te bevredigen. Hij wordt betrupt en bestraffend toegesproken door de politie. In de behandeling vertelt hij fantasieën waarin hij door een vrouw wordt bevredigd terwijl haar handbalteam toekijkt. Dit geeft hem het gevoel een geweldige man te zijn. Tot seksueel contact laat hij het niet komen, hij acht zich daarvoor te onervaren, heeft de ‘coïtusstap’ nog niet genomen. Als hij in contact komt met vrouwen weet hij sommige van hen tot telefoonseks te verleiden. Uit diagnostisch onderzoek blijkt dat hij lijdt onder wkelijks optredende paniekaanvallen en micropsychotische verschijnselen met verlies van het onderscheid tussen ik en niet ik. Het ouderlijk gezin beschrijft hij als gebruikmakend. De ouders hebben geweldadige ruzies, waarbij zowel moeder als vader regelmatig steun zoeken bij hem. De ouders proberen op alle mogelijk wijzen te voorkomen dat hij uit huis gaat. Uiteindelijk lukt het hem zich aan hun manipulaties te onttrekken en zelfstandig te gaan wonen. Bij nacht en ontij wordt hij echter door hen telefonisch te hulp geroepen.

Bij het voyeurisme, de tegenhanger van het exhibitionisme, wordt verondersteld dat de voyeur de vrouwelijke privacy geweld wil aandoen en op die wijze wil triomferen over de vrouw (Fenichel, 1946).

24.2.2 Sadisme en masochisme

Bij het sadisme en het masochisme treedt een vermenging van seksualiteit en agressie op. Daarnaast zijn de twee polen van actief en passief, van doen en ondergaan, die zo typisch zijn voor de seksualiteit aanwezig. Volgens Freud zijn in de normale mannelijke seksualiteit de wortels van het sadisme aantoonbaar vanwege de agressieve component die onderdeel daarvan is. Deze component bestaat uit de neiging om te overweldigen. De biologische wortel daarvan schuilt mogelijk in de noodzaak de weerstand van het seksuele object langs een andere weg te overwinnen dan door het hof te maken. Van sadisme kan slechts gesproken worden als de onderwerping en mishandeling van het object gepaard gaat met een gevoel van bevrediging, en van masochisme als er bevrediging ontleend wordt aan het ondergaan van fysieke of psychische pijn. Bij deze vormen van bevrediging kan Freud niet tot een afdoende verklaring komen. Freud (1905/2000) betwijfelt of het masochisme in primaire vorm voorkomt, aangezien het in de perverse vorm ver verwijderd ligt van de normale seksuele bevrediging.

Volgens Stoller (1991) dienen de sadistische fantasieën of handelingen die mensen nodig hebben om tot seksuele bevrediging te komen om traumatische mishandeling of misbruik uit hun kindertijd om te keren. Door met anderen te doen wat hen is aangedaan kunnen zij wraak nemen. Bovendien geeft het hen een gevoel van beheersing over het kindertrauma. Dit verklaart mogelijk waarom veel seksueel misbruikte vrouwen in de prostitutie werken. Daarnaast kunnen patiënten verlatingsangst voorkomen door zich over te geven aan misbruik vanuit het idee dat een sadomasochistische relatie de enige relatievorm is. Anders gezegd: een gebruikmakende relatie is beter dan geen relatie.

Masochisme kan, ook al oogt het zelfbeschadigend, voor een individu als helend worden ervaren. Dit bleek bijvoorbeeld bij een psychisch ernstig ziek 19 jarig meisje dat regelmatig haar therapeut vroeg haar te slaan. Op de vraag van de therapeut waarom ze dit wilde antwoordde zij: "fysieke pijn is beter dan psychische pijn". Zonder pijn en misbruik toegebracht door anderen had zij niet het gevoel te bestaan of verbonden te zijn met anderen.

Van sadisme en masochisme is lange tijd aangenomen dat alleen deze perversies zowel bij vrouwen als mannen voorkomen, en dat de overige perversies bij mannen optreden. Kaplan (1991) bestrijdt dit en wijst erop dat klinici de perversies bij vrouwen niet opmerken. Ze komen niet tot uiting in de duidelijk waarneembare perverse gedragingen van mannen, maar treden in een bedekte subtiele vorm op. Dit geldt bijvoorbeeld voor frotteurisme (in de DSM IV: seksueel opwindende fantasieën, drang of gedragingen die het zonder instemming aanraken van en wrijven tegen iemand met zich meebrengen). In het perverse gedrag van vrouwen spelen onbewuste thema's als verlating en verstoting een belangrijke rol. Zo kan een als kind misbruikte vrouw een overdreven stereotype sexy pose aannemen om daarmee wraak te nemen op mannen en haar vrouwelijkheid te bevestigen. Daarnaast is het mogelijk dat zij in haar kindertijd heeft geleerd dat zij alleen op die wijze aandacht kan krijgen.

24.2.3 Fetisjisme

Om seksueel opgewonden te raken gebruiken fetisjisten levenloze objecten, zoals het ondergoed van vrouwen of een schoen. Daarnaast kunnen ook niet genitale lichaamsdelen als een enkel of voet worden gebruikt. Freud (1905/2005) verklaart het fetisjisme vanuit de castratieangst. De fetisjist wordt bij het aanschouwen van het vrouwelijk genitaal angstig om zijn penis kwijt te raken en tot vrouw te worden. De fetisj vertegenwoordigt symbolisch de vrouwelijke penis en helpt de patiënt zijn castratieangst te overwinnen.

Greenacre (1979) legt in haar verklaring de nadruk op de vroege relatie tussen moeder en kind. Door ernstige problemen in deze primaire relatie kan het kind niet voldoende gekoesterd worden en zich niet veilig voelen. Dit lukt hem ook niet bij zachte objecten als een beer, pop of kussen die als vervanger van moeder kunnen dienen. Om zichzelf toch als geheel te kunnen ervaren neemt het kind zijn toevlucht tot een hard, onbuigzaam object dat niet veranderbaar is van vorm en duurzaam aanwezig is. Vanuit deze zienswijze wordt de fetisj als vervanger van moeder gezien.

Patiënt C is als kind emotioneel beschadigd ten gevolgen van de geringe beschikbaarheid van zijn moeder. Hij heeft een damesslip als een fetisj en kan daarmee controle houden over de niet menselijke versie van zijn moeder in plaats van zich hopeloos te voelen over de afwezigheid van haar. In dit geval lijkt de damesslip te dienen om zich te beschermen tegen de hevige angst zichzelf te verliezen (te desintegreren) en niet in het teken te staan van een seksuele behoefte.

24.2.4 Pedofilie

Na het bekend worden van de praktijken van Dutroux roepen zowel pedofiele fantasieën als gedragingen veel afkeer op bij het publiek en bij behandelaars.

Patiënt D is een 48 jarige onderwijzer die vanwege pedofiele fantasieën wordt verwezen. Hij is angstig dat anderen zijn fantasieën zullen opmerken. Pedofiel gedrag heeft hij niet vertoond. Zijn voormalige behandelaar heeft vanuit zijn afkeurende houding deze onderwijzer echter dringend aangeraden een ander vak te kiezen.

Voor de behandelindicatie is het een belangrijk diagnostisch gegeven dat hij het onderscheid kan maken tussen voelen, fantaseren enerzijds en handelen anderzijds. In het geval dat dit onderscheid ontbreekt wordt een openleggende behandeling afgeraden, aangezien hij tot een toename van het pedofiele gedrag kan leiden.

Vanuit de klassieke freudiaanse zienswijze is er bij de pedofilie sprake van een narcistische objectkeuze: de pedofiel ziet een kind als het spiegelbeeld van zichzelf. Pedofielen worden vanuit deze visie beschouwd als impotente en zwakke individuen die kinderen zoeken als seksuele objecten. Dit doen zij omdat kinderen minder weerstand bieden en minder angst oproepen dan volwassen partners. Met deze objectkeuze voorkomen pedofielen castratieangst.

Volgens Gabbard (2000) is er bij pedofiele patiënten vaak sprake van een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Deze kan in het ernstigste geval van een psychopathische, antisociale vorm zijn, zoals dit mogelijk bij Dutroux het geval is. Echter ook lichtere vormen kunnen aanwezig zijn. Bij deze gematigde vormen staat vooral het zeer wankele, overwegend negatief gekleurde zelfvertrouwen op de voorgrond. Pedofiele patiënten kiezen vaak een beroep waarin zij werken met kinderen. De geïdealiseerde positie die zij bij de kinderen kunnen hebben heeft een positieve invloed op hun wankele zelfvertrouwen. Omgekeerd idealiseren deze pedofielen ook de kinderen. Zij hebben de fantasie dat zij door het seksuele contact en het opgaan in deze als ideaal voorgestelde kinderen zelf ook weer tot een jong en ideaal iemand worden.

D heeft geleden onder zijn inperkende opvoeding en is nog sterk aan zijn ouders gebonden. Zo laat hij zich nog leiden door de opvatting van zijn ouders dat hij om 11 uur naar bed moet, ook al kijkt hij naar een leuke film. In het bijzonder op seksueel gebied is hij geremd en ook zijn fantasieën zijn sterk ingeperkt. Hij fantaseert dat hij zich aanleitet tegen een negenjarig meisje met lang, blond haar en dat zij beiden daarvan genieten. Over deze masturbatiefantasieën voelt hij zich angstig en schuldig. Hij heeft de magisch gekleurde angst dat anderen aan hem kunnen zien wat hij denkt of fantaseert. De discussies over de zaak Dutroux en de algemene walging van pedofiele praktijken zijn door deze magische beleving zeer beangstigend voor hem. In de behandeling worden de patronen uit zijn opvoeding verhelderd. Deze opvoeding kenmerkt zich door het ontbreken van persoonlijk contact en een streng katholieke moraal. Daarnaast wordt in de therapie het onderscheid tussen voelen of fantaseren enerzijds en handelen anderzijds benadrukt. Voelen of fantaseren is vrij en richt geen schade aan, terwijl handelen dat wel kan doen. In de behandeling kan hij zich los maken van de invloed van het ouderlijke milieu en komt hij tot een zelfstandige oordeelsvorming. Ook komen er volwassen homoseksuele fantasieën. De fantasieën over kinderen blijven echter het meest opwindend. Resultaat van de therapie is dat deze patiënt in toenemende mate tot een onafhankelijke en zelfstandig oordeel kan komen. Daardoor kan hij deze pedofiele fantasieën meer beleven als deel van zijn persoon zonder daar angstig van te worden.

Bij pedofiele patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis met antisociale trekken staan gevoelens van macht, agressie en sadistische verschijnselen op de voorgrond. In veel gevallen zijn deze pedofielen slachtoffer geweest van seksueel misbruik. Verondersteld wordt dat zij een gevoel van macht en triomf krijgen door anderen tot slachtoffer te maken en bij hen te herhalen wat hen is aangedaan. Met deze machtige positie kunnen zij loskomen van hun passieve als traumatisch beleefde positie. Sommige mannen die hun kinderen of stiefkinderen hebben misbruikt koesteren een enorme vijandigheid ten opzichte van hun

partner. Enkele van deze mannen erkennen achteraf dat deze intense woede tegen vrouwen bij hen een erectie teweegbracht.

Diagnostisch is vaak sprake van een gebrek aan impulscontrole en primitieve gewetensvorming. De ander wordt beleefd als ding en niet als persoon. De consequenties van het handelen wordt niet overzien, lust en vermijding van onlust bepalen het gedrag.

24.2.5 Samenvatting perversies

Vanuit de klassieke freudiaanse visie wordt in de verklaring van de perversie de vermijding van de castratieangst centraal gesteld. Volgens deze zienswijze hangt de perversie samen met een onvolledige oplossing van het oedipale conflict. Dit kan schematisch als volgt worden weergegeven: het seksuele plezier van de perverse patiënt wordt geblokkeerd door het angstidee dat hij gecastreerd zal worden. Door de perversie tracht hij te voorkomen dat castratie plaats vindt. Indien hij overtuigd is dat het gevaar van castratie geweken is zijn seksueel plezier en orgasme weer mogelijk. Met andere woorden: de perverse patiënt valt terug naar een ontwikkelingsniveau waarop zijn castratieangst verdwenen is en bereikt dan bij een volledig uitgevoerde perverse handeling een orgasme.

In de recente literatuur wordt het ontstaan van de perversies verklaard aan de hand van vroegkinderlijke aspecten. In deze verklaringen spelen onderzoeksresultaten uit onder meer de gehechtheidtheorie een rol. De freudiaanse verklaringen met betrekking tot de castratieangst en het oedipale conflict lijken daarin geforceerd aan te doen. Echter enige samenhang tussen deze twee typen verklaringen is er wel. Zo is de veronderstelling onderzocht dat penisnijd bij jonge meisjes een universeel verschijnsel is. Uit het onderzoek blijkt dat de penisnijd en de insufficiëntiegevoelens met betrekking tot het ontbreken van een penis vooral optreedt bij meisjes die onveilig gehecht zijn. Zij hebben het idee dat de ouder weinig zorg aan hen besteedt omdat ze geen penis bezitten. In die zin kan verondersteld worden dat ook de castratieangst bij mannen geen universeel verschijnsel is, maar vooral voorkomt bij patiënten met een onveilige gehechtheid. Bij deze patiënten is het onderscheid tussen ik en niet ik zwak ontwikkeld. Zij voelen zich onbeschermd en onveilig en beleven de ander als een vijandig en bedreigend iemand die hen aan kan tasten (Tyson & Tyson, 1990).

24.2.6 Behandeling van de perversies

Een perversie wordt door de patiënt in veel gevallen als bevredigend beleefd. Bovendien is de perversie voor de patiënt vanzelfsprekend en wordt deze vaak niet als een psychiatrisch symptoom gezien. Door het ontbreken van lijdensdruk komen patiënten met een perversie zelden op basis van innerlijke motivatie in behandeling, en in veel gevallen onder druk van de omgeving. Dit kan de partner zijn, zoals in het geval van de prostitutiekijker (patiënt A) of op grond van een gerechtelijke maatregel. De gerechtelijke situatie dient helder te zijn alvorens een behandelbeleid wordt bepaald. Uit onderzoek blijkt dat de patiënten die behandeling zoeken na beëindiging van de gerechtelijke maatregelen een betere prognose hebben (Gabbard, 2000).

De gevoelens die de patiënt met een perversie bij de behandelaar oproept (tegenoverdrachtsgevoelens) kunnen het behandelcontact verstoren. De perversies wijken af van de sociale norm en kunnen walging en morele afkeuring oproepen. Deze reacties staan een empathische houding in de weg.

In diagnostisch onderzoek zal de ernst van de stoornis bepaald moeten worden. Zo kan er naast de perverse symptomen sprake zijn van een borderline, narcistische of antisociale persoonlijkheidsstoornis, die de behandeling kan bemoeilijken of zelfs onmogelijk kan

maken. Een fetisch kan soms een belangrijke stabiliserende functie hebben voor de patiënt, in dat geval kan beter van behandeling worden afgezien.

Het psychodynamisch referentiekader kan vanwege de nadruk op de vroege ontwikkeling, de gehechtheidsrelatie, identiteitsvorming en relationele ontwikkeling een aanvullende rol spelen bij de pogingen de perverse symptomen te begrijpen en te behandelen. Daarnaast kan medicamenteuze behandeling, cognitieve gedragstherapie of groepstherapie overwogen worden. De doelen zullen echter niet te hoog gesteld moeten worden. Vooral onder criminele pedofielen is het terugvalpercentage hoog. Behandeling kan pas enig resultaat opleveren als de patiënt de volledige verantwoordelijkheid voor zijn symptoom op zich neemt.

24.3 Verslaving aan cybersex

Een snel opkomend verschijnsel is de verslaving aan seksuele activiteiten op het internet. Deze kunnen bestaan uit kijken naar pornografie en deelnemen aan sexchatsrooms. Volgens schattingen hebben in 2002 60,560 miljoen mensen over de wereld toegang tot internet en dit aantal breidt zich elk jaar uit. Daarvan neemt 20% deel aan seksuele activiteiten op het internet. Naar schatting worden ongeveer 70% van alle internetbetalingen daaraan besteed. 20% van de bezoekers aan sexsites doet dit tijdens het werk. Uit een andere studie blijkt dat 70% van de bezoeken aan pornografie sites plaats vindt tussen 9 en 17.00 uur. Uit diverse studies blijkt dat ongeveer 1% van de cybersex deelnemers meer dan 11 uur per week besteedt aan seksuele activiteiten op het internet. Elf uur per week wordt als grens gehanteerd voor cybersex verslaving. De verslaving heeft een nadelige invloed op werkprestaties en partnerrelaties. Globaal genomen geven vrouwen de voorkeur aan relationeel georiënteerde internet activiteiten, zoals chatten en mannen aan het bekijken van porno materiaal. Vrouwen zullen vaker overgaan tot het maken van daadwerkelijke afspraken met alle risico's van dien. De onderzoeken vertonen methodologische beperkingen aangezien de vragenlijsten via sexsites verspreid worden en onduidelijk is of er verschillen zijn tussen diegenen die ze wel of niet beantwoorden.

Als psychoanalytische verklaringen worden in een overzicht (Wood, 2006) genoemd: Het internet biedt een virtuele speelruimte waarin binnen en buiten wereld op een denkbeeldige wijze met elkaar verbonden wordt: er is een besef van een ander, maar een ander die niet de werkelijkheid vertegenwoordigt. Het individu kan fantasieën exploreren met betrekking tot het ideale lichaam en tot de ideale partner en het object kan geliefd of gehaat worden zonder dat schade wordt aangericht. Daarnaast kan men zijn seksuele kennis uitbreiden zonder schaamte over onwetendheid of onervarenheid. In het bijzonder leden van minderheidsgroepen, zoals homoseksuele mannen, lesbische vrouwen en gehandicapten kunnen met minder sociale schaamte in contact komen met elkaar. Nadelig kan zijn dat van de ander wordt geëist dat deze perfect voldoet aan het fantasiescript dat gezocht wordt. Wederkerigheid en verantwoordelijkheid voor de ander kunnen ontbreken. Zo vermelden bezoekers van kinderpornosites dat zij verzamelingen van pornografische afbeeldingen van kinderen aanleggen, zoals anderen postzegels verzamelen. De virtuele speelruimte herbergt het gevaar dat het onderscheid tussen werkelijk en niet werkelijk verloren gaat en het individu in een psychotische stroom terecht komt. Al aanwezige fantasieën kunnen uitgeleefd worden, maar ook kunnen deze opgewekt worden. De externe controle vermindert of is afwezig op het internet.

Patiënt E, een 37 jarige gehuwde vrouw probeert enkele jaren zwanger te worden. Na ontdekking van een baarmoedercarcinoom volgt een operatie. Kort daarna begeeft zij

zich in een erotisch chatcontact met een andere man. Dit contact heeft een verslavende uitwerking op haar. Ook vindt een ontmoeting plaats. Daarna ziet de man af van afspraken. Zij zet hem onder druk met suïcidale uitingen. Kort daarop raakt zij psychotisch.

De ontwikkeling van behandelmodellen voor de cybersexverslaving staat nog in de kinderschoenen. In de behandeling zal aandacht moeten zijn voor het herwinnen van de controle, maar ook voor de onderliggende (onbewuste) betekenis van de scenario's.

24.4 Seksuele disfuncties

In de DSM IV worden als seksuele disfuncties onderscheiden:

1. stoornissen in het seksuele verlangen (gebrek aan seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit)
2. seksuele aversie stoornissen (aversie voor en vermindering van elk genitaal contact met de partner)
3. seksuele opwindingsstoornissen (geen lichamelijke opwindingsverschijnselen bij de vrouw en geen erectie bij de man)
4. orgasmenstoornissen (te snel of niet klaarkomen bij de man en geen of uitgesteld orgasme bij de vrouw)
5. vaginisme (verkrampen van het buitenste deel van de vagina waardoor geslachtsgemeenschap belemmerd wordt)

Een belangrijk onderscheid tussen symptomen van de perverse en van de seksuele disfuncties is gelegen in de opwinding: de perverse symptomen brengen opwinding teweeg en de symptomen van de seksuele disfuncties remmen de lust sterk af. Daarnaast is er bij de perversies geen binding met een object. De andere persoon wordt gebruikt ter bevrediging van de eigen behoeftes zonder dat er emotionele uitwisseling plaatsvindt. De ander wordt niet als persoon met gevoelens, motieven en belangen beleefd.

De seksuele disfuncties worden als groep besproken, geen onderscheid wordt gemaakt in de seksuele stoornissen die in de DSM IV vermeld worden. Ter illustratie zal een casus van een man met impotentieklaachten besproken worden. Daarna wordt de rol van fantasieën bij de behandeling van de disfuncties beschreven. Tot slot zal een opmerking gemaakt worden over de plaats van de psychoanalyse in de behandeling van seksuele disfuncties.

De klassieke freudiaanse verklaringen voor de seksuele disfuncties zijn evenals dit bij de perversies het geval is aangevuld door zienswijzen waarin de relationele ontwikkeling accent krijgt.

Volgens Freud (1905/2000) kan de seksualiteit door onbewuste angst voor straf en door al dan niet onbewuste schuld- en schaamtegevoelens belemmerd worden.

De observatie van de kinderlijke seksualiteit en de invloed daarvan op het volwassen functioneren bracht Freud tot de formulering van drifttheorie met de verdeling van de psychoseksuele ontwikkeling in de orale, de anale en de genitale fase. Als oorzaak voor de seksuele problemen benadrukte Freud de fallische of genitale fase (rond het vierde jaar), waarin de geslachtsorganen tot hoofdbron van de seksuele bevrediging worden. Om die te bereiken moet het kind het oedipale conflict oplossen.

In de klassieke psychoanalyse heerste over de seksuele disfuncties de volgende opvatting:

- vroege incestueuze verlangens zijn de enige bron van een seksueel conflict

- seksuele problemen worden altijd veroorzaakt door een onbewust conflict en
- behandeling dient deze aspecten in ogenschouw te nemen

In het oedipale conflict staat de erotische aantrekking tussen het kind en de ouder centraal. Uit onderzoek blijkt de alomtegenwoordigheid van dit conflict en de invloed daarvan op de psychologische ontwikkeling niet houdbaar (Friedman & Dwney, 2002, p. 87-97). Zo komt in de dierenwereld en in het bijzonder bij niet menselijke primaten incest zelden voor. Verschijnselen als klauteren en seksueel verkennen van de moeder kunnen voorkomen, maar verdwijnen als een dier volwassen is. Mannen en vrouwen die gezamenlijk in een kibbutz zijn opgegroeid vermijden seksueel contact. Deze vermijding wordt ook geobserveerd onder Chinezen die als kind gehuwd zijn en met elkaar zijn opgegroeid. Incestueuze beweegredenen en fantasieën kunnen een uiting zijn van verstoorde gehechtheidsrelaties en van de psychopathologie die daaruit voortkomt.

De psychoanalytica Helen Kaplan schrijft in haar boek “The new sex therapy” (1974) dat onopgeloste oedipale conflicten niet tot seksuele problemen hoeven te leiden. Zij toont aan dat veel van de seksuele disfuncties met een eenvoudige praktische benadering zijn op te lossen. Ook Masters & Johnson lieten dit in de jaren 70 zien. Kaplan verwerpt niet de rol van het onbewuste of van onopgeloste oedipale conflicten. In haar visie zijn seksuele angsten en remmingen terug te voeren tot vroege gezinspatronen. Het idee van de penisnijd bestrijd zij echter. Veel vrouwen zijn opgevoed met het idee dat zij minder waard zijn dan mannen. Zij moeten een ondergeschikte, zorgende positie ten aanzien van de man innemen en afzien van eigen ambities en verlangens.

Seksuele problemen kunnen bij volwassen patiënten wanneer zij inperkende patronen uit het gezin van herkomst overgedragen op de partners en zij terugvallen op kinderlijke houdingen en omgangsvormen. Seksuele gevoelens blijven dan verbonden met angst en schuldgevoelens die in de kindertijd ontstaan zijn.

Patiënt F is door zijn inperkende opvoeding angstig voor opwindning. In het seksuele contact met zijn partner vermijdt hij deze opwindning door zich te richten op een snel orgasme, zonder eerst tijd te besteden aan wederzijdse streling. Daarmee zorgt hij ervoor dat zowel hij als zijn partner niet al te opgewonden raken. Wanneer zijn partner daar gefrustreerd en kribbig op reageert, zal zij voor hem al snel gaan lijken op zijn kritische, afwijzende moeder.

De seksuologische behandeling of sekstherapie, die Kaplan voor de seksuele stoornissen ontwikkelde, bestaat uit een combinatie van psychodynamische psychotherapie en gerichte oefeningen. Deze erotische oefeningen worden afgesproken in overleg met de patiënt en de partner.

Met F wordt in de zitting in het bijzijn van de partner de achtergrond van zijn angst besproken. Daarnaast wordt hij aangemoedigd om met zijn partner meer tijd aan het voorspel te besteden zodat beiden meer opgewonden raken.

Deze combinatie van psychodynamische psychotherapie en ervaringsgerichte oefeningen blijkt zeer succesvol te zijn.

Deze therapievorm wordt in de casus van patiënt G toegelicht (Kaplan, 1974).

G, een 30 jarige gescheiden natuurkundige meldt zich aan met impotentieklachten. Tijdens het voorspel kan hij een erectie krijgen, maar zodra het tot een coïtus komt verslapt hij. Soms komt hij tot een orgasme. Op die manier zijn de drie kinderen uit zijn huwelijk verwekt. Zijn eerste vrouw weigerde in te gaan op zijn verzoek om in sekstherapie te gaan. Na de scheiding ontmoet G een aantrekkelijke, jonge en gevoelige vrouw die zelf seksueel goed functioneert en op de hoogte is van zijn problemen, en bereid is mee te gaan in de behandeling.

Uit de voorgeschiedenis blijkt dat G vanaf zijn 6^e jaar regelmatig met zijn tante heeft geslapen. Deze tante, die van tijd tot tijd bij het ouderlijke gezin logeerde, droeg een doorzichtig nachthemd als ze bij hem in bed lag. Vanaf zijn 9^e tot zijn 16^e ontwikkelde zich een seksueel contact dat uiteindelijk bestond uit een wederzijdse bevrediging, zonder dat er coïtus plaatsvond.

Deze ervaring, waar G als jongen zeer van genoten heeft, lijkt geen traumatische invloed te hebben gehad. Echter zijn psychoseksuele ontwikkeling is er door beïnvloed, aangezien zijn masturbatiefantasieën beperkt blijven tot beelden van gedeeltelijk of geheel ontklede vrouwen van middelbare leeftijd. In deze fantasieën komt hij evenals in de werkelijkheid niet tot gemeenschap en beperkt hij zich tot kijken en strelen.

De achtergrond van het probleem zal zeker een rol spelen. Eerste doel is echter de verlichting van de faalangst, die bij de aanmelding op de voorgrond staat. Door jaren van seksuele mislukking komt hij steeds in het angstidee terecht dat de coïtus weer niet lukt. Inzicht in de emotionele achtergronden van zijn probleem helpt daar weinig bij. In de behandeling wordt met het stel afgesproken dat zij, in de tijd tussen de therapiezittingen, het gebruikelijke seksuele spel uitvoeren en afzien van de coïtus. G komt makkelijk tot een erectie. Bij de volgende afspraak wordt overeen gekomen dat G in haar vagina zal gaan, zonder tot een orgasme te komen. Dit lukt echter niet. G raakt gepreoccupeerd met twijfels en gedachten. Vervolgens wordt G aangemoedigd zich over te geven aan levendige fantasieën van geheel of gedeeltelijk ontklede oudere dames op het moment dat hij maar de geringste angst voelt om zijn erectie te verliezen. Tevens wordt hem geadviseerd om zich in deze fase te wijden aan orale seks in plaats van vaginale seks aangezien het makkelijker is voor G om daarbij zijn erectie te behouden.

Daarnaast wordt in de therapie aandacht besteed aan de angst van G om zich assertief op te stellen in het dagelijks contact met vrouwen. Deze angst speelt ook in het contact met zijn partner. De achtergrond van deze angst voor afwijzing die ontstaan is in het contact met zijn moeder wordt verhelderd.

In de vierde zitting vertelt G de volgende droom: “ik lig in bed met een oudere vrouw en ze lijkt een beetje op u (de therapeut). We hebben geen seks, maar liggen ontspannen. Donald, mijn broer die verkoper is, komt de kamer binnen. Hij opent een koffer en neemt daaruit enkele plastic penissen met testikels van verschillende grootte en laat mij daaruit een keus maken”.

Daarna vertelt G dat hij zich de avond voorafgaand aan deze droom overgegeven heeft aan orale seks. Bij deze orale handeling, die is afgesproken in de therapie, staat hij zich voor de eerste keer toe te fantaseren over het penetreren van een oudere vrouw. Deze instructie is hem gegeven om te leren in de seksuele situatie ontspannen te blijven en los te komen van zijn angst voor het penetreren van moederfiguren. Dit lukt hem goed en hij geniet met zijn partner van het vrijen. Uit het gevoel bij de droom blijkt echter dat deze ervaring ook veel angst heeft opgeroepen. Deze angst wordt in de zitting besproken. Bij navraag blijkt bovendien dat G zich in eerste instantie wat beschaamd voelde toen Donald in de kamer verscheen, maar zich daarna goed voelde.

Wanneer hem naar associaties bij de plastic vervangdelen wordt gevraagd vertelt G dat Russische geleerden belangrijk werk hebben gedaan, aangezien zij menselijke organen die tijdens de oorlog beschadigd zijn hebben vervangen door ledematen van plastic. Na deze associatie interpreteert de therapeut de droom in het bijzijn van patiënt en zijn partner als volgt: "de vervangende onderdelen die uw broer u aanreikt laten zien dat u niet bang hoeft te zijn dat uw kinderangst werkelijkheid wordt. Dit betekent dat u niet onherstelbaar beschadigd zult raken als u zich overgeeft aan de vrouw waarnaar u verlangt.

De impotentie verdwijnt binnen 6 weken. In deze tijd ontwikkelt G meer vertrouwen in zijn vermogen een erectie te krijgen en deze ook vast te houden bij de coïtus. Hem wordt aangeraden alleen tot coïtus over te gaan als hij daar zelf de drang toe voelt en dit niet te doen vanuit het idee dat zijn partner of therapeute dit van hem verlangt. Aan het einde van de behandeling deelt G mee nog sporadisch gebruik te maken van de "tante fantasie". Bij follow-up na een jaar wordt deze fantasie zelden toegepast.

In deze therapie worden elementen van een psychoanalytische behandeling toegepast, zoals het bespreken van de vroege wortels van de angst voor afwijzing en de analyse van de droom. In een psychoanalytische therapie wordt er vaak vanuit gegaan dat oplossing van onbewuste conflicten verandering geeft. In het geval van hardnekkig vermijdingsgedrag komt deze verandering echter vaak niet tot stand. In de sekstherapie worden ervaringen voorgeschreven om de patiënt in contact te brengen met gevoelens die voor hem angstig zijn en die hij vermijdt. Met deze ervaringsgerichte aanpak worden onbewuste conflicten ook opgelost. Aandacht voor onbewuste conflicten gaat niet verder dan nodig is voor de opheffing van het symptoom. In de sekstherapie worden de fantasieën gebruikt om los te komen van angstwekkende ervaringen. Door G te laten fantaseren over de penetratie van een oudere vrouw terwijl hij op een prettige manier opgewonden is kan hij de oude angst loslaten en de gefantaseerde situatie als prettig gaan beleven.

In deze sekstherapie wordt op een andere wijze gebruik gemaakt van fantasieën dan in een psychoanalytische behandeling. In sekstherapie wordt de fantasie gebruikt om ervaringen te stimuleren. Bij psychoanalytische behandelingen wordt gevraagd naar fantasieën om van daaruit te begrijpen wat iemand verlangt en wat hem belemmert. Vanuit psychoanalytische optiek kan in het geval van G de "tante fantasie" worden opgevat als een uitdrukking van een verlangen naar erotische ervaringen met oudere dames met daarnaast de angst om hen te coïteren.

24.5 Seksuele fantasieën

Volgens Person (1999) heeft iedereen een bepaald erotisch fantasiepatroon dat opwinding teweegbrengt bij de masturbatie of bij de coïtus. Het patroon, dat regelmatig terugkeert, wordt door haar de seksprint genoemd. In de zojuist beschreven casus is de "tante fantasie" de seksprint van G.

Freud stelt dat fantasieën teweeg worden gebracht door onvervulde wensen en dat iedere afzonderlijke fantasie de vervulling is van een wens die niet in de werkelijkheid gerealiseerd kan worden. Letterlijk genomen betekent dit dat fantasieën alleen voorkomen als de wens niet in de werkelijkheid vervuld kan worden. Dit impliceert dat er een tegengestelde relatie zou bestaan tussen fantasie en gedrag.

Person onderzocht deze stellingname door de samenhang tussen praktische ervaring en fantasie te bestuderen bij een groep van 193 heteroseksuele studenten (40% vrouwen, 60%

mannen). Hen werd een lijst met *seksuele gedragingen* en een lijst met *fantasiebeelden* voorgelegd.

Als resultaat van het onderzoek blijkt er op het gebied van de seksuele gedragingen weinig verschillen zijn tussen de mannen en vrouwen. Dit betekent dat mannen en vrouwen zich in gelijke mate overgeven aan allerlei verschillende *seksuele handelingen*.

Grote verschillen tussen mannen en vrouwen komen naar voren op het gebied van de fantasieën. Daarbij moet onderscheid gemaakt worden tussen de categorie *veel voorkomende fantasieën* en de categorie *weinig voorkomende fantasieën*.

-Veel voorkomende fantasieën

Fantasieën die door mannen en vrouwen in gelijke mate genoemd worden bevatten thema's die romantisch en teder gekleurd zijn, zoals kussen, elkaar strelen, hand in hand lopen, naakt of gekleed tegen elkaar aanliggen, bij elkaar de genitaliën strelen en de ander bevredigen. Ook fantaseren mannen even vaak als vrouwen dat zij van het andere geslacht zijn of dat ze verleid worden.

-Weinig voorkomende fantasieën

Mannen geven zich daar meer aan over dan vrouwen. Uit de thematiek blijkt dat mannen meer dan vrouwen fantaseren over seksueel contact met een beroemd persoon, met een prostituee, met een veel jongere of juist veel oudere partner of over seksueel contact met twee of meer vrouwen. Ook fantaseren zij meer over het domineren van de partner of over seksueel contact dat uren duurt.

In deze categorie *weinig voorkomende fantasieën* vermelden vrouwen meer dan mannen fantasieën waarin ze gered worden door iemand die hun geliefde wordt en over het dragen van speciale kleding. Daarnaast vermeld 11% van de vrouwen te fantaseren over een seksuele relatie met dieren.

Person concludeert dat het stereotype, klassieke beeld waarin de vrouw als passief en masochistisch wordt afgeschilderd en de man als agressief en sadistisch duidelijk wordt tegengesproken in deze vergelijkende studie.

Met betrekking tot de samenhang tussen ervaringen en fantasieën blijkt dat hoe groter de spreiding in seksuele ervaring en variatie is, des te groter ook de spreiding en variatie is in de fantasieën. Met andere woorden: iemand die in het seksueel handelen vrij is en zich overgeeft aan veel verschillende soorten seksuele handelingen zal ook een vrij en weinig ingeperkt fantasieleven hebben.

Heeft iemand echter een beperkt scala van seksuele gedragingen dan blijkt ook zijn fantasieleven zeer ingeperkt. Dit betekent dat het idee van Freud, dat fantasieën een compensatie zijn voor een gebrek aan seksuele ervaring niet opgaat. Vanuit dit onderzoek lijkt het dat fantasieën en seksuele ervaringen in de praktijk een wederzijds stimulerende invloed op elkaar hebben.

De sekstherapie, waarin seksuele ervaringen worden aangemoedigd en waarin fantasieën op een stimulerende wijze worden toegepast, wordt ondersteund door dit onderzoek.

24.6 Betekenis van de psychoanalyse binnen de seksuologische behandelingen.

In de behandeling van seksuele stoornissen speelt de psychoanalyse een ondergeschikte rol. Binnen de seksuologie wordt de cognitieve gedragstherapie in toenemende mate toegepast. Seksuele problemen worden vanuit die benadering vooral als een controle probleem opgevat. In de psychoanalyse is lange tijd een onderwaardering voor het symptoom geweest. Aandacht werd vooral besteed aan de achtergrond van het symptoom. Dit gebeurde vanuit het idee dat

in het geval er inzicht is in deze achtergrond en deze doorgewerkt wordt het symptoom zal verdwijnen. Bovendien was de klassiek psychoanalytische behandeling individueel gericht. Pas in de tweede helft van de vorige eeuw ontstond er belangstelling voor de objectrelatie en voor de partnerrelatie. Kaplan integreerde de psychoanalytische behandelingen met de cognitieve gedragstherapie en de partnerrelatie therapie. Deze integratie is op haar beurt stimulerend voor de psychoanalytische theorie en praktijk. Op andere terreinen, zoals het onderzoek en de behandeling van de cybersex kan deze samenwerking vruchten afwerpen en leiden tot goede behandelingen van deze problematiek.

Literatuur:

- Friedman, R.C. & Downey, J.I. (2002). *Sexual orientation and psychoanalysis*. New York. Columbia university press
- Freud, S., (1905/2000). Drei abhandlungen zur seksualtheorie. *Seksualiteit*. Uitg. Boom, Amsterdam
- Fenichel, O. (1946). *The psychoanalytic theory of neurosis*. Lowe & Brydon printers Ltd, Thetford, Norfolk
- Gabbard, G.O., (2000). *Psychodynamic psychiatry*. 3^e ed. American psychiatric press Inc.
- Greenacre, P. (1979). Fetishism, in sexual deviation, 2e ed. Edited by Rosen I. Osford, Oxford university press, p 79-108
- Kaplan, H.S., (1974). *The new sex therapy*. Penguin books
- Kaplan, H.S., (1995). *The sexual desire disorders*. Brunner/Mazel, New York
- Lear, J.(2005). *Freud*. New York: Routledge.
- Lecoultre, R., (1972). *Psychoanalytische thema's en variaties*. Van Loghum Slaterus
- Person, E.S., (1999). *The sexual century*. Yale Univ. Press, New Haven & London
- Putte, D van de. (1994). De psychoanalytische behandeling van parafilieën. *T voor Seksuologie*, 18:46-55
- Stoller, R.J., (1985). *Observing the erotic imagination*. New Haven. CT, Yale University press
- Stoller, R.J., (1991). *Pain and passion: a psychoanalyst explores the world of S and M*. New York, Plenum
- Tyson & Tyson, (1990). *Psychoanalytic theories of development*. Yale university press. New Haven and London
- Wood, H. (2006). Compulsive use of internet pornography in: Hiller, H., Wood, H. Bolton, W. (Ed). *Sex, mind and emotion*. Karnac books. London