

SEKSSOMNIA.

DE DUNNE GRENS TUSSEN SLAAPSTOORNIS EN HANDIG EXCUUS.

Masterproef neergelegd tot het behalen van
de graad van Master in de criminologische wetenschappen
door (00804318) Febe Deschout

Academiejaar 2011-2012

PROMOTOR :
Prof. dr. Decorte Tom

COMMISSARISSEN :
lic. Wim Lammens
lic. Yasmin Van Damme

Deze pagina is niet beschikbaar omdat ze persoonsgegevens bevat.
Universiteitsbibliotheek Gent, 2021.

This page is not available because it contains personal information.
Ghent University, Library, 2021.

TREFWOORDEN

Sekssomnia

Aanranding van de eerbaarheid/ verkrachting

Problematische slaapstoornis

Automatisme

Slaap als verdedigingsgrond

“Betrokkenheid begint met begrip. Snappen hoe de werkelijkheid van de ander er uit ziet – maar daarvoor moet je eerst je oogkleppen afdoen.”

Aad van den Heuvel, Nederlandse tv-journalist, s.d.

VOORWOORD

Deze masterproef vormt het sluitstuk van een vierjarige opleiding aan de Universiteit van Gent en werd geschreven met het oog op het behalen van de graad Master in de Criminologische Wetenschappen. Het schrijven van deze thesis vergde heel wat inzet en heb ik als zeer leerrijk ervaren. Ik heb op een aanzienlijke wijze mijn inzichten en kennis weten te verruimen, zowel over alle aspecten van het onderwerp, als over het belang van een multidisciplinaire benadering van het fenomeen ‘seksomnia’ en vele aspecten die te maken hebben met dit hete hangijzer.

Graag wil ik mijn oprechte dank betuigen aan de mensen die mij geholpen hebben bij het realiseren van deze thesis.

Eerst en vooral wil ik mijn promotor, prof. dr. Tom Decorte, bedanken om mij bij te staan in de totstandkoming van deze masterproef, voor de kritische feedback en het advies dat hij me gaf.

Ook aan de respondenten die ondanks hun drukke agenda meewerkten en tijd vrijmaakten voor een interview uit ik mijn dank.

Een speciale vermelding verdient ook dr. Walter Cantraine voor de interesse die hij toonde, voor de hulp die hij bood en voor het nalezen van de voorbereidingen van dit werkstuk. Voor laatstgenoemde taak verdient ook Katrien Wemel een bedanking.

Verder wil ik mijn ouders, zus, vriend, vrienden en medestudenten bedanken voor de morele steun. Zij hielpen me steeds vooruit wanneer ik het nodig had.

Febe Deschout

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	IV
INLEIDING	1
HOOFDSTUK 1: OMSTANDIGE OMSCHRIJVING VAN HET FENOMEEN SEKSSOMNIA	
1. Inleiding.....	5
2. Terminologie	5
3. Slaapfases.....	5
4. Classificatie.....	9
5. Uitingsvormen.....	11
6. Opvallende kenmerken	13
6.1. Somnambulisme.....	13
6.2. Amnesie	13
6.3. Aanwezigheid partner	13
6.4. Comorbiditeit	14
7. Oorzaken	14
8. Uitlokkende factoren	15
9. Diagnosestelling	17
10. Gevolgen	19
10.1. Fysiek	20
10.2. Psychosociaal.....	20
10.2.1. Voor de dader.....	21
10.2.2. Voor de partner en/of het slachtoffer.....	21
10.3. Gerechtelijk	21
11. Preventie	22
12. Behandeling	22
12.1. Farmacologische behandeling	22
12.2. Andere	23
13. Prevalentie	24
14. Believers en non-believers: op de grens tussen slaapstoornis en handig excuus	26

15.	Besluit.....	29
-----	--------------	----

HOOFDSTUK 2: SEKSSOMNIA EN RECHT

1.	Inleiding.....	32
2.	Potentiële beschuldigingen	34
2.1.	Dader	34
2.2.	Slachtoffer	35
3.	Sekssomnia als verdedigingsgrond	36
3.1.	Redenen.....	36
3.1.1.	<i>Onbewustzijn</i>	36
3.1.2.	<i>Behandelbaar</i>	38
3.2.	Argumenten van de verdediging	39
3.2.1.	<i>Automatisme</i>	39
3.2.2.	<i>Mogelijke veranderingen in de toekomst</i>	42
3.3.	Bewijsvoering	47
3.3.1.	<i>Getuigenissen van deskundigen en diagnoses</i>	48
3.3.2.	<i>Discrepantie tussen klinische en forensische context</i>	53
3.3.3.	<i>Paradox van de uitlokkende factoren</i>	54
4.	Gevaren en problemen.....	56
4.1.	Misbruik.....	56
4.2.	Onbegrip maatschappij/verlies vertrouwen in gerecht	57
4.3.	Stijging genderongelijkheid	57
4.4.	Problemen bij personen die niet op de hoogte zijn van hun stoornis	58
4.5.	Reactieveroorzakende factoren	59
5.	Toekomstvisie	59
6.	Besluit.....	60

HOOFDSTUK 3: EMPIRISCH ONDERZOEK

1.	Inleiding.....	63
2.	Onderzoeksstrategie.....	63
3.	Onderzoekseenheden.....	64
3.1.	Onderzoekspopulatie.....	65
3.2.	Ethische aspecten.....	65

3.3.	Steekproef	66
4.	Onderzoekstechniek	68
4.1.	Vragen	69
4.2.	Methode	69
4.2.1.	<i>Face-to-face interview</i>	70
4.2.2.	<i>Telefonisch interview</i>	71
4.2.3.	<i>E-mail interview</i>	71
5.	Analyse van de interviews	72
5.1.	Algemeen	73
5.1.1.	<i>Ervaring met en geloof in het bestaan van de stoornis</i>	73
5.1.2.	<i>Bekendheid en aanvaarding bij verschillende groepen</i>	74
5.1.3.	<i>Media-aandacht</i>	77
5.1.4.	<i>Dark number</i>	77
5.1.5.	<i>Slachtoffers</i>	78
5.1.6.	<i>Preventieve opsporing</i>	79
5.1.7.	<i>Behandelbaarheid</i>	79
5.1.8.	<i>Uitlokkende factoren</i>	80
5.2.	Forensische context	81
5.2.1.	<i>Bewijzen aanvaarden of verwerpen?</i>	81
5.2.2.	<i>Rechtszekerheid</i>	82
5.2.3.	<i>Uiteenlopende rechterlijke uitspraken</i>	82
5.2.4.	<i>Correctheid rechterlijke uitspraken</i>	83
5.2.5.	<i>Misbruik</i>	84
5.2.6.	<i>Getuige-deskundigen en multidisciplinariteit</i>	85
6.	Besluit	86
	HOOFDSTUK 4: ALGEMENE CONCLUSIE	89
	BIBLIOGRAFIE	95
	BIJLAGE: VRAGENLIJST	i

INLEIDING

“Slaapwandelaar vrijgesproken voor verkrachting 9-jarig meisje”, kopte het Nieuwsblad op 16 juli 2011. Dit is de eerste maal dat een man in België vrijgesproken wordt op basis van *seksomnia* (dka, 2011).

Sekssomnia is een zeldzaam en – mede daardoor – grotendeels onbekend verschijnsel (Mangan, 2005). De aandoening wordt ondergebracht bij de *parasomnia*'s, aandoeningen gekenmerkt door abnormale verschijnselen of gedragingen tijdens de slaap zoals angstaanvallen, slaapwandelen, praten in de slaap, tandenknarsen... Ondanks het feit dat deze afwijking al heel erg lang bekend is, wordt ze pas recentelijk erkend (Consiglio, 2009) en onderzocht.

Pakweg 15 à 20 jaar geleden was heel wat minder over het fenomeen sekssomnia geweten dan nu (Rosenfeld & Elhajjar, 1998). Toch werd reeds in de 19^e eeuw een geval beschreven van een parasomnia met seksueel getint gedrag (Shapiro, Trajanovic & Fedoroff, 2003). In 1986 beschreef dr. Wong (1986) een volgens hem mogelijke variant van het slaapwandelen: masturbatie tijdens de slaap. Door het feit dat er in de jaren '80 en-'90 verschillende cases in een forensische context aan de oppervlakte kwamen (Andersen, Poyates & Alves, 2007), kreeg ook de forensische geneeskunde hier aandacht voor (Rosenfeld & Elhajjar, 1998). Tot 1998 had men geen enkel idee omtrent de prevalentie van het fenomeen in de totale populatie (Shapiro, Trajanovic & Fedoroff, 2003) en bleef er nog veel twijfel over de vraag of er al dan niet bewustzijn in het spel was tijdens het stellen van dergelijke handelingen. Het verschijnsel werd nog volledig als slaapwandelen beschouwd. Pas in 2003 werd voor het eerst de term 'sekssomnia' de wereld in gestuurd, door Shapiro, één van de belangrijkste onderzoekers in deze materie (Krol, 2008). Al in 1996 typeerde hij seksueel gedrag tijdens de slaap als een nieuwe vorm van parasomnia (Alves et al., 1999).

De redenen voor de opkomende aandacht voor het fenomeen zijn divers. Eerst en vooral is de wetenschap er enorm op vooruitgegaan wat betreft de kennis, het diagnosticeren en het behandelen van dergelijke stoornissen. Daarnaast bestaat er meer en meer kennis over het slaapproces en de hersenactiviteit gedurende de slaap en is er steeds meer empirisch bewijs dat seksuele gedragingen zich kunnen voordoen tijdens de slaap. Verder verdienen de forensische aspecten van atypisch seksueel gedrag tijdens de slaap meer aandacht wegens de

actuele aanwezigheid van sekssomnia als verdediging in rechtszaken (Andersen, Poyates & Alves, 2007).

Er bestaat een grote schaarste aan literatuur over dit fenomeen dat blijft hangen in een taboesfeer. Het is belangrijk om meer inzicht te krijgen in de kenmerken en mogelijke consequenties van dit verschijnsel, omdat in verschillende rechtszaken met betrekking tot verkrachting en aanranding van de eerbaarheid verwezen wordt naar sekssomnia.

Door middel van deze masterproef trachten we voornamelijk zicht te krijgen op de huidige wetenschappelijke kennis over slaapseks. Centraal staat de vraag of sekssomnia nu werkelijk een bestaande stoornis is, erkend binnen wetenschappelijke disciplines, of dat het om een verzinzel gaat dat handig kan aangewend worden door de verdediging bij een rechtszaak betreffende seksuele aanranding of verkrachting.

Verder proberen we meer aandacht te vestigen op het begrip ‘sekssomnia’ en om duidelijke, verstaanbare en heldere informatie te verschaffen zodat problematische feiten bevattelijk worden. Steeds bestaat de mogelijkheid dat een persoon die aan sekssomnia lijdt een andere persoon aanrandt of verkracht tijdens een slaapseksepisode en het wordt extra alarmerend wanneer hierbij minderjarigen betrokken zijn. Het voorgaande beschrijft de criminologische relevantie van het gekozen onderwerp. Artsen kunnen door hun kennis over het fenomeen sneller deze stoornis bij patiënten ontdekken en de nodige maatregelen treffen. Rechters en advocaten kunnen hiermee rekening houden wanneer iemand verdacht wordt op basis van feiten die hij of zij tijdens een slaapseksvoorval beging. De gewone burger kan het fenomeen leren kennen om zo begrip te kunnen opbrengen voor eventuele vrijspraken op basis van deze aandoening, maar ook om alert te kunnen zijn om de stoornis te ontdekken bij zichzelf of bij zijn of haar partner en om hierop te kunnen anticiperen.

Kennis leidt tot begrip terwijl onwetendheid over het bestaan van deze stoornis leidt tot achterdocht en ongeloof. Bijkomend beogen we het opheffen van het taboe rond dit vreemde fenomeen, waardoor communicatie hieromtrent gefaciliteerd wordt. Zo wordt het meer verstaanbaar waarom iemand op basis van deze aandoening kan vrijgesproken worden en anderzijds hoe misbruik door kwaadwillende aanranders en verkrachters kan voorkomen worden. Immers, slaapseks kan door laatstgenoemden gezien worden als een handig excuus om hun seksuele uitspattingen te legitimeren.

Kortom, dit onderzoek heeft tot doel de precieze inhoud van het begrip ‘seksomnia’ uiteen te zetten, de relatie van het fenomeen met recht en de hiermee gepaard gaande problemen en gevaren te duiden en eventuele aanbevelingen te doen over hoe men hiermee om zou kunnen gaan in de toekomst.

Drie centrale onderzoeksvragen worden in dit kader besproken:

- Wat is seksomnia?
- Hoe wordt in de rechtspraak omgegaan met mensen die beticht worden van seksueel misbruik en seksomnia ter verdediging opwerpen?
- Wat zijn de gevolgen en/of gevaren van een vrijspraak of een veroordeling in zaken waarin seksomnia ter verdediging wordt gebruikt?

Deze hoofdvragen splitsen we op in deelvragen. In *hoofdstuk 1: omstandige omschrijving van het fenomeen seksomnia* behandelen we de eerste vraag en trachten we een beeld te krijgen van de huidige stand van de medische wetenschap over seksomnia en bespreken we de terminologie, de classificatie, de klinische omschrijving, de diagnostisering, de uitingvormen, de kenmerken, de etiologie, de consequenties, de behandeling, de frequentie, maar ook de verschillende visies op het probleem.

In *hoofdstuk 2: seksomnia en recht* behandelen we deels de tweede onderzoeksvraag en volledig de derde onderzoeksvraag. We spitsen ons toe op seksomnia in combinatie met recht. De volgende forensische aspecten komen aan bod: wie kan omwille van seksomnia worden beschuldigd van criminele feiten? Waarom is een vrijspraak op basis van seksomnia mogelijk? Op welke verdedigingsgrond wordt gesteund bij de verdediging van een persoon die aan seksomnia lijdt? Hoe wordt ‘bewezen’ dat de feiten onder invloed van seksomnia werden gepleegd? En op welke manier wordt een oordeel geveld?

Bij de derde onderzoeksvraag gaan we dieper in op de problemen en de gevaren die zich stellen rond seksomnia. Welke problemen stellen zich en hoe kunnen deze eventueel worden vermeden? Wat met misbruik, onbegrip, mensen die niet op de hoogte zijn van hun aandoening, ...? En hoe kan men hiermee in de toekomst trachten om te gaan?

Deze vragen trachten we te beantwoorden door middel van een uitgebreide, doch niet-exhaustieve literatuurstudie waarbij we proberen een kritische analyse te maken om tot vernieuwende inzichten te komen. We starten met een verkennend literatuuronderzoek en leren de belangrijkste onderzoekers van dit fenomeen kennen met hun definities en

veelbesproken problemen. Aan de hand van deze nog rudimentaire informatie gaan we op zoek naar bijkomende relevante literatuur waarbij vooral gelet wordt op de kritieken en de bedenkingen die gemaakt worden over allerhande aspecten met betrekking tot het verschijnsel. Opvallend is dat omwille van de beperktheid van het onderwerp en het geringe aantal studies omtrent deze parasomnia, dezelfde onderzoeken steeds terugkomen in verschillende bijdragen. Aanvullende informatie vinden we in de literatuur over *slaapwandelen* en *slaapgerelateerd gewelddadig gedrag*, aandoeningen die zeer nauw aanleunen bij slaapseks. Laatstgenoemd gedrag leidt in vele gevallen tot gerechtelijke tussenkomst en is daardoor bijzonder relevant voor hoofdstuk 2 van deze masterproef. Bijkomend bevragen we een psychiater met een multidisciplinaire achtergrond en een bijzonder kritische visie over het fenomeen, Karel Ringoet. Dit helpt ons onze inzichten te verruimen en de literatuur meer kritisch te interpreteren en er over te reflecteren.

Na het vergaren van voldoende kennis over het fenomeen, gaan we te rade bij slaapexperten uit slaapcentra, onderzoekers en (gerechts)psychiaters die reeds met dit fenomeen geconfronteerd werden, al dan niet in een forensische context. Dit empirisch gedeelte brengen we onder in *hoofdstuk 3: empirisch onderzoek*. Aan de hand van semigestructureerde interviews bevragen we deze personen over elementen die ons niet helemaal duidelijk zijn geworden doorheen de literatuurstudie en over potentiële hiaten in de bewijsvoering en diagnostisering betreffende de stoornis. We peilen naar hun persoonlijke mening, visie en percepties over de berechting van dergelijke rechtszaken. Hiermee beantwoorden we verder de tweede onderzoeksvraag. Aanvaarden rechters, advocaten en/of het brede publiek sekssomnia volgens hen als verdedigingsgrond? Hechten het brede publiek, advocaten en rechters geloof aan getuigenissen van deskundigen? Op welke manier wordt volgens hen over de feiten en bewijzen geoordeeld? Wat denken zij over misbruik en uitlokking? Van welke rechterlijke uitspraken zijn zij op de hoogte en zijn zij het eens met deze uitspraken? Welke ideeën of voorstellen hebben zij die als aanbeveling kunnen dienen in het voeren van toekomstige rechtszaken? Tot slot volgt een algemene conclusie.

HOOFDSTUK 1: OMSTANDIGE OMSCHRIJVING VAN HET FENOMEEN *SEKSSOMNIA*

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk geven we een uitgebreide omschrijving van het fenomeen *seksomnia*. Allereerst komt de gehanteerde terminologie aan bod. Om het verschijnsel beter te kunnen kaderen in het ruimere geheel, schetsen we kort de slaapcyclus en gaan we dieper in op de plaats van deze aandoening in verhouding tot andere slaapstoornissen. Daarnaast zetten we uiteen op welke wijzen deze stoornis zich kan uiten, wat de opvallendste kenmerken en aanwijzingen zijn en wat oorzaken en uitlokkende factoren kunnen zijn. Vervolgens beschrijven we op welke manier men dergelijke stoornis kan diagnosticeren. Verder bekijken we de gevolgen op fysiek, psychosociaal en gerechtelijk vlak evenals de verschillende behandelingsbenaderingen. Ten slotte gaan we in op de prevalentie van deze aandoening en de verschillende visies van waaruit dit fenomeen kan worden benaderd.

De aspecten die in dit hoofdstuk aan bod komen, bespreken we vooral vanuit het medische en sociologische perspectief. Het forensisch aspect laten we in dit onderdeel buiten beschouwing, aangezien we *hoofdstuk 2: seksomnia en recht* geheel aan dit facet wijden.

2. TERMINOLOGIE

In de Nederlandse taal wordt het fenomeen aangeduid met de termen *seksomnia*, *slaapseks* (Bolle, 2009) en ook wel *seksomnambulisme* (Mangan, s.d.). In het Engels bestaat er een meer uitgebreide vocabulaire en spreekt men over *sexomnia*, *sleepsex*, (*atypical or problematic*) *sexual behavior during sleep (SBS)* (Shapiro, Mangan & Trajanovic, 2007; Mangan, s.d.), *sleep-related abnormal sexual behaviors*, *somnambulistic sexual behaviour*. Allen zijn het termen die wijzen op één en dezelfde stoornis.

3. SLAAPFASES

Hieronder geven we een korte uiteenzetting van de relevante slaapfasen om de volgende onderdelen beter te kunnen begrijpen en het geheel beter te kunnen kaderen.

Er bestaan twee hoofdfases tijdens de slaap. Dit zijn de *non-rapid eye movement* (NREM/ non-REM) en de *rapid eye movement* (REM) *sleep* (Andersen, Poyates & Alves, 2007). Deze fases wisselen elkaar gedurende de gehele slaapcyclus verschillende keren af (NREM-REM-NREM-...). Dit gebeurt circa om de 90 minuten. De proportie REM-slaap ten opzichte van de proportie NREM-slaap wordt groter van de eerste tot de laatste slaapcyclus. Enkel bij het in slaap vallen wordt fase 1 van de NREM-slaap doorlopen en fases 3 en 4 worden slechts de eerste twee cycli van de slaap bereikt (Guilleminault, Leger, Philip & Ohayon, 1998; Fenwick, 1996).

Tijdens de REM slaap vindt er een intense corticale activiteit plaats, zijn er snelle oogbewegingen en wordt er gedroomd. De spieren zijn ontspannen, waardoor er geen reflexen kunnen opgewekt worden of enkel kleine bewegingen mogelijk zijn. Dit noemt men ook wel *de paradoxale slaap*, omdat de hersenactiviteit tijdens deze slaap de hersenactiviteit benadert die men vertoont wanneer men wakker is (Wolters & Groenewegen, 2004). Op het EEG¹ ziet men golven met een hoge frequentie en een lage amplitude (EEG desynchronisatie genoemd). Tijdens de NREM-slaap daarentegen, verhoogt de spiertonus, zijn er trage of geen oogbewegingen en wordt er niet of op een andere manier gedroomd. Het gaat hier om niet-verhalende, statische dromen, bestaande uit gedachten, woorden, emoties en bewegingsgevoelens. Dergelijke dromen herinnert men zich ook veel minder gemakkelijk dan REM-dromen.

¹ Elektro-encefalografie (EEG) is een methode die de hersenactiviteit meet en die ook wordt toepast in slaapstudies. De EEG-golven op het elektro-encefalogram zijn het resultaat van deze meting (Andersen, Poyates & Alves, 2007).

TABEL1: KENMERKEN VAN REM- EN NREM- SLAAP

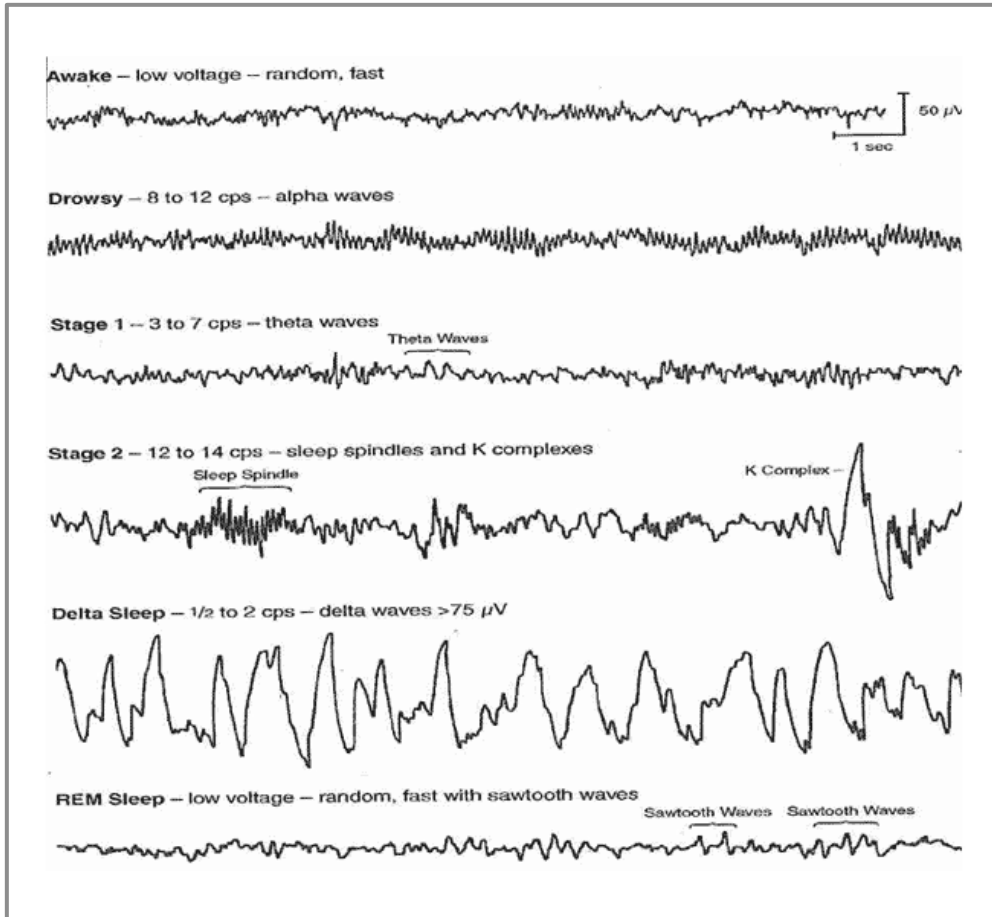
REM	NREM
EEG desynchronisatie	EEG synchronisatie
Weinig spierspanning hoofd en nek	Normale spierspanning
Snelle oogbewegingen	Trage of geen oogbewegingen
Penis erectie en vaginale secretie	Geen genitale activiteit
Levendige, visuele en emotionele dromen	Statische dromen, cognitieve details/toevoegingen

ONDERZOEKSEENHEID BIOLOGISCHE PSYCHOLOGIE. (s.d.) 'Slaap-waak regulatie bij de mens' in Slaapwel: informatie over slaap [www]. Vrije Universiteit Brussel: <http://www.slaapwel.org/info/slaap-waakregulatie.html> [9/04/2012]

De non-REM-slaap kan op zijn beurt onderverdeeld worden in vier fases. Deze worden onderscheiden op basis van de frequenties van de elektro-encefalografische golven op het elektro-encefalogram (Jarsin, 2004; Rami & Badawy, 2010). Fase 1 kent de hoogste frequentie, fase 4 de laagste. Hoe hoger de fase, hoe dieper de slaap. Fase 1 is een overgangstoestand waaruit men zeer snel kan ontwaken en waarbij er een daling van de spierspanning plaatsvindt en de ogen trage, rollende bewegingen vertonen. De overgang van de waaktoestand naar de eerste fase wordt slechts langzaam gemaakt. Wanneer de trage oogbewegingen verdwijnen en er op het EEG korte versnellingen in het ritme van de golven te zien zijn, gaat men over naar de tweede slaapfase. Hierbij worden de spieren nog slapper. Fase 1 en 2 worden samen ook nog *lichte slaap* genoemd. Meestal komt men na ongeveer een half uur lichte slaap in fase 3 en 4 van de slaap. Deze fases worden ook wel *diepe slaap*, *delta slaap* of *slow wave sleep* genoemd. De slaap wordt per fase nog dieper, de spieren ontspannen verder en de ogen zijn volledig in rust. De EEG-golven zijn nu groot en traag (gesynchroniseerd). Wanneer deze deltagolven 20 tot 50 percent van de tijd in beslag nemen, betreft het fase 3. Nemen ze meer dan 50 percent van de tijd in beslag, gaat het om fase 4 (X, s.d.). Tijdens de diepe slaap is het vaak moeilijk om een persoon wakker te krijgen (Driver & Shapiro, 1993; Onderzoekseenheid biologische psychologie). Als deze persoon toch wakker wordt gemaakt, gaat het ontwaken vaak slechts langzaam en is deze persoon meestal verward

en gedesoriënteerd (Buchanan, 1991). Desondanks gebeuren sommige *arousals*² zeer snel (Schenck & Mahowald, 1992).

FIGUUR 1: EEG SIGNALLEN TIJDENS WAAK EN SLAAP



ONDERZOEKSEENHEID BIOLOGISCHE PSYCHOLOGIE. (s.d.) 'Slaap-waak regulatie bij de mens' in Slaapwel: informatie over slaap [www]. Vrije Universiteit Brussel: <http://www.slaapwel.org/info/slaap-waakregulatie.html> [9/04/2012]

Toch zijn NREM-slaap, REM-slaap en waakstaat geen uitsluitend naast elkaar bestaande entiteiten (Andersen, Poyates & Alves, 2007) en kan een mix van deze staten plaatsvinden

² Met een *arousal* wordt in deze masterproef in principe een korte, abrupte 'ontwaakreactie' bedoeld, maar meestal betreft het hier een ontwaakreactie zonder dat men werkelijk volledig ontwaakt. Een *arousal* kan plaatsvinden ofwel tijdens de NREM-slaap van een dieper naar een lichter slaapstadium, ofwel van REM-slaap naar waaktoestand. Een *arousal* slaat in feite op de activatietoestand van het autonome en centrale zenuwstelsel. Dit heeft te maken met de graad van alertheid. Een lage *arousal* komt normaal gezien voor in slaaptoestand, een gemiddelde *arousal* komt voor in waaktoestand. In deze masterproef wordt met een *arousal* meestal bedoeld dat van een lage naar een hogere activatietoestand overgegaan wordt. Ook lichaamsbewegingen kunnen hiermee gepaard gaan (Bindels & Lammers, 2009).

(Mahowald & Schenck, 2000). Zo kan men in de slaap gedrag vertonen dat normaal gesteld wordt wanneer men wakker is.

4. CLASSIFICATIE

Sekssomnia wordt in de 2^e editie van de *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD) geclassificeerd als stoornis in de *arousal*, welke op haar beurt onder de noemer parasomnia valt (Krol, 2008; Mangan, 2000).

Een parasomnia is een aandoening waarbij ongewenste en/of abnormale fysieke gedragingen en handelingen zich voordoen tijdens de slaap, tijdens het in slaap vallen of tijdens het ontwaken (American Academy of Sleep Medicine, 2001). Deze fenomenen verschijnen met tussenposes of in episodes. Bij een *arousal*-stoornis gaat het om een stoornis in de overgang van de slaapfases. Meestal verschijnt het fenomeen in het vroege gedeelte van de slaaperiode (Bjorvatn, Gronli & Pallesen, 2010), binnen de twee uur vanaf het moment dat men in slaap gevallen is (Fenwick, 1996). Er is sprake van een slechts gedeeltelijk ontwaken, zonder het bereiken van een volledige waaktoestand. Slapen en waken kunnen als het ware gedeeltelijk, simultaan naast elkaar bestaan. Neurale systemen van beide – slaap en waak – kunnen ongecoördineerd naast en door elkaar heen functioneren (Shapiro, Mangan & Trajanovic, 2007). Sommige corticale delen zijn dan inactief. Zo zijn de delen die verantwoordelijk zijn voor de hogere functies zoals het onthouden, het leren, maar ook deze die ons bewust maken van het verschil tussen onze innerlijke ervaringen en gevoelens en de werkelijkheid (het bewustzijn) geëlimineerd. Primitieve functies zoals eten en seks blijven wel actief (Barclay, 2008). Men heeft op dat moment geen inzicht in een gegeven situatie en is niet in staat te oordelen of te redeneren (Underwood, 2007). Bijgevolg is men niet verantwoordelijk voor het gestelde gedrag (Shapiro, Trajanovic & Fedoroff, 2003).

Ten eerste is het belangrijk te weten dat slaapseks als een onderscheiden variant van het somnambulisme³ gezien kan worden. Ook somniloquy⁴ en de slaapgerelateerde eetstoornis zijn gelijkaardige aandoeningen (Barclay, 2008). Slaapgerelateerd gewelddadig gedrag is misschien nog wel het meest verwant met sekssomnia (Cartwright, 2000). Samen behoren ze tot de groep van non-REM-parasomnia's die zich voordoen gedurende de non-REM-slaap.

³ Somnambulisme is een andere woord voor slaapwandelen.

⁴ Somniloquy is de medische term voor praten in de slaap.

Deze hebben allemaal partiële *arousals*⁵ als belangrijkste kenmerk, wat telkens resulteert in een slaap-waakstaat met complexe gedragingen. Op dat moment zijn de spieren immers vrij om te bewegen (Underwood, 2007). Slaapwandelen, nachtmerries, verwarde *arousals*, etc. zijn hiervan voorbeelden. Personen met non-REM-parasomnia's hebben in een nacht ongeveer de helft meer *slow wave sleep* dan een persoon zonder dergelijke parasomnia (Thorpy & Plazzi, 2010). Toch moet sekssomnia ook als afzonderlijke eenheid binnen de familie van parasomnia's onderschreven worden. Het samen voorkomen van motorische en autonome activatie en opwinding (erectie, vaginale lubricatie⁶, orgasme...) in het lichaam tijdens de slaap is per slot van rekening een uniek gegeven (Shapiro, Trajanovic & Fedoroff, 2003). Anderzijds zijn er ook gevallen bekend van sekssomnia zonder seksuele geprikkeldheid van het lichaam (Andersen, Poyates & Alves, 2007).

Als tweede punt merken we op dat een episode van somnambulisme en dus ook van sekssomnia doorgaans plaatsvindt tijdens de derde en vierde fase van de non-REM- slaap. Een voorval doet zich meestal voor gedurende het eerste derde van de slaapcyclus, hoewel het toch ook later in de cyclus kan voorkomen. Tijdens korte dutjes zal dit fenomeen zelden de kop opsteken (Barclay, 2008; Mahowald, Bundlie, Hurwitz & Schenck, 1990).

Opmerkelijk is dat gedurende dergelijke episodes het moeilijk is om een persoon wakker te krijgen. Hij kan volkomen immuun zijn voor exogene factoren. Duwen, lawaai maken, etc. halen vaak niets uit (Mahowald & Schenck, 2000).

Daarnaast dient men op te merken dat er een groei bestaat wat betreft kennis over andere slaapstoornissen die geassocieerd kunnen worden met abnormaal seksueel gedrag tijdens de slaap, maar die desondanks niet tot de categorie sekssomnia gerekend kunnen worden. Het gaat hier om een omvangrijk aantal stoornissen (Schenck, Arnulf & Mahowald, 2007). Voorbeelden zijn de REM-slaap gedragsstoornis (RBD ⁷) en het NREM-slaap somnambulisme. Maar ook ziektes zoals epilepsie kunnen op sekssomnia gelijkend gedrag teweeg brengen (Andersen, Poyates & Alves, 2007; Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012).

⁵ De partiële *arousal* slaat op het plotselinge gedeeltelijk ontwaken uit de NREM-slaap (Krol, 2008).

⁶ Het vochtig worden van de vagina.

⁷ Voluit: REM sleep Behavior Disorder. Bij deze stoornis kunnen de spieren vrij bewegen tijdens de REM-slaap waardoor men levendige dromen ook kan uitvoeren.

5. UITINGSVORMEN

De gedragingen die zich voordoen bij sekssomnia omvatten bijna alle vormen van menselijk seksueel gedrag. Het gaat om liefkozend strelen, knuffelen, kreunen, seksueel obscene taalgebruik, masturbatie, orale bevrediging, seksuele gemeenschap, zowel hetero- als homoseksueel, met of zonder orgasme tot gevolg (Shapiro, Mangan & Trajanovic, 2007). De voorvallen zijn meestal van korte duur. Gewoonlijk varieert dit van minder dan een minuut tot een half uur (Thorpy & Plazzi, 2010). Dergelijke gedragingen starten doorgaans in de vroege volwassenheid (Alves et al., 1999).

Diegene die de handelingen stelt, kan voor de toekijker mentaal afwezig lijken, glazen ogen hebben, etc. (Thorpy & Plazzi, 2010). Vaak is het zo dat de gedragingen tijdens een sekssomnia-episode significant verschillen van de seksuele gedragingen die een patiënt in normale omstandigheden zou stellen. Sommige personen zijn veel wilder en agressiever (Quattrocchi, 2005), niet alleen tijdens de geslachtsgemeenschap met de partner – wat kan resulteren in op verkrachting gelijkende situaties – maar ook tijdens de masturbatie. Dit laatste kan zelfs leiden tot blauwe plekken, wonden en pijn op en aan de geslachtsdelen (Bolle, 2009). Anderen stoppen midden in de actie en slapen verder, nog anderen zijn veel minnelijker en zachter in het bedrijven van de liefde, in zeldzame gevallen met een tevreden partner tot gevolg. Sommige koppels bekijken het zelfs als een aangename aanvulling op hun normale seksleven (Mangan & Reips, 2007).

Maar is degene die de handelingen stelt ook opgewonden en seksueel bevredigd achteraf? Over het hebben van erecties en het voorkomen van vaginale lubricatie tijdens de slaap bestaat heel wat onenigheid. Een erectie zou niet kunnen voorkomen tijdens de *slow wave sleep* en al zeker niet gedurende fase 4 (Ebrahim, 2006). Sommigen, vooral sceptici, beweren dat aan deze activatie een seksueel verlangen en opwindingsaan de basis moet liggen, wat dan weer een zeker niveau van cognitieve alertheid doet veronderstellen. Dit is inderdaad het geval wanneer het gaat om erecties of vaginale lubricatie tijdens de REM-slaap, op dat moment gaat het om seksuele opgewondenheid door dromen (Rosenfeld & Elhajjar, 1998). Minder gecompliceerde gedragingen, zoals aanrakingen van de geslachtsdelen kunnen op dat moment ook ontspruiten uit de REM-slaap, maar de complexiteit van echte sekssomnia-episodes komen uitsluitend voor in de non-REM-slaap (Shapiro, Mangan & Trajanovic, 2007). Men stelde vast dat cognitieve hersenactiviteit evenzeer kan voorkomen tijdens de non-REM-slaap, dus wanneer men niet of slechts licht droomt, weliswaar in een minderheid

van de gevallen, maar het is mogelijk (Thorpy & Plazzi, 2010). In de meeste situaties worden geen seksuele dromen gerapporteerd tijdens een sekssomnia-episode, maar het optreden ervan is verre van onbestaande (Schenk & Mahowald, 2010).

Een andere verklaring kan zijn dat een erectie opgewekt in de REM-slaap persistent kan voortbestaan tijdens de non-REM-slaap. Andere onderzoekers stellen dan weer dat de autonome activatie mogelijk is, omdat de stoornis optreedt door een *arousal* uit de *slow wave sleep*, tijdens de overgang tussen twee slaapfases, eerder dan een *arousal* in de *slow wave sleep*, waardoor de associatie met de NREM-slaap minder sterk op de voorgrond treedt (Cicolin, Tribolo, Giordano & Chiarot, 2011; Xu, 2009). Net zoals slaapwandelen komt deze parasomnia het meeste voor bij jonge mensen (Bejot et al., 2010), mogelijks omdat de hoeveelheid *slow wave sleep* hoger is bij kinderen en vermindert naarmate men ouder wordt (Bonnet & Arand, 2003; Pressman, 2007).

Daarnaast bestaat er heel wat controverse over de complexiteit van het gestelde gedrag. Er bestaat volgens velen een discrepantie tussen de beweerde bewustzijnsdaling en de gestelde complexe, gecoördineerde handelingen tijdens een sekssomnia-episode. Tijdens een totale bewustzijnsdaling zou een persoon neurofysiologisch gezien onmogelijk complexe, gecoördineerde handelingen kunnen stellen. Tijdens een gedeeltelijke bewustzijnsdaling is dit wel mogelijk, maar dan is het niet zo dat deze persoon geen enkele controle meer heeft over zijn daden. Er is dan steeds een wilsfactor in het spel, er gebeurt niets tegen het geweten in. Daardoor is een heuse verkrachting tijdens een sekssomnia-episode volgens sommigen erg onwaarschijnlijk. Gecoördineerde handelingen zoals het uitoefenen van dwang en kleren uittrekken zijn zaken die te veel vragen om onbewust uitgevoerd te worden. Onder toevallige, coöperatieve omstandigheden met een niet tegenwerkend, bijna meewerkend slachtoffer – bijvoorbeeld in het geval van kinderen – bestaat er een kans dat er in een zeldzaam geval toch sprake is van verkrachting. Andere seksuele handelingen die minder coördinatie vergen zoals masturbatie en strelen kunnen in principe wel (Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012).

Klaar en duidelijk inzicht in de slaap en in het feit of men bewust of niet bepaalde handelingen kan stellen is van doorslaggevend belang bij de beoordeling en berechting door een rechtbank. Daarom is het in de eerste plaats belangrijk om het fenomeen te kennen en te herkennen. In het volgende hoofdstuk bespreken we enkele opvallende kenmerken die ons hierbij op weg kunnen zetten.

6. OPVALLENDE KENMERKEN

6.1. SOMNAMBULISME

Het leeuwendeel van de personen met een sekssomnia-aandoening waren als adolescent slaapwandelaars. Ook bij familieleden zijn vaak vergelijkbare slaapstoornissen aanwezig. Het optreden van somnambulisme of aanverwante stoornissen na de adolescentie wordt meestal uitgelokt door specifieke factoren zoals een hoofdverwonding of trauma (Fenwick, 1996). Een persoonlijke voorgeschiedenis van slaapwandelen en het voorkomen van gelijkaardige parasomnia's in de familie kunnen dus een aanwijzing zijn voor het lijden aan sekssomnia (Shapiro, Trajanovic & Fedoroff, 2003; Andersen, Poyates & Alves, 2007).

6.2. AMNESIE

Na de gebeurtenis meldt de dader vaak een complete amnesie van het gebeuren, toch dienen we er rekening mee te houden dat dit in de werkelijkheid niet steeds het geval is. Het zich wel of niet herinneren van de slaapseks zou vanwege schaamte kunnen leiden tot het niet rapporteren van de gebeurtenis (Mangan, 2005) en in gerechtelijke zaken is het soms voordeliger wanneer men amnesie betreffende het sekssomnia-voorval veinst (Schenck, Arnulf & Mahowald, 2007; Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012). In de case waar sekssomnia als bijwerking van een SSRI optrad (zie punt 8. *Uitlokkende factoren*), werden vage herinneringen gemeld, zonder dat de persoon met zekerheid kon stellen of deze waargebeurd waren (Krol, 2008). Gedeeltelijke herinneringen worden af en toe gemeld en heel soms herinnert men zich zelfs alles van de gebeurtenis en rapporteert men levendige dromen die men op het moment van de gestelde handelingen had (Schenck & Mahowald, 1992).

6.3. AANWEZIGHEID PARTNER

Sekssomnia is zo uniek wegens het feit dat er doorgaans een partner betrokken is die ofwel getuige is van de gedraging, de ontvanger is van de handeling en/of zelf participeert in de bedrijvigheden. Daarom en omwille van de amnesie is het vaak de partner die de sekssomnia-lijder op de hoogte brengt van zijn of haar aandoening (Bolle, 2009). Bij andere slaapstoornissen is de partner ook vaak aanwezig, maar heeft deze een minder actieve rol bij het gebeuren.

6.4. COMORBIDITEIT

In ongeveer de helft van de gevallen is er sprake van comorbiditeit met andere slaapstoornissen. Het is soms moeilijk om verschillende parasomnia's te kunnen onderscheiden (Bjorvatn, Gronli & Pallesen, 2010). Seksomnia kan geassocieerd voorkomen met somnambulisme of slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen⁸ (Bolle, 2009). Ook de *parasomnia overlap disorder* is een bekend verschijnsel dat vaak voorkomt bij seksomnia-lijdens waar REM- (vaak REM behavior disorder) en NREM-parasomnia's samen voorkomen bij één en dezelfde persoon (Cicolin, Tribolo, Giordano & Chiarot, 2011).

Vaak wordt op somnambulisme gelijkend gedrag gerelateerd aan diverse zaken zoals epilepsie en medicatie-effecten. Op deze medicatie-effecten gaan we verder in onder punt 8. *Uitlokkende factoren*. Daarnaast wordt het hebben van seksomnia heel soms, maar meestal niet geassocieerd met psychopathologie (Mahowald & Schenck, 2000). Mentale condities als depressies, angst en stoornissen met een dissociatieve staat, zoals een bipolaire stoornis komen af en toe voor bij seksomnia-lijdens (Rosenfeld & Elhajjar, 1998). Soms wordt deze psychische stoornis ook toegedicht de oorzaak te zijn van seksomnia. Hier gaan we in het volgende punt verder op in.

7. OORZAKEN

Zoals bij de meeste parasomnia's zijn de exacte oorzaken van slaapseks nog onbekend (Bejot et al., 2010). Ook de mechanismen die optreden bij personen met deze stoornis zijn nog niet volledig begrepen, maar ook genetische en omgevingsfactoren kunnen hier een rol spelen (Mahowald, Bundlie, Hurwitz & Schenck, 1990). Wel werden factoren geïdentificeerd die een seksomnia-incident kunnen uitlokken (zie punt 8. *Uitlokkende factoren*) (Bolle, 2009).

Belangrijk en vermeldenswaard is het feit dat er zich onder de gerapporteerde gevallen van personen met seksomnia meer dan eens een psychologisch trauma schuil hield. Het verband tussen beide is nog onvoldoende onderzocht en onduidelijk (Guilleminault, Biol, Moscovitch, Yuen & Poyares, 2002; Bejot et al., 2010). Omwille van de comorbiditeit bestaat de mogelijkheid dat de ene stoornis de oorzaak is van de andere stoornis. Zo kan een verstoorde ademhaling tijdens de slaap ervoor zorgen dat de NREM-slaap instabiel verloopt en dat er

⁸ Slaapstoornis waarbij periodes voorkomen dat de ademhaling tijdelijk stopt tijdens de slaap.

seksomnia optreedt (Guilleminault, Kirisoglu, Da Rosa & Chan, 2006). Pressman (2007) stelt zelfs dat stoornissen in de *arousal* niet zomaar spontaan opduiken, maar optreden bij genetisch voorbeschikte personen en dit slechts wanneer verschillende interagerende factoren op elkaar inwerken.

Volgens neuropsychiater Karel Ringoet (1997) ligt de oorzaak van seksomnia bij verdrongen emoties en frustraties in verband met seksualiteit die in het onderbewuste schuil gaan en tijdens dromen bevrijd worden van remmingsmechanismen en ethische controle en daardoor aan de oppervlakte kunnen komen. Daarom zou de analyse van deze dromen en frustraties de oorzaken van de stoornis kunnen blootleggen. Tegelijkertijd beweert hij dat de complexe variant van het seksuele gedrag enkel kan gesteld worden wanneer een persoon niet volledig in slaaptoestand is en een zekere controle over zijn bewegingen behoudt (Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012), maar dan gaat het in principe niet meer om een parasomnia.

Verder onderzoek is nodig om binnen dit omstreden thema meer duidelijkheid te brengen.

8. UITLOKKENDE FACTOREN

Slaapdeprivatie, vermoeidheid, gefragmenteerde slaap, stress, fysiek contact met een persoon in bed (niet klinisch bewezen), alcohol, drugs en medicatie – voornamelijk polymiddelengebruik (Mangan, 2004) – zijn factoren die als katalysator kunnen dienen voor het plaatsvinden van een seksomnia-incident (Bolle, 2009). Ook ademhalingsstoornissen, zoals een tijdelijke ademhalingsstilstand (slaapapneu) of snurken, en een hard geluid dat zich tijdens de slaap doet horen, zijn reactie veroorzakende factoren die een episode kunnen uitlokken (Krol, 2008).

De huidige maatschappij is er één van constante haast, druk en stress. Daardoor wordt de tijd die gespendeerd wordt aan slaap steeds korter en onregelmatiger en is slaapdeprivatie een courant verschijnsel, zowel onder volwassenen als onder adolescenten. Omwille van de potentiële gevolgen verdient dit extra aandacht. Onder invloed van abnormale slaapomstandigheden kan de frequentie van complexe gedragingen die zich voordoen bij bepaalde parasomnia's stijgen. Dit komt door het optreden van een diepere slaap in de daaropvolgende nacht. Daardoor is er een toename van de *slow wave sleep* en daar het net in deze derde en vierde fase van de NREM- slaap is dat seksomnia voorkomt, verhoogt de kans op een voorval (Andersen, Poyates & Alves, 2007).

Door het gebruik van slaapmiddelen of alcohol wordt het ontwaken uit de slaap bemoeilijkt. Een ander effect van alcohol is dat men lichter en meer gefragmenteerd slaapt, waardoor ook hier de diepe slaap toeneemt (Roehrs & Roth, 2001). Iemand die normaalgezien nooit drinkt, kan onder invloed van een lichte dosis alcohol een seksomnia-episode meemaken. Chronisch alcoholgebruik zou er daarentegen weer voor zorgen dat de kans op extreme gedragingen tijdens de slaap afneemt, vanwege de vermindering van de diepe slaap en de bijna afwezigheid van de vierde fase van de NREM-slaap (Pressman, 2007). Maar een echte uitgebreide evaluatie voor wat betreft de effecten van alcohol (ethanol) op slaapstoornissen, heeft nog niet plaatsgevonden (Roehrs & Roth, 2001).

Koorts, maar ook het gebruik van een televisie op de kamer (Howell & Schenck, 2010) kan leiden tot gefragmenteerd slapen. Dit kan er op zijn beurt toe leiden dat de hersenen veel alerter zijn dan normaal het geval is tijdens de slaapstaat.

In de literatuur wordt ook een geval besproken van het optreden van seksomnia na het gebruik van een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI⁹). In deze door medicatie geïnduceerde case had de desbetreffende persoon een depressieve stoornis en begon daarom op aanraden van de arts *Escitalopram*® te gebruiken, een antidepressivum. Drie weken nadat hij met het innemen van deze medicatie gestart was, meldde hij dat hij seksueel gedrag vertoonde tijdens de slaap waarover hij geen controle had. Zijn vriendin had hem hiervan op de hoogte gebracht. Na het stopzetten van het gebruik van de medicatie verdwenen ook de seksuele handelingen. Volgens de auteur is het mogelijk dat de oorzaak hier te vinden was bij een verstoring van de *slow wave sleep*. De serotonerge zenuwen spelen namelijk een rol in de regulering van deze slaap (Krol, 2008). Ook het slaapmiddel *Zolpidem*® werd in een enkel geval in verband gebracht met seksomnia. Het middel kan voor verlengde verwarde *arousals* zorgen met complexe, seksuele handelingen tot gevolg. Een waarschuwing voor deze potentiële bijwerkingen bij het gebruik van sedativa is hier dan ook op zijn plaats (Howell & Schenck, 2010).

Wat somnambulisme betreft, is er al heel wat meer complex gedrag in de slaap bekend dat het resultaat is van interactie van medicatie en dit is mogelijks een aanwijzing voor het ontdekken

⁹ SSRI staat voor Selective Serotonin Reuptake Inhibitor. Serotonine – bekend als neurotransmitter in de hersenen – speelt een rol in de stemming van een persoon. Een selectieve serotonineheropnameremmer is een soort antidepressivum, dat ervoor zorgt dat de concentratie aan serotonine in de synaptische spleet hoog blijft (Westerbeek, 2010).

van het optreden van seksomnia ten gevolge van meer medicatie in de toekomst (Pressman, 2007). Van sommige antidepressiva is bekend dat ze andere abnormale activiteiten, zoals slaapgerelateerd gewelddadig gedrag, gedurende de REM-slaap kunnen veroorzaken (Guilleminault, Leger, Philip & Ohayon, 1998).

Zeker niet te vergeten zijn de emotionele stoornissen die een invloed kunnen hebben op de ernst van slaapstoornissen (Barclay, 2008).

9. DIAGNOSESTELLING

Een diagnose van seksomnia blijft moeilijk te stellen. Zowel bij seksomnia als bij andere parasomnia's kunnen seksueel getinte handelingen zich voordoen. Het verschil zit hem in het feit dat deze handelingen bij gewone parasomnia's zich slechts sporadisch op de geslachtsdelen richten, maar bij seksomnia bijna uitsluitend gericht zijn op de genitale gebieden (Andersen, Poyates & Alves, 2007).

Bijna alle parasomnia's worden gediagnostiseerd op basis van de subjectieve verslaggeving van de patiënten zelf of de door hen omringende personen. Dit is in het geval van seksomnia niet anders (Bjorvatn, Gronli & Pallesen, 2010). Om een diagnose te kunnen stellen moet men een grondig fysiek, neurologisch en psychiatrisch onderzoek afnemen (Bornemann, Mahowald & Schenck, 2006) en moeten andere ziektebeelden zoals vroege dementie, dissociatieve stoornissen of het Kleine-Levin syndroom¹⁰ uitgesloten worden. Allen kunnen ze immers deze abnormale gedragingen tijdens de slaap veroorzaken (Bejot et al., 2010). Daarnaast moet men een gedetailleerde omschrijving hebben van de medische en familiale geschiedenis van de persoon, maar ook van zijn of haar karaktereigenschappen, zijn of haar sociale vaardigheden en van zijn of haar werksituatie.

Belangrijk blijven de gebeurtenissen tijdens en voor de seksomnia-episodes. Zo dienen de uitlokkende factoren mee in rekening genomen te worden. Het ondervragen van een gezinslid, bedpartner of kamergenoot is steeds een meerwaarde, omdat deze meer gedetailleerde informatie kan onthullen betreffende de gebeurtenissen. Door de bijhorende amnesie kan de

¹⁰ KLS, voluit het Kleine-Levin syndroom, is een zeldzame stoornis van periodieke hypersomnia, cognitieve en gedragsstoornissen. Symptomen zijn hypersomnolentie (slaapdrunkenheid), en hyperseksualiteit, gemoedssymptomen... (Sithinamsuwan, Ruangwittayawong, Pinroj, Saengpatrachai & Chinvarun, 93; Aggarwal, Garg & Jiloha, 2011)

patiënt weinig vertellen over het tijdstip waarop de episode zich voordeed, de duur en de frequentie en over het eerste optreden van de symptomen (Andersen, Poyates & Alves, 2007). In vele gevallen kan het klinisch en polysomnografisch (PSG) onderzoek¹¹ een aanwijzing zijn voor een (NREM-) slaapstoornis (Schenck, Arnulf & Mahowald, 2007). Eventuele spontane en abrupte *arousals* tijdens de *slow wave sleep* (Bejot et al., 2010) kunnen de vermoedens bevestigen (Thorpy & Plazzi, 2010). Deze polysomnografische onderzoeken moeten vaak meermaals afgenomen worden om het gewenste resultaat te bereiken (Guilleminault, Biol, Moscovitch, Yuen & Poyares, 2002; Cicolin, Tribolo, Giordano & Chiarot, 2011) en een minimum van twee nachten wordt aangeraden. Wel is het zo dat seksueel gedrag zelden gerapporteerd wordt tijdens PSG studies (Schenk & Mahowald, 2010) en worden dergelijke handelingen tijdens de slaap zelden vastgesteld in een laboratorium of klinische omgeving (Andersen, Poyates & Alves, 2007). Daarom raadt men aan om de bedpartner aanwezig te laten zijn tijdens de onderzoeken om zo het lab als minder artificieel te ervaren (Shapiro, Trajanovic & Fedoroff, 2003). Daarnaast zijn video-opnames bij de patiënt thuis met de bedoeling de seksuele handelingen te registreren een goed middel om vertekening in het gestelde gedrag door een vreemde omgeving te vermijden. De diagnosestelling bij een single is dan ook veel moeilijker te stellen dan bij een persoon die samenwoont of getrouwd is.

Ook is het moeilijker om vast te stellen dat iemand aan sekssomnia lijdt wanneer er geen seksuele autonome activatie (een erectie) in het spel is. Dit laatste kan wel als bewijs van onschuld gebruikt worden, omdat het op deze manier mogelijk is een onderscheid te maken tussen een bewuste seksuele aanval of een somnambulistisch automatisme (Andersen, Poyates & Alves, 2007). In hoofdstuk 2 gaan we dieper in op de gevolgen van deze conclusie. Wij maken ons hierbij echter de volgende bedenking: hoe zit het met personen die last hebben van erectieproblemen?

Tijdens het PSG onderzoek worden video-opnames gemaakt en registreert men de hersenactiviteit via het EEG (elektro-encefalogram) en de spierspanning via het EMG (elektromyogram). Tijdens de registratie ziet men op het elektro-encefalogram duidelijk het verschil tussen REM en non-REM- slaap, omdat er tijdens de REM slaap intense corticale

¹¹ Polysomnografisch (PSG) onderzoek is een slaaponderzoek, een gedetailleerd onderzoek van de slaappatronen van een individu (Ebrahim, 2006). Lichaamsfuncties zoals spierspanning worden gemeten, slaapstoornissen worden ontdekt en beoordeeld (Bejot et al., 2010).

activiteit plaatsvindt, wat niet het geval is bij de NREM- slaap (zie punt 3. *Slaapfases*). Bij de NREM- slaap en bij seksomnia in het bijzonder is er op het elektro-encefalogram sprake van grote amplitudegolven met een lage frequentie (fase 3-4 van de NREM-slaap). Soms ziet men op het EEG zowel hoge als trage amplitudegolven tevoorschijn komen, zonder dat er dan een bewijs is van het feit dat men al dan niet wakker is (Andersen, Poyates & Alves, 2007).

Wegens het moeilijk te diagnosticeren karakter van deze slaapstoornis kan men via bepaalde wegen proberen een slaapseksvoorval uit te lokken om zo vlotter een diagnose te kunnen stellen. Deze provocatie kan men bewerkstelligen door onder meer het opzettelijk depriveren van slaap alvorens aan een onderzoek te beginnen, alcohol te consumeren voor men gaat slapen of een persoon trachten te doen ontwaken tijdens de *slow wave sleep* (Andersen, Poyates & Alves, 2007; Ebrahim, 2006; Cicolin, Tribolo, Giordano & Chiarot, 2011; Pressman, 2007). Dit kan toegepast worden wanneer men het twee-nachten protocol aanvult met een derde nacht zodat de onderzochte persoon kan acclimatiseren en de laboratoriumeffecten gereduceerd worden (Ebrahim & Fenwick, 2008). Echter, volgens Ringoet (face-to-face interview, 24 maart 2012) is provocatie absoluut geen sluitende methode. Hij stelt dat wanneer al die modulerende factoren samen voorkomen, iedereen gedrag kan stellen dat enorm gelijkaardig is aan dat van seksomnia.

10. GEVOLGEN

Slaapseks heeft vaak onaangename en schadelijke consequenties voor de persoon die aan seksomnia lijdt. Deze gevolgen doen zich voor op fysiek, psychosociaal en gerechtelijk vlak (Schenck, Arnulf & Mahowald, 2007). Daarenboven kan deze stoornis zeer problematisch worden wanneer andere personen, naast een partner, betrokken raken in de nachtelijke activiteiten en vooral wanneer het minderjarigen betreft.

Thorpy en Plazzi (2010) merken op dat fysieke en psychologische problemen die gepaard gaan met slaapseks veel dominanter voorkomen in een klinische setting dan in een niet-klinische setting. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat personen die de stap naar de klinische setting zetten dit doen omwille van de storende neveneffecten van de aandoening. Personen die deze stap nog niet gezet hebben ervaren de stoornis mogelijk als minder storend.

10.1. FYSIEK

Zoals reeds vermeld kan agressieve masturbatie blauwe plekken, wonden en pijn op en aan de geslachtsdelen veroorzaken (Bolle, 2009). Deze verwondingen kunnen ook bij de bedpartner toegebracht worden. Zeker wanneer de dader agressief uit de hoek komt, de kleren van het lichaam van de partner scheurt en overgaat tot gewelddadige penetratie. Echter, over de vraag of deze laatstgenoemde, bijzonder complexe handelingen onbewust kunnen gesteld worden en thuishoren onder de noemer sekssomnia, bestaat heel wat discussie (zie hoofdstuk 2).

10.2. PSYCHOSOCIAAL

Sekssomnia kan persoonlijk en relationeel leed veroorzaken. Het is bedreigend voor het welzijn van de persoon en zijn relaties (Mangan, 2004; 2005). Dit geldt ook op seksueel vlak. Klein en Houlihan (2010) suggereren dat naast deze relationele en emotionele problemen er ook een sterk verband bestaat tussen sekssomnia en één of verschillende seksuele problemen, zoals problemen om seksueel opgewonden te geraken en deze opgewondenheid te behouden. Mogelijks gaat het hier om een indirect verband en zorgen de slaapstoornissen voor minder seksuele bevrediging en minder relationele tevredenheid. In tegenstelling tot Mangan (2004) die uit getuigenissen concludeerde dat met sekssomnia een verminderde seksuele interesse gepaard gaat, heeft de internet-survey van Klein en Houlihan (2010) geen verband gevonden tussen het aantal sekssomnia-episodes en het niveau van seksuele verlangens dat men ervaart. Klein en Houlihan raden aan om het seksueel functioneren voor en na de start van sekssomnia verder te onderzoeken om eventuele verbanden te kunnen detecteren.

Hieronder bespreken we de gevoelens die gepaard kunnen gaan met sekssomnia-episodes. Deze informatie splitsen we op naargelang het gaat om diegene die de gedragingen stelt (de dader) of om diegene die getuige of ontvanger (partner en/of slachtoffer) is van de handelingen. Deze gegevens komen uit een web survey van Mangan die geplaatst werd op een website over slaapseks. De deelname gebeurde op vrijwillige basis en het ging om zelfrapportage (Mangan, 2004). De mate van generaliseerbaarheid en reproduceerbaarheid van de resultaten is omwille van de benadering in deze steekproef weinig wetenschappelijk en twijfelachtig. Toch zijn de emoties die hier aan de oppervlakte komen volgens ons zeker het vermelden waard.

10.2.1. VOOR DE DADER

Personen die aan sekssomnia lijden en overgaan tot seksuele gemeenschap hebben vaak schuldgevoelens over hun daden, zo indiceert de website van Mangan. Het feit dat ze geen toestemming vragen en vaak agressief gedrag stellen is hiervoor de aanleiding. Vanwege het geheugenverlies en het niet weten wat de oorzaken zijn van hun daden voelen ze zich eveneens verward. Daarnaast zijn ze vaak bezorgd over hun relatie. Wanneer het gaat over masturbatie voelen ze zich vooral beschaamd, soms teleurgesteld door het ongeloof van bedpartners en zijn ze gefrustreerd over het feit dat ze dit niet kunnen verhelpen. Wat seksuele vocalisatie en bewegingen betreft, is men dikwijls verlegen (Mangan, 2004).

Uit het onderzoek van Klein en Houlihan (2010) blijkt dat personen die aan sekssomnia lijden minder tevredenheid kennen op relationeel vlak en dat zij op seksueel vlak een minder bevredigend leven hebben, maar dit verband is niet enorm sterk. Ook zouden zij geringere seksuele verlangens hebben.

10.2.2. VOOR DE PARTNER EN/OF HET SLACHTOFFER

Uit het onderzoek van Mangan (2004) blijkt dat seksuele gemeenschap tijdens slaapseksepisodes angst kan veroorzaken bij de partners en slachtoffers. Partners beleven ook een gebrek aan emotionele intimiteit, want de initiator is er niet bij met zijn gedachten en gevoelens. Wanneer mensen getuige zijn van masturbatie door de persoon die aan sekssomnia lijdt, wekt dit vaak gevoelens op van verbijstering en voelt men zich vaak seksueel verwaarloosd. Seksueel getinte vocalisatie en bewegingen kunnen leiden tot irritatie en wantrouwen. Kortom, sekssomnia kan een enorme druk leggen op een relatie en zorgen voor conflicten.

Daarnaast heeft het slachtoffer ook de kans niet geloofd te worden wanneer het op zoek gaat naar hulp en zijn verhaal vertelt. Op deze manier kan ook het slachtoffer het gevoel hebben er alleen voor te staan (Mangan, 2005).

10.3. GERECHTELIJK

De gevolgen op gerechtelijk vlak worden verder uitgebreid behandeld in hoofdstuk 2 van deze thesis “sekssomnia en recht”. Hier volstaat het te vermelden dat het voor een persoon die aan sekssomnia lijdt gevaarlijk wordt wanneer de persoon die getuige is van een sekssomnia-episode de gedragingen van de dader ervaart als een regelrechte aanranding van de

eerbaarheid en/of verkrachting. Bijzonder problematisch wordt het wanneer hierbij minderjarigen betrokken zijn. Ook het omgekeerde bestaat waarbij de persoon die meegaat in de avances van een sekssomnia-lijder, wanneer deze laatste bij bewustzijn komt, uiteindelijk door hem valselijk beschuldigd wordt van aanranding van de eerbaarheid of verkrachting tijdens zijn of haar slaap. In deze gevallen kan men in aanraking komen met het gerecht. De moeilijkheid hier is te bewijzen dat men niet moedwillig iemand aanrandde of verkrachtte.

11. PREVENTIE

Alvorens de gebruikte behandelingen uiteen te zetten, gaan we in op de mogelijke voorzorgen die men kan treffen: preventieve behandeling en maatregelen.

Allereerst moet men personen die aan sekssomnia lijden goed informeren over de mogelijke gevaren van hun stoornis. Deze personen moeten zich ervan bewust zijn dat een goede slaaphygiëne enorm belangrijk is en dat uitlokkende factoren zoals hierboven beschreven (stressvolle situaties, alcohol, drugs, slaapdeprivatie...), moeten vermeden worden. Veiligheidsmaatregelen moeten worden getroffen (Andersen, Poyates & Alves, 2007). In één kamer slapen met minderjarigen of de hele nacht door feesten om vervolgens in bed te belanden bij een onbekende, zijn zaken die men het best kan vermijden.

12. BEHANDELING

Sekssomnia is gelukkig een behandelbare aandoening (Mangan, 2004). Toch werden nog maar weinig studies naar de behandeling van slaapseks uitgevoerd, daarom is er nog niet zoveel over de effectiviteit van de verschillende behandelingen geweten (Barclay, 2008).

12.1. FARMACOLOGISCHE BEHANDELING

Het meest courante geneesmiddel dat gebruikt wordt in de behandeling is paradoxaal genoeg – wegens de waarschuwing voor provocerende sedatieve middelen – *Clonazepam (Rivotril®)* behorende tot de groep van de benzodiazepines¹² (Howell & Schenck, 2010; Elmesallamy, Abass, Ahmed Refat & Atta, 2011). Dit zijn middelen die gebruikt worden tegen

¹² De opmerking moet hierbij gemaakt worden dat het gebruik van benzodiazepines niet zonder gevaren blijft. Naast de potentiële neveneffecten, zoals verwarring en duizeligheid, is er het risico op verslaving. Wanneer men abrupt ophoudt met het gebruik van deze benzodiazepines kunnen eveneens onthoudingssymptomen verschijnen (Barclay, 2008).

slapeloosheid en angst en als spierrelaxans bij spasticiteit en epilepsie (Elmesallamy, Abass, Ahmed Refat & Atta, 2011). De meeste stoornissen in de *arousal* reageren goed op dit sederend middel. Met deze medicatie zou dan ook het grootste deel van de sekssomnia-lijdens geholpen zijn (Andersen, Poyates & Alves, 2007). Het geeft spierrelaxatie en zou de kracht die nodig is voor het stellen van seksuele handelingen wegnemen (Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012). In de gepubliceerde cases wordt zelden over de behandeling gerapporteerd, laat staan over de effectiviteit ervan, een belangrijke tekortkoming. Van Clonazepam neemt men voor het slapengaan 0,5 tot 2 milligram. Ook lamotrigine¹³ (Lamictal®, Lambipol®), valproïnezuur¹⁴ (Depakine®) en sertraline (Convulex®) (dit is een serotonineheropnameremmer (Stoddard et al., 2011) en lijkt vanwege de gepubliceerde case over een SSRI dat sekssomnia opwekt (zie punt 8. *Uitlokkende factoren*) tegenstrijdig) werden in bepaalde gevallen omwille van hun positieve effecten beschreven (Andersen, Poyates & Alves, 2007).

Uiteraard moet, wanneer deze stoornis mede veroorzaakt werd door het gebruik van een bepaald medicament, de inname van dit provocerend (genees)middel vermeden worden (Howell & Schenck, 2010).

12.2. ANDERE

Psychotherapie, gedragstherapie en stressmanagement kunnen positief inwerken op de aandoening (Mangan, 2004). Vooral wanneer angst, depressie of andere psychiatrische aandoeningen aan de basis liggen van de slaapstoornis (Andersen, Poyates & Alves, 2007). Consiglio (2009) stelt eveneens hypnose voor als behandeling, maar hierover vonden wij verder niets terug in de literatuur. Verder onderzoek over deze behandelingen is aan te raden.

Wanneer een persoon ook andere stoornissen heeft die geassocieerd worden met sekssomnia, dienen deze stoornissen prioritair behandeld te worden (American Academy of Sleep Medicine, 2001). Dikwijls zijn zij de oorzaak van de slaapseks en wanneer deze behandeld worden, kan zelfs de slaapseks verdwijnen (Guilleminault, Kirisoglu, Da Rosa & Chan, 2006).

¹³ Lamotrigine is een anti-epilepticum en een antidepressivum (Nivoli et al., 2011).

¹⁴ Valproïnezuur is eveneens een anti-epilepticum (Martins et al., 2011).

Het consulteren van een psycholoog of psychiater kan bovendien nuttig zijn om het hoofd te leren bieden aan de *gevolgen* die gerelateerd zijn aan de stoornis, zowel op persoonlijk als op relationeel gebied (Schenk & Mahowald, 2010). Ook huwelijks- of familietherapie kan aangeboden worden (Barclay, 2008).

13. PREVALENTIE

Omdat er nog maar weinig epidemiologische studies naar sekssomnias werden uitgevoerd, evenals naar het ruimere geheel van de parasomnias, zijn er geen volledig correcte of sluitende prevalentiecijfers in de wetenschappelijke literatuur terug te vinden (Bjorvatn, Gronli & Pallesen, 2010). Wel wordt algemeen verondersteld dat het fenomeen meer voorkomt dan aanvankelijk werd gedacht, zowel bij patiënten met reeds gediagnosticeerde slaapproblemen, als onder niet-patiënten (Mangan, 2004). Op basis van het aantal sekssomnia-cases en het aantal andere non-REM-parasomnia-cases in de klinische setting wordt geschat dat slechts 1 à 2 percent van de non-REM-parasomnia's sekssomnia-stoornissen zijn (Thorpy & Plazzi, 2010).

Cijfers die hier en daar nog opduiken zijn meestal gebaseerd op een geselecteerde populatie (slaapkliniek, bezoekers van een site...) en hebben een twijfelachtige externe validiteit (Shapiro, Mangan & Trajanovic, 2007). Het is dan ook niet onlogisch dat er in een slaapkliniek een oververtegenwoordiging is van het fenomeen (Mangan & Reips, 2007).

Sekssomnia komt vaak voor in combinatie met andere slaapstoornissen, parasomnia's in het bijzonder. In deze studies blijkt de meerderheid van de personen een leeftijd te hebben tussen dertig en veertig jaar (Thorpy & Plazzi, 2010). Daarnaast wordt hier genoteerd dat veel meer mannen dan vrouwen aan deze stoornis lijden (Schenk & Mahowald, 2010; Bejot et al., 2010; Schenck, 2007; Thorpy & Plazzi, 2010). Ook zouden er meer heteroseksuelen dan homoseksuelen aan deze stoornis lijden. Mannen zijn tijdens sekssomnia-episodes gewelddadiger en agressiever dan vrouwen en vrouwen houden het bijna exclusief op seksuele vocalisatie en masturbatie (Schenck, 2007). Hierbij kunnen we ons de vraag stellen of het niet mogelijk is dat het fenomeen bij mannen sneller opgemerkt wordt dan bij vrouwen. Deze hypothese kan aangevuld worden met het gegeven dat mannen vaak meer kracht hebben en met veel meer energie bewegen, waardoor ze een groter risico vormen wanneer ze verward en gedesoriënteerd zijn (Guilleminault, Leger, Philip & Ohayon, 1998). Zo bestaan er dan ook meer gepubliceerde cases betreffende mannen dan vrouwen (Schenck, Arnulf & Mahowald,

2007). Dit kan liggen aan culturele en sociale factoren, maar ook aan gewone sekse verschillen (Schenck, 2007). Verder worden vooral gehuwden en samenwonenden hoog op de prevalentielijst aangemerkt. Ook dit hoeft niet te verbazen, aangezien deze koppels meer kans hebben dat iemand deze stoornis opmerkt dan iemand die (vaker) alleen slaapt.

Bij de internet survey van Trajanovic, Shapiro en Mangan (2007) en van Mangan en Reips (2007) blijkt dat er een groter aantal vrouwen aan sekssomnias lijdt in vergelijking met de totale populatie dan door voorgaande studies wordt gesuggereerd. In de eerste studie gaat het om 30,4 percent vrouwen, in de tweede studie maakt men een onderscheid tussen de e-mail-respondenten waarvan 41 percent vrouwelijk is en website-respondenten waarvan 26 percent een vrouw is. In de eerst vermelde studie vindt men ook een grotere spreiding terug qua leeftijd van personen die aan sekssomnias lijden, gaande van 15 tot 67 jaar.

Slechts een relatief klein aantal kwam door hun aandoening in aanraking met het gerecht (8,6 percent van de mannen en 3 percent van de vrouwen). In 6 percent van de gevallen waren minderjarigen betrokken. In vergelijking met voorgaande slaapseksprevalentiestudies wordt een veel geringer voorkomen van sekssomnias onder de bevolking verondersteld. In vergelijking met andere slaapstoornissen daarentegen, is er sprake van een veelvuldig voorkomen van deze aandoening (Shapiro, Mangan & Trajanovic, 2007; Mangan & Reips, 2007; Thorpy & Plazzi, 2010).

Zoals bij alle internet surveys treedt stevast een vertekening op in de steekproef in vergelijking met de totale populatie: er is dus een grote kans dat deze niet representatief is ten opzichte van de populatie die kampt met sekssomnias. Als bias-factoren noteren wij: toegang hebben tot het internet, beschikken over een computer (Klein & Houlihan, 2010), respondenten die over het algemeen jonger zijn en hoger opgeleid zijn en een betere levenssituatie hebben dan de gemiddelde mens. Binnen de populatie zijn er dan nog personen die zich geroepen voelen om de survey in te vullen terwijl anderen aarzelen en er geen behoefte aan hebben (Shapiro, Mangan & Trajanovic, 2007). Daarenboven wordt het onderzoek meestal ingevuld door respondenten die geïnformeerd zijn over het fenomeen en die op de hoogte zijn van het bestaan van een site over slaapseks. Verificatie van de gediagnosticeerde afwijking is niet mogelijk en het kan dus zijn dat men deze aandoening slechts veronderstelt te hebben (Klein & Houlihan, 2010). Een internet survey heeft echter vanwege diezelfde verzekerde anonimiteit van de respondenten steeds een meerwaarde

wanneer het gaat over gevoelige onderwerpen of wanneer het gaat om een moeilijk te bereiken populatie zoals de seksomnia-lijdens (Reips, 2008).

Seksomnia blijft gehuld in een mist en wordt niet altijd door artsen erkend als gedrag dat voor problemen kan zorgen. Veel artsen zijn niet getraind op het (h)erkennen van slaapaandoeningen. Er zijn zelfs gevallen bekend van dokters die geen geloof hechten aan de klachten van de patiënt. Personen die aan deze aandoening lijden, zullen niet altijd uit eigen motivatie aankloppen bij hun arts, zijn eerder terughoudend en kampen met een gevoel van schaamte door het taboe dat over dit thema hangt (Mangan, 2004). Soms vinden ze de aandoening niet eens storend (Thorpy & Plazzi, 2010). Daarnaast is het niet ongebruikelijk dat personen die lijden aan seksomnia eerst hun toevlucht zoeken op het internet alvorens professionele hulp in te schakelen (Klein & Houlihan, 2010). Opmerkelijk is de vaststelling dat als men hulp zoekt, de patiënt en zijn of haar bedpartner meestal al een hele tijd met dit probleem worstelen (Barclay, 2008).

Wil men meer te weten komen over de prevalentie van seksomnia, dan moeten tijdens de consultaties de juiste vragen gesteld worden en kan in de slaapkliniek gebruik gemaakt worden van een standaard vragenlijst waarin vragen betreffende slaap en seks werden geïncorporeerd (Rosenfeld & Elhajjar, 1998). Individuen met een parasomnia-verleden of andere slaapstoornissen zoals snurken, zouden hierop zeker gescreend moeten worden (Barclay, 2008; Schenck, 2007). Ook bij de gewone huisarts zijn vragen hieromtrent niet uit den boze. Wanneer zij hierover geïnformeerd zijn en het probleem begrijpen, wordt de communicatie tussen arts en patiënt gefaciliteerd (Mangan, 2004) en kunnen onbehaaglijke situaties vermeden worden. Daarnaast blijven in studies vele al dan niet problematische gevallen ongerapporteerd.

14. BELIEVERS EN NON-BELIEVERS: OP DE GRENS

TUSSEN SLAAPSTOORNIS EN HANDIG EXCUUS

Tot zover een eerste medische benadering en theorie over het fenomeen seksomnia, bekeken vanuit de hoek van de slaapfysiologen en pneumologen die zich vooral bezighouden met het slaaponderzoek. Vanuit deze invalshoek krijgen we een beeld van de fysiologie van de slaap, waarbij het EEG ons leert welke karakteristieke golven aanwezig zijn wanneer ons brein actief of niet actief is en het elektro-oculogram (EOG) met registratie van de oogbewegingen ons een beeld geeft van de REM-slaap of de non-REM-slaap. Bij deze fysiologische

Er bestaat ook een tweede aanvullende medische benadering voor het fenomeen seksomnia, ditmaal bekeken vanuit de hoek van de neuroanatomie (evolutie van het menselijk brein), de psychologie en de neuropsychiatrie. Om deze benadering te begrijpen is kennis over de structuur en de werking van de hersenen nodig (Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012). Verder volgt een beknopte poging hiertoe (zie afbeelding).

Grijze hersenen = cortex = menseren
Hersencellen <-> witte stof= verbinden

Prefrontale cortex
-Plannen
-Organiseren
-Aandacht

Motorische cortex

Thalamus

Hypothalamus

Basale ganglia

Limbisch systeem
Reuksysteem
Zoogdierenbrein

Frontale cortex
(gedrag)

Hersenstam=
Reptielenbrein

Oerhersen

Hersenstam

Cerebellum
(kleine
hersen)
~coördinate
bewegingen

Alles start bij de oerhersenen, het reptielenbrein, waar twee kernen namelijk de thalamus en de hypothalamus zorgen voor het “*arousal* peil” (de alertheid, de waakzaamheid), voor het

slaap- waakmechanisme en voor het “*fight or flight*” mechanisme (vechten of vluchten voor de aanvaller). Het oude limbische systeem – waar gevoel, genot en emoties zich situeren – heeft in dit oude brein alleen te maken met instincten (zoals voortplanting) zonder emoties.

In de evolutie naar het menselijk brein ontstaan er enorm veel verbindingen naar alle verschillende centra van de hersenen. De mens leert veel en slaat alle informatie op in de hersenen. De mens ervaart meer en meer bewuste emoties en gevoelens (o.a. verliefdheid, droefheid...) en hiervoor worden heel veel verbindingen gevormd tussen het limbische systeem en de neo-cortex. Zo vormen het feit dat wij ons de toekomst kunnen voorstellen, hypothesen kunnen bedenken, taal kunnen gebruiken en kunnen communiceren over onbestaande of abstracte dingen een belangrijk wezenlijk verschil tussen mens en dier.

De thalamus en de hypothalamus blijven de belangrijkste centrale kernen van waaruit onze activiteit geregeld wordt. Beide kernen vertonen een constante activiteit (*arousal* peil) en vuren prikkels af naar de motorische cortex (om te kunnen vluchten bij gevaar) en naar de prefrontale cortex waar wij kunnen plannen en organiseren en waar onze aandacht en concentratie zit. De prikkels van thalamus en hypothalamus kunnen afgeremd of geïnhibeed worden door de andere basale ganglia (basale kernen) die omheen de thalamus en hypothalamus liggen en hierbij spelen de neurotransmitters *noradrenaline* (NORA) en *serotonine* een belangrijke rol. Dit menselijk brein kan dus gericht handelen, onze daden inschatten en ze controleren. Verder zit alles wat ons emotioneel leven en onze seksualiteit betreft verweven met verschillende centra: het limbische systeem, de thalamus, de hypothalamus en de prefrontale hersenen (Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012; Netter, 1958).

Wanneer we nu het verschijnsel seksomnina bekijken in functie van de werking van de verschillende hersencentra, dan blijkt hieruit dat het onmogelijk is om iemand hardhandig te verkrachten tijdens een bewustzijnsdaling, tijdens de diepe slaap wanneer er maar weinig hersenactiviteit te zien is op het EEG. Alle hogere centra in de hersenen hebben dan een gedaalde activiteit en het plannen en coördineren van activiteiten en spieren (prefrontaal en cerebellair¹⁵) is in de diepe slaap onmogelijk. Tijdens de diepe slaap is het volstrekt onmogelijk om gecoördineerde handelingen te stellen en voor een verkrachting is dit een noodzakelijke voorwaarde. Een echte verkrachting vereist een opeenvolging van

¹⁵ Met betrekking tot het cerebellum (de kleine hersenen).

gecoördineerde en beredeneerde handelingen die onmogelijk tijdens een bewustzijnsdaling kunnen gesteld worden. Coördinatie van handelingen vereist een hogere hersenactiviteit. Tijdens die fase ben je nooit in de diepe slaap, is er nog een wilsfactor aanwezig en ben je nog partieel of volledig verantwoordelijk voor je daden. Volgens deze zienswijze is het dus onmogelijk om iemand te verkrachten tijdens een fase van diepe slaap omdat er dan geen coördinatie mogelijk is. Het argument van een beklaagde die beweert dat alles zonder zijn wil in een fase van diepe slaap is gebeurd wordt hiermee volledig tegengesproken.

Wij gebruiken hier voor het woord ‘verkrachting’ de definitie die artikel 375 van het strafwetboek ons voorschrijft: “elke daad van seksuele penetratie van welke aard en met welk middel ook, gepleegd op een persoon die daar niet in toestemt”. Er wordt dwang gebruikt, kleren worden uitgetrokken. In een zeldzaam geval waarin er zo goed als geen gecoördineerde handelingen gesteld worden, het slachtoffer zich aanwrijft tegen de dader, geen weerstand biedt, enzovoort kan een aanranding wellicht sporadisch toch ‘accidenteel’ plaatsvinden. De gebeurtenis moet sowieso zeer grondig worden onderzocht. We kunnen ons dit mechanisme van de hersenen voorstellen als een continuüm met aan de ene zijde een volledige bewustzijnsdaling en aan de andere kant complexe, gecoördineerde handelingen. Beide komen niet samen voor.

Samengevat: zoals blijkt uit beide medische benaderingen blijkt verkrachting of aanranding van de eerbaarheid door een sekssomnia-lijder een zeer zeldzaam fenomeen te zijn en zijn er tot hier toe geen wetenschappelijke bewijzen voor te vinden. Slechts in zeer zeldzame gevallen, waarin alle factoren meezitten (slaapdeprivatie, gebruik van drugs en alcohol, diabetespatiënt met gedaald bewustzijn en hypoglycemie¹⁶...) bestaat de mogelijkheid van twijfel. Echter, ook onder invloed van drugs of alcohol blijft een persoon verantwoordelijk voor criminele daden, met berechting tot gevolg. In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op sekssomnia in een forensische context (Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012).

15. BESLUIT

Sekssomnia of slaapseks is een recent erkend, maar zeldzaam fenomeen in de wereld van de slaapgeneeskunde. Volgens slaapfysiologen en pneumologen betreft het een stoornis in de

¹⁶ Grote daling van de bloedsuikerspiegel.

arousal en wordt het geklasseerd onder de non-REM-parasomnia's. Bij een sekssomnia-lijder kan tijdens de slaap een kortstondige episode optreden waarin een persoon nagenoeg alle vormen van menselijk seksueel gedrag kan stellen, van een kreunend geluid produceren over masturbatie tot geslachtsgemeenschap.

Volgens deze theorie wordt het gedrag dat men op dat moment uitvoert, gesteld zonder besef van bewustzijn. Er is volgens hen dus geen sprake van beoordelingsvrijheid of verantwoordelijkheid. Na de episode kan men zich vaak niets meer herinneren van het voorval. Het feit dat er vaak sprake is van een erectie tijdens het gebeuren zorgt voor kritiek van sceptici.

Deze stoornis wordt slechts zelden ontdekt, omdat dit de aanwezigheid van een (slaap)partner vereist. Comorbiditeit met andere slaapstoornissen is beschreven, zodat een geschiedenis van slaapwandelen in vele gevallen de voorbode vormt voor sekssomnia.

De precieze oorzaken zijn nog niet gekend en verder onderzoek blijft noodzakelijk zodat de behandeling echt kan ingrijpen op de oorzaak. Bevorderende factoren zijn: slaapdeprivatie, vermoeidheid, gefragmenteerde slaap, stress, fysiek contact met een persoon in bed, alcohol, drugs en medicatie.

Het stellen van de diagnose is geen sinecure en blijft gebaseerd op een grondig lichamelijk, neurologisch en psychiatrisch onderzoek. Verder moet men beschikken over een grondige medische en familiale anamnese, maar ook andere individuele aspecten, zoals kenmerkende karaktereigenschappen worden mee in rekening gebracht. Personen uit de intieme sfeer van de betrokken persoon worden ondervraagd. Al deze informatie in combinatie met een polysomnografisch en elektro-encefalografisch onderzoek en video-opnames – in sommige gevallen aangevuld met provocatieve onderzoeken – kunnen tot een diagnosestelling leiden. Wij pleiten ervoor de twee medische theorieën samen te leggen bij het stellen van een diagnose.

De aandoening 'sekssomnia' kan fysieke verwondingen veroorzaken en zowel voor de persoon die aan sekssomnia lijdt als voor de partner of het slachtoffer kunnen gevolgen op psychosociaal vlak zich laten gelden. Het gaat dan om persoonlijk en relationeel leed dat gepaard gaat met heel wat negatieve gevoelens van schaamte over irritatie tot wantrouwen. Ook kan men omwille van deze stoornis in aanraking komen met het gerecht (hierop wordt in hoofdstuk 2 verder ingegaan).

Sekssomnia kan behandeld worden, maar de behandeling berust op empirische basis, omdat de etiologie nog onbekend blijft. Het meest voorgeschreven geneesmiddel is *Clonazepam*. Ook andere behandelingen, zoals psychotherapie en stressmanagement worden soms voorgeschreven. In de toekomst is verder onderzoek naar etiologie en prevalentie een prioriteit, want valide onderzoeksresultaten zijn niet voorhanden. Algemeen veronderstelt men wel een oververtegenwoordiging van mannen.

Dergelijk wetenschappelijk onderzoek ontbreekt vooral door de schaamte bij de sekssomnia-liders. Ook vanuit de artsen zelf kunnen schaamte en onwetendheid remmingen zijn naar verder onderzoek. Het taboe rond dit verschijnsel neerhalen, zou een eerste stap kunnen zijn om informatie te verzamelen over het verschijnsel, zodat mensen over hun probleem kunnen praten.

Een tweede benadering van sekssomnia, gebaseerd op de neuroanatomie, vult de slaapwetenschappelijke aan, onderkent het fenomeen en stelt ook dat men tijdens een volledige bewustzijnsdaling geen complexe handelingen kan stellen. Toch laten beide theorieën door gebrek aan diepgaand onderzoek de mogelijkheid tot uitzonderingen – in uitzonderlijke situaties – open.

De medische wetenschap heeft het nog altijd moeilijk om een sluitende verklaring voor het fenomeen te geven en naar gelang de invalshoek van de wetenschapper kan men tot afwijkende antwoorden komen. Derhalve kan de expert-getuige moeilijk een duidelijk antwoord aan de rechtbank formuleren (dit bespreken we in het volgende hoofdstuk). Verder wetenschappelijk onderzoek is hoogst noodzakelijk en moderne technieken van neuroimaging (PET-scan, functionele NMR-scan...) helpen meer en meer het mechanisme in de hersenen te ontrafelen (Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012).

HOOFDSTUK 2: SEKSSOMNIA EN RECHT

1. INLEIDING

De vraag of het mogelijk is seksuele handelingen te stellen tijdens de slaap zonder dat men zich hiervan bewust is, werd positief – maar met grote terughoudendheid – beantwoord in het eerste hoofdstuk van deze masterproef. Zoals in voorgaand hoofdstuk reeds werd aangehaald, kan er tijdens de slaap- en waakstaat een dissociatie van de motorische activiteiten en het bewustzijn van een persoon plaatsvinden. Een individu kan schijnbaar wakker zijn, maar zich tegelijkertijd in het onvermogen bevinden om de omgeving op een correcte manier te percipiëren en te bevatten, waardoor hij niet verantwoordelijk is voor zijn daden. In het geval van sekssomnia kunnen deze slaapgerelateerde seksuele gedragingen uitmonden in gevaarlijk automatisch gedrag met forensische implicaties tot gevolg. Steeds bestaat het gevaar voor misinterpretatie van gedragingen die voortvloeien uit sekssomnia-episodes als zijnde doelbewuste handelingen. Dit kan leiden tot onterechte beschuldigingen en veroordelingen wegens aanranding van de eerbaarheid of in zeldzame gevallen wegens verkrachting (Mahowald, Bundlie, Hurwitz & Schenck, 1990).

Maar sekssomnia kan ook als handig excuus dienen in de verdediging van een aanrander of verkrachter die zich van zijn schuld wil ontdoen en zijn bewust gestelde handelingen wenst te legitimeren. Aanranding van de eerbaarheid en verkrachting zijn zware misdrijven waarop lange gevangenisstraffen kunnen staan.¹⁷ Een verdachte heeft er dus steeds baat bij zichzelf als onschuldige af te schilderen zodat hij zijn straf kan ontlopen. Deze persoon kan bijvoorbeeld trachten de symptomen die deze stoornis toebehoren te imiteren. Daarom is het van groot belang dat men tijdens de berechting zeker is van de schuld of de onschuld van de beklaagde. In de bewijsvoering van een persoon die aan deze aandoening zegt te leiden, kan men nooit met absolute zekerheid stellen dat – zelfs als deze stoornis bij een persoon werd geïdentificeerd – er een causaal verband bestaat tussen de stoornis en de gestelde daad op dat gegeven moment. Met andere woorden, men kan nooit volstrekt zeker zijn van de onschuld van de beklaagde (Mahowald, Bundlie, Hurwitz & Schenck, 1990). Een diagnosestelling betekent niet hetzelfde als het bewijs van onschuld op het moment van de feiten.

¹⁷ Zie art. 372-378bis Sw.

Sekssomnia, voorheen een rariteit, zal waarschijnlijk altijd een controversieel gegeven blijven, maar wordt steeds meer en meer geaccepteerd als een geldige verdediging in de rechtspraak. Dit gegeven, samen met de groei van kennis op het vlak van de slaapgeneeskunde als een specialisme, zal vermoedelijk meer aandacht vestigen op de forensische aspecten (Ebrahim & Fenwick, 2008).

De redenen waardoor zaken met betrekking tot sekssomnia meer en meer voor de rechtbank worden gebracht, zijn velerlei. Een van de mogelijke redenen is het feit dat er een enorme verschuiving is gekomen in het sociaal gedrag van mensen, waardoor men gemakkelijker ongewenst seksueel gedrag kan initiëren bij onbekenden. In de huidige maatschappij is het voor jonge singles geen uitzondering meer om na een feestje bij een vriend te blijven slapen. Men kijkt nu zelfs niet meer vreemd op wanneer twee personen van een verschillend geslacht – vaak onbekenden voor elkaar – in dezelfde kamer of zelfs in eenzelfde bed slapen. Dit vormt uiteraard een voedingsbodem voor meer kwesties waarin slaap en seks samenkomen voor een rechtbank (Fenwick, 1996).

In dit hoofdstuk bespreken we hoe personen in aanraking kunnen komen met het gerecht vanwege sekssomnia. Verder gaan we uitgebreid in op de bovenvermelde onzekerheid in de rechtspraak en verduidelijken we de redenen van waarom sekssomnia als verdedigingsgrond ingeroepen kan worden. Daarnaast zetten we uiteen hoe die verdediging precies gevoerd wordt en hoe men tracht bewijs te leveren voor het bestaan van deze stoornis enerzijds en van de onschuld van de beklaagde anderzijds. Hierbij gaan we in op het verschil tussen de klinische en de forensische diagnosestelling. Tevens staan we stil bij de paradox van de uitlokkende factoren die zowel in het voor- als in het nadeel van de verdachte kunnen spelen. Vervolgens komen de gevaren en de problemen die mogelijks gepaard gaan met het aanvaarden van sekssomnia als verdedigingsgrond in de rechtspraak aan de beurt. Als laatste gaan we in op een toekomstvisie die het hoofd tracht te bieden aan enkele problemen.

Alvorens dit hoofdstuk aan te vatten, is het belangrijk te vermelden dat het bijna altijd mannen zijn die omwille van sekssomnia met het gerecht in aanraking komen, ook al komt het fenomeen ook voor bij vrouwen. Mannen zijn vaak agressiever en gewelddadiger waardoor ze meer kans hebben om van dergelijke zaken beschuldigd te worden. Tot op heden werden nog geen gevallen gerapporteerd van personen die lijden aan sekssomnia en eveneens afwijkend seksueel gedrag stellen wanneer ze wakker zijn of een verleden hebben van seksuele geweldpleging. Deze zaken staan los van elkaar (Hurwitz & Schenck, 2010).

2. POTENTIËLE BESCHULDIGINGEN

In twee gevallen kan een persoon vanwege seksomnia in aanraking komen met het gerecht. In het eerste geval gaat het om de dader en in het tweede geval om het slachtoffer. Opgelet: in deze omschrijving worden de begrippen *dader* en *slachtoffer* ook in een niet-strafrechtelijke context gebruikt.

Soms wordt seksomnia onterecht geassocieerd met wakkere personen die andere slapende personen doelbewust op een seksuele manier benaderen, hen aanranden of verkrachten (Fenwick, 1996). Dergelijke gedragingen hebben niets te maken met het in deze masterproef besproken seksuele gedrag tijdens de slaap en worden dan ook buiten beschouwing gelaten.

2.1. DADER

Hier gaat het om aanranding of verkrachting door een seksomnia-lijder. Een persoon die aan seksomnia lijdt kan tijdens de slaap onbewust seksuele handelingen stellen bij een andere persoon die op dat moment aanwezig is. Wat er dan omgaat in het brein van de dader weten we niet. Wanneer de dader de geslachtsdelen van een ander persoon aanraakt, is het niet mogelijk zeker te weten of deze persoon een seksuele daad aan het stellen is of dat het slechts om een automatisme gaat, zonder enige expliciete seksuele bedoeling. Wanneer een seksuele daad gepaard gaat met seksuele activatie van het lichaam, zoals een erectie, denkt men eerder en sneller aan een bewuste seksuele handeling (Fenwick, 1996). Maar ook met erectieproblemen dient men ons inzien rekening te houden. Wanneer de persoon die deze handelingen ondergaat de partner van de dader betreft, is er minder kans dat deze feiten voor de rechtbank worden gebracht. Desalniettemin kunnen dezelfde feiten door een onbekende en/of minderjarige ondergaan worden en in dat geval is het indienen van een klacht meer voor de hand liggend. Ondanks het feit dat deze personen zich niet bewust zijn van hun daden, zich in de onmogelijkheid bevinden om hun daden te controleren en er in vele gevallen ook niet verantwoordelijk voor zijn (dit is tenzij ze onder andere bewust alcohol nuttigen terwijl ze weten dat ze daardoor anderen in gevaar kunnen brengen), kan het toch zijn dat zij het onderwerp worden van een strafrechtelijke sanctie (Klein & Houlihan, 2010). In dit geval is het van belang te bewijzen dat een seksomnia-episode aan de orde was op het moment dat de criminele daad werd gesteld (Mahowald & Schenck, 2000).

2 percent van de seksuele geweldplegingen die voor het gerecht komen, betreft personen die zich in slaaptoestand bevonden gedurende de ‘criminele’ handelingen (Shapiro, Trajanovic &

Fedoroff, 2003). Volgens de internet survey van Shapiro, Mangan en Trajanovic (2007) komen ongeveer 8 percent van de mensen die aan sekssomnias lijden in aanraking met het gerecht. In een literatuuroverzicht besproken door Schenk, Arnulf en Mahowald (2007) hebben zelfs 35,5 percent van de personen die aan sekssomnias lijden juridische gevolgen gekend voor hun onbewust gesteld gedrag. Dit percentage lijkt ons eerder een overschatting van de realiteit en is wellicht teveel gebaseerd op de gepubliceerde cases, daarenboven weten we dat het aantal personen dat aan sekssomnias lijdt niet gekend is en dat er ook veel lijdende aan slaapstoornissen niet aankloppen bij een slaapkliniek. Daarnaast is het niet zeker dat deze personen de waarheid spreken. Volgens Ringoet K. (face-to-face interview 24 maart 2012) wordt in 99 percent van de gevallen sekssomnias als verdedigingsgrond misbruikt.

2.2. SLACHTOFFER

In vele gevallen kan het slachtoffer ingaan op de avances van een persoon die aan sekssomnias lijdt en die seksueel geïnteresseerd lijkt in het slachtoffer. Bij het slachtoffer leeft vaak de gedachte dat hij of zij met een wakkere persoon te maken heeft. Dikwijls kan de slapende – in dit geval meestal vrouwelijke – dader immers respons geven wanneer deze iets gevraagd wordt en zijn de ogen open, weliswaar met een glazige blik. Het ingaan op de toenaderingen van een sekssomnias-lijder vormt normaal gezien geen probleem, maar dit verandert soms wanneer de dader wakker wordt terwijl deze in seksuele interactie is met het slachtoffer. Omwille van het feit dat er bij de dader vaak amnesie optreedt na de gebeurtenis, lijkt het voor hem of haar alsof het eigenlijke slachtoffer geprofiteerd heeft van het feit dat hij of zij sliep en dat deze met opzet seksuele handelingen wilde stellen zonder de toestemming van de dader. De dader kan dan diegene die inging op zijn of haar avances beschuldigen van aanranding of verkrachting. De rollen worden omgedraaid.

In dit geval moet men eerst bewijzen dat de eigenlijke dader geen seksuele gemeenschap zou gewild hebben wanneer deze wakker was. Wanneer dat duidelijk is, moet men vervolgens bewijzen dat de persoon die de beschuldiging opwerpt – in dit geval de dader – wel degelijk sliep. Als dat de situatie was, moet men dus bewijzen dat het ‘slachtoffer’ – dus eigenlijk de dader – zelf aanzet gaf tot seksuele interactie en moeten alle acties en gedragingen van zowel dader als slachtoffer gedetailleerd omschreven worden. Het meeste zal afhangen van het feit of de gedragingen van het slachtoffer konden uitgevoerd worden tijdens de slaap. Men moet hard maken dat de verdachte deze persoon niet expres tijdens de slaap seksueel benaderde om de anders vereiste toestemming te vermijden. Steeds moet men bewijzen dat de persoon die

overging of over wou gaan tot seksuele gemeenschap met de persoon die de klacht neergelegd heeft uit het gedrag van het ‘slachtoffer’ kon afleiden dat deze hiermee instemde.

Als dat zo is, wordt ‘veronderstelde toestemming’ als verdedigingsgrond gepleit en is er geen sprake meer van een misdrijf. Onder deze omstandigheden vormt de seksuele daad geen aanranding of verkrachting (Fenwick, 1996), voorwaar een complex geheel.

In deze thesis gaan we hierop niet dieper in. Vanaf nu bespreken we enkel de persoon die zelf aan sekssomnia lijdt en in aanraking komt met het gerecht.

3. SEKSSOMNIA ALS VERDEDIGINGSGROND

De laatste jaren wordt sekssomnia meer en meer aangehaald in rechtszaken betreffende aanranding van de eerbaarheid en verkrachting. Recente en snelle ontwikkelingen op het vlak van de geneeskunde en de slaapstudies kunnen dit deels verklaren. Dit alles heeft ervoor gezorgd dat er een groter begrip bestaat over de variëteit van slaapgerelateerde gedragingen. Kennis en onderzoek – onder andere middels controletechnieken – hebben het slaapgedrag gedocumenteerd wat uiteindelijk classificatie toeliet (Mahowald, Bundlie, Hurwitz & Schenck, 1990).

3.1. REDENEN

In wat volgt gaan we er steeds vanuit dat de feiten gepleegd werden op het moment dat de verdachte een episode van sekssomnia onderging.

Waarom is het mogelijk dat men op basis van sekssomnia vrijgesproken wordt van een misdrijf?

Het belangrijkste argument slaat op de veronderstelde afwezigheid van het bewustzijn en dus het ontbreken van één van de constitutionele bestanddelen van het misdrijf en ook op de behandelbaarheid van het fenomeen waardoor het risico op een herhaling van de gebeurtenis kan weggewerkt worden.

3.1.1. ONBEWUSTZIJN

In het werk van Mahowald en Schenk (2000) wordt een uitspraak van Fitzgerald aangehaald: “Gedragingen die gepleegd werden door een slapend persoon kunnen nooit crimineel zijn,

daar er geen bewustzijn in het spel is”. Toch moet hierin een lichte nuancering aangebracht worden.

Een misdrijf kan men grofweg in twee elementen opdelen die beiden aanwezig moeten zijn om van een misdrijf te kunnen spreken. Eerst is er het materiële element. Dit betreft de uitwendig waarneembare manifestatie van de strafbare gedraging. Het moet gaan om een gedraging die overeenkomt met een delict omschreven in het strafwetboek (Van den Wyngaert, 2009). In de gevallen besproken in deze thesis gaat het om aanranding van de eerbaarheid en verkrachting zoals omschreven in artikel 372 en volgende van het strafwetboek (Art. 372 Sw. ev.). In de rechtszaken waar seksomnia ter verdediging wordt aangewend, is het materiële element steeds aanwezig.

Het tweede noodzakelijke constitutionele bestanddeel van het misdrijf omvat het morele element. Dit handelt over het schuldbegrip. Wanneer men de enge definitie van het begrip *schuld* toepast op eender welke seksomnia-episode, zal men tot de conclusie komen dat de schuld ontbreekt en dat er bijgevolg geen sprake is van een misdrijf. Er is immers een vorm van dwang in het spel, een fysieke dwang waar een persoon niet aan kon weerstaan en waardoor de dader tot het plegen van de feiten werd gebracht (Van den Wyngaert, 2009). De feiten werden niet met opzet gepleegd.

Meer en meer wordt in de rechtspraak echter de bredere definitie van het schuldbegrip toegepast. In deze bredere betekenis gaat het meer om de ‘verwijtbaarheid’ van de verdachte. Kan de gedraging de dader worden verweten? De dader wordt vrijgesproken wanneer er aanwijzingen zijn dat zijn schuld in die gegeven situatie uit te sluiten valt, met andere woorden als schulduitsluitingsgronden (dwang) het gedrag van deze persoon rechtvaardigen. Maar deze dwang mag niet aan de dader te wijten zijn, de verdachte mag zich niet in de mogelijkheid bevonden hebben om de dwang te voorzien of te voorkomen. Wanneer er sprake is van een voorafgaandelijke fout, zal de dader niet in de mogelijkheid verkeren een schulduitsluitingsgrond in te roepen (Van den Wyngaert, 2009). In het geval van seksomnia is er bijvoorbeeld discussie mogelijk wanneer de dader net voor het tijdstip van de bediscussieerde feiten zijn of haar toevlucht heeft gezocht tot verdovende middelen of zich bewust van slaap gedepriveerd heeft, terwijl hij of zij op de hoogte was van de mogelijke consequenties van zijn of haar gedrag. In deze gegeven situatie kan de dader ten slotte enigszins verweten worden dat deze niet de nodige voorzorgsmaatregelen heeft getroffen om een seksomnia-episode te vermijden en zo anderen in gevaar heeft gebracht (Mangan, 2005).

Ook Schenck en Mahowald (1992) vinden dat een persoon die op de hoogte is van het hebben van deze stoornis en moedwillig bepaald gedrag stelt waarvan hij of zij weet dat het de stoornis extra kan opwekken, de volledige juridische verantwoordelijkheid moet dragen van de gevolgen van het gestelde gedrag.

Of de dader nu bewust of onbewust de feiten heeft gesteld, is een heikel punt. De complexe, gecoördineerde handelingen die nodig zijn voor een heuse verkrachting met het uittrekken van de kleren van het slachtoffer en het uitoefenen van dwang vereisen immers een zekere bewustzijnsgraad. Bij een echte verkrachting met dwang is het neurofysiologisch niet mogelijk dat de dader niet bij bewustzijn is of komt. Enkel in het geval dat het slachtoffer niet tegenwerkt¹⁸ en alle andere factoren eveneens meezitten (bijvoorbeeld het slachtoffer dat zich in de slaap naakt tegen de dader aanwrijft), waardoor de dader weinig coördinatie nodig heeft en bijna enkel instinctief gedrag moet stellen, zijn dergelijke feiten mogelijk (Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012).

3.1.2. BEHANDELBAAR

Door de vooruitgang in de slaapgeneeskunde kan men nu meer dan vroeger accurate diagnoses stellen en weet men sekssomnias te behandelen (Schenck & Mahowald, 1998). In het overgrote merendeel van de gevallen is er geen gehospitaliseerde verfijning voor de diagnose vereist (Schenck & Mahowald, 1992). Eenmaal deze stoornis behandeld is, bestaat er verder geen gevaar voor zich herhalende gebeurtenissen en is er bijgevolg geen blijvend gevaar voor de maatschappij. Voorzorgsmaatregelen moeten genomen worden om de uitlokkende factoren te vermijden. Om deze reden is het niet nodig om deze personen van bij het eerste incident op te sluiten.

Schenck en Mahowald (1998; 1992) stellen in dit verband voor dat personen die aan sekssomnias lijden in een diagnostisch slaaplaboratorium klinisch worden geëvalueerd en op basis van de resultaten een behandeling moeten voorgeschreven en toegediend krijgen terwijl ze 's nachts onder toezicht staan. Pas hierna kunnen ze beschouwd worden als niet meer

¹⁸ Dit is zeer zeldzaam. Het kan voorkomen dat kleine kinderen niet meteen tegenwerken omdat ze leven met de gedachte 'alles wat onze papa doet, is goed' of omdat ze niet goed beseffen wat er gebeurt. Ook kan het slachtoffer slapen, maar in de meeste gevallen wordt het slachtoffer op tijd wakker en kan het ook meteen de dader wakker maken. Wanneer het slachtoffer niet ontwaakt tijdens de feiten is deze met een grote waarschijnlijkheid onder invloed van verdovende middelen (Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012).

gevaarlijk voor de maatschappij en kunnen ze in aanmerking komen voor een vrijspraak. Per patiënt dienen de risicofactoren geïdentificeerd te worden, zodat hieraan voorwaarden kunnen verbonden worden met het oog op de toekomst. Vanaf dit moment is het individu wettelijk verantwoordelijk voor al zijn of haar daden in de toekomst die het gevolg zijn van gedragingen die hij of zij moedwillig stelt en waarvan hij of zij weet dat deze een seksomnia-episode kunnen uitlokken (Schenck & Mahowald, 1992; 2000). Bij een volgend incident vormt een opsluiting dan geen onterechte maatregel meer.

3.2. ARGUMENTEN VAN DE VERDEDIGING

In de Angelsaksische landen wordt in rechtszaken waar de dader een persoon is die aan seksomnia lijdt, geoordeeld dat het om een automatisme gaat. Voor Mahowald en Schenck (2000) lijkt dit ook een logische redenering: het betreft daden die in een ‘automatische’ staat uitgevoerd werden tijdens de slaap.

3.2.1. AUTOMATISME

Automatisme valt moeilijk te definiëren. In de literatuur zijn verschillende uiteenlopende definities van automatisme terug te vinden. Een bijkomende moeilijkheid vormt de discrepantie tussen het medische en juridische concept ‘automatisme’ (Mahowald & Schenck, 2000). In deze thesis volgen we de definitie van Fenwick (1996) die een automatisme beschouwt als een gedraging die niet vrijwillig gesteld werd door een individu en waar hij of zij geen controle over heeft. Het gedrag is meestal ongepast naargelang de omstandigheden en zou de persoon in normale omstandigheden niet stellen. Het kan om een gecoördineerde handeling gaan, die complex en ogenschijnlijk doelgericht en doelbewust wordt uitgevoerd, maar die zonder oordeelsvermogen gesteld wordt. Na de feiten heeft de persoon geen of slechts gedeeltelijke en verwarde herinneringen over de feiten. In organische automatismen moet er een soort verstoring van de hersenfunctie zijn om een ontstaansmogelijkheid te geven aan de bovenvermelde eigenschappen. Tot zover de medische definitie van een automatisme.

Bij de juridische definitie van het begrip automatisme staat de *mens rea*, het opzet, de schuld centraal. Dit behelst de fundamentele basis van de Angelsaksische wetten. De daad maakt een mens slechts schuldig wanneer ook het verstand schuldig is. Men moet om crimineel te zijn, gehandeld hebben met de bedoeling een misdrijf te plegen. Als iemand in afwezigheid van zijn of haar verstand of wanneer het verstand ziek is, criminele feiten pleegt die wijzen op een automatisme, dan is een wettelijke verdediging op basis hiervan mogelijk. Het gaat immers

om een gedraging waarvan men niet weet dat men ze aan het uitvoeren is, een actie zonder bewustzijnsbesef. Er is geen sprake van kwaad opzet (Fenwick, 1996; Mahowald & Schenck, 2000). In het geval van seksomnia is er inderdaad sprake van een persoon die handelt als automatische piloot, zonder besef van wat hij aan het doen is. Er is namelijk op het moment van de gedragingen een dissociatie van het bewust verstand en het gestelde gedrag. Daarom wordt vanuit wettelijk standpunt slaapwandelen en aanverwante stoornissen geclassificeerd als automatismen (Ebrahim & Fenwick, 2008). Toch moet opnieuw verwezen worden naar het feit dat het hebben van een totale bewustzijnsdaling een kwestie betreft dat aan heel wat discussie onderhevig is (Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012). Op de discrepantie tussen de klinische en de forensische context wordt verder ingegaan onder punt 3.3.2..

Een onderscheid wordt gemaakt tussen *sane* of *non-insane* en *insane* automatisme. Dit onderscheid in twee juridische categorieën kent weinig medische logica. Op basis van *insane* automatisme zou tien percent van de bevolking *insane* zijn op basis van slaapwandelen alleen al (Mahowald & Schenck, 2000). Ook houdt men bij het categoriseren geen rekening met het risico op en de frequentie van het voorkomen van seksomnia-episodes (Schenck & Mahowald, 1992). Daarnaast is er vaak discussie over wat nu precies onder welke categorie valt (Fenwick, 1996). De verdeling is in vele gevallen ongepast en leidt tot compleet verschillende gevolgen (zie verder) voor de veroordeelde (Schenck & Mahowald, 1998). Bijkomend is de benadering van automatismen verschillend van staat tot staat, wat nog meer zorgt voor divergentie tussen de verschillende uitspraken (Mahowald & Schenck, 2000).

Daden die tijdens de slaap in een automatische staat uitgevoerd werden, worden traditioneel gezien gecategoriseerd als een *sane* automatisme. Een succesvol betoog van onschuld leidt meestal tot vrijspraak, maar dit is niet altijd het geval (Fenwick, 1996; Buchanan, 1991). Wanneer men de gedraging categoriseert als *sane* of *non-insane* automatisme, volgt een vrijspraak zonder enige verplichte medische consultatie of follow-up. Maar ook zonder het inbouwen van enig afschrikkingseffect voor die personen die de episode zelf hebben uitgelokt door hoog risicovol gedrag te stellen (Schenck & Mahowald, 1998). Wanneer de gedraging ondergebracht wordt in de categorie *insane* automatisme, wordt de dader verplicht zich te laten opnemen in een staats- of provinciale psychiatrische inrichting voor een onbepaalde periode (Schenck & Mahowald, 1998).

Vanaf 1992 trad de *Insanity and Unfitness to Plead Act* (1991) in werking. Deze wet betrof een amendement op bepaalde delen van *the Criminal Procedure (Insanity) Act* van 1964. Vanaf dan mag de rechter onder bepaalde omstandigheden¹⁹ wanneer hij een persoon niet schuldig bevindt vanwege een *insane* automatisme²⁰, in plaats van een verplichte doorverwijzing naar het ziekenhuis ook opteren voor andere maatregelen. De rechter mag binnen de mogelijke beschikkingen oordelen over de zaak hoe hij dat zelf wil. De potentiële beschikkingen zijn: een bevel tot (ziekenhuis)opname, een bevel tot onder voogdijstelling, een bevel tot supervisie en behandeling of een volledige vrijspraak ondanks het feit dat men erkent dat de verdachte de feiten heeft gepleegd (Fenwick, 1996; Kellam, 1992).

Wanneer de rechter de verweerder niet schuldig acht vanwege een *sane* automatisme kan er enkel sprake zijn van een absolute vrijlating. Daarentegen is het mogelijk dat de verweerder, wanneer de uitspraak ‘*insane* automatisme’ is, levenslange institutionalisering te wachten staat. Daarom is het belangrijkste punt hierbij of personen die aan de slaapstoornis ‘seksomnias’ lijden wel zouden mogen geclassificeerd worden als *insane* (Ebrahim & Fenwick, 2008).

Zoals reeds vermeld, worden onder de huidige Engelse wetgeving diegenen die feiten gepleegd hebben tijdens een slaapgerelateerde episode verdedigd op basis van *insane* of *sane* automatisme. In Engeland en Wales wordt zuiver slaapwandelen geclassificeerd als een *insane* automatisme. Dit wordt immers verondersteld door interne of endogene factoren veroorzaakt te zijn. Plotselinge *arousals* uit de slaap bij niet-slaapwandelaars worden normaliter als *sane* automatismen gerangschikt. Dit wordt geacht veroorzaakt te zijn door externe elementen, die verondersteld worden zelden tot niet voor te komen. Hier moet herhaald worden dat dit onderscheid vanuit medisch oogpunt gezien weinig tot geen zin heeft. In vele cases, zeker wanneer het om complexe cases gaat en de gedraging complex is, is het een plotselinge *arousal* die een slaapwandelepisode veroorzaakt (Ebrahim & Fenwick, 2008; Schenck & Mahowald, 1992).

Het is tevens duidelijk dat de frequentie van het voorkomen van slaapwandelen niet (meer) gelinkt mag worden aan het juridisch concept *sane* of *insane* automatisme. Het zou erg

¹⁹ We opteren om hier niet verder op in te gaan omdat dit ons te ver buiten het kader van deze thesis zou leiden.

²⁰ De jury kan hier enkel toe besluiten mits bewijs van twee of meer experts op het vlak van de geneeskunde.

onlogisch zijn dat diegenen met een hoog voorkomen van sekssomnia-episodes als *insane* zouden geclassificeerd worden, terwijl de meeste patiënten enorm goed reageren op behandeling en geen verfijning van diagnose en behandeling nodig hebben in een ziekenhuis (Schenck & Mahowald, 1992).

Ook volgens Mingzhao Xu (2009) zou sekssomnia niet als *insane* automatisme berecht mogen worden. Het betreft namelijk geen psychiatrische aandoening zoals de traditionele definitie van een *insane* automatisme luidt. Toch sluit hij niet uit dat er gevallen bestaan waarbij sekssomnia voortspuit uit een psychiatrische stoornis. Hij zoekt een ander argument in de bestraffingstheorieën. Aangezien de standaarddoelen van bestraffing retributie en afschrikking zijn en beiden zich slechts kunnen voordoen bij de bestraffing van het gedrag van een bewuste dader, heeft bestraffing volgens hem op deze manier geen zin en zou ze niet eerlijk zijn.

Uit de literatuur blijkt dat ‘automatisme’ meermaals opgeworpen wordt als verdedigingsgrond bij door alcohol geïnduceerd slaapwandelen (Pressman, 2007), maar ook dat sommige rechtbanken ‘slaapwandelen’ niet als een geldige verdediging aanvaarden wanneer dit door de verweerder zelf werd uitgelokt of hij weet had van zijn neiging hiertoe (Xu, 2009). Dit gegeven ligt in het verlengde van de brede interpretatie van het schuldbegrip zoals uiteengezet in punt 3.1.2. *Behandelbaar*. Doch, vele *non-insane* automatisme verdedigingen voor slaapseks werden aanvaard (Cicolin, Tribolo & Giordano, 2011).

3.2.2. MOGELIJKE VERANDERINGEN IN DE TOEKOMST

Omwille van het feit dat de onderverdeling zoals geschetst in punt 3.2.1. *Automatisme* in *sane* en *insane* automatisme geen werkzame manier is wegens de vele problemen en de onlogische uitkomsten die deze met zich meebrengen, werden heel wat andere voorstellen gesuggereerd.

3.2.2.1. NIEUWE CATEGORIEËN

In verband met de dader en het potentiële gevaar dat deze kan betekenen voor de maatschappij werd een voorstel geformuleerd voor het invoeren van twee nieuwe forensische categorieën onder de categorie *sane automatisme*. De nieuwe categorieën houden rekening met de mogelijkheid tot hervallen en dus met de mogelijkheid tot het vermijden van uitlokkende factoren (Schenck & Mahowald, 1992). Deze categorieën hebben eigenlijk betrekking op slaapgerelateerd gewelddadig gedrag, maar kunnen eveneens op slaapwandcases en slaapgerelateerd seksueel wangedrag toegepast worden. Schenk en

Mahowald (1998), maar ook Mingzhao Xu (2009) vinden bijvoorbeeld dat er soms te snel geoordeeld wordt dat de omstandigheden waaronder de feiten gepleegd werden zo uitzonderlijk waren dat het gevaar voor de toekomst verwaarloosbaar is. Tevens argumenteren ze dat de uitspraak niets inhoudt over de toekomstige schuld van de dader wanneer deze persoon opnieuw een excessieve hoeveelheid alcohol consumeert en vervolgens tijdens een slaapwandelen/seksomnie-episode overgaat tot criminele gedragingen. Noch worden er aanbevelingen gegeven om de risico's op dergelijke episodes te minimaliseren of om artsen en hulpverleners te consulteren in verband met het alcoholgebruik en de slaapstoornis. Zij vinden dat het gegeven alcohol een grotere rol zou moeten spelen om te bepalen of de slaapstoornisepisodes van de persoon een voortdurend gevaar vormen. Ook Buchanan, King en Grundstein (2007) vinden in dezelfde lijn dat de bescherming van de maatschappij meer op de voorgrond moet staan en dat men met zekerheid moet kunnen stellen dat dergelijke feiten niet meer opnieuw kunnen gebeuren of dat de kansen hiertoe toch zeker tot het minimum zullen worden gereduceerd. Het zou dus volgens hen beter zijn de Europese vorm van rechtsgang te volgen waarin het zoeken naar de waarheid centraal staat, in plaats van het accusatoir systeem waarin de partijen koste wat kost hun gelijk willen halen. Ook en vooral wanneer het een *non-insane* automatisme betreft.

Hiervoor zou het concept 'voortdurend gevaar' moeten uitgebreid worden. Zij komen tot de volgende categorieën: de eerste betreft een parasomnia als een *non-insane* automatisme met een voortdurend gevaar. Deze categorie wordt voorbehouden voor de gevallen waarin seksomnia-episodes regelmatig terugkeren. De tweede categorie is er één voor een met tussenpozen verschijnend staatafhankelijk voortdurend gevaar en betreft een tussenliggende categorie binnenin het voortdurende gevaar-concept. In deze categorie is het gevaar dat de persoon in de toekomst kan vormen afhankelijk van de staat waarin de persoon zich bevindt. Een persoon vormt bijvoorbeeld een gevaar wanneer deze zichzelf in geïntoxiceerde staat brengt. In dit geval moet de dader wiens gedragingen veroorzaakt werden door hoog risicovol gedrag, zoals alcoholintoxicatie, gewaarschuwd worden, als deel van de laatste uitspraak, dat wanneer hij in de toekomst opnieuw excessief alcohol consumeert en bijgevolg andere personen in gevaar brengt, hij dan ten volle de juridische verantwoordelijkheid draagt voor al zijn criminele gedragingen. Net zoals hij verantwoordelijkheid draagt voor de handelingen die hij stelt op het moment dat hij zich in een wakkere (geïntoxiceerde) staat bevindt. Met andere woorden, deze persoon wordt geïnformeerd over het feit dat elke daaropvolgende slaapwandelveerdediging onaanvaardbaar zal zijn voor elke toekomstige

slaapwandelen/sekssomniale-episode die veroorzaakt werd door hoog risicovol gedrag. Vanzelfsprekend geldt dit enkel wanneer deze persoon moedwillig dit gedrag heeft gesteld en dus niet wanneer de alcohol hem onbewust, door iemand anders werd toegediend (cfr. schuldconcept). Deze situatie kan vergeleken worden met een bestuurder die onder invloed is van alcohol en een persoon aanrijdt met dodelijk gevolg (Schenck & Mahowald, 1998).

Door deze vernieuwde categorieën kan het voortgezet risico dat vrijgesproken sekssomnialijders vormen enigszins aan banden worden gelegd. Wanneer dit concept wettelijk wordt verankerd, kan men de vrije status van personen die in andere gevallen een groot risico zouden kunnen vormen, legitimeren. Zij zijn nu immers gewaarschuwd voor de gevolgen en zullen er alles aan doen om een veroordeling te vermijden.

Door de invoering van deze categorieën zou het juridisch systeem eveneens formeel de vooruitgang van de wetenschap en het klinisch inzicht in parasomnia's en hun negatieve beïnvloeding van oordeelvelling en hiermee gepaard gaande complexe gedragingen, erkennen. Alle studies die hierover gedaan zijn, hebben het inzicht hierin enorm verruimd. Nu kan men bijvoorbeeld veel accurater diagnoses stellen en meer gepaste behandelingen voorschrijven, wat ook in de wet gereflecteerd mag worden (Schenck & Mahowald, 1998).

Er bestaat tot op heden nog geen wettelijke categorie zoals hierboven besproken. Daardoor kan nog geen enkele voorzittende rechter een persoon die vrijgesproken wordt op basis van slaapwandelen of sekssomnia bevelen of verzoeken een medische evaluatie, een supervisie en/of een mogelijke behandeling te ondergaan. Noch kan men hem een probatietermijn opleggen. De besproken categorie 'met tussenpozen versijnd staatafhankelijk voortdurend gevaar' zou in de huidige regelgeving als *insane automatisme* gecategoriseerd worden. De verweerder zou dus niet vrijgelaten kunnen worden, men zou hem naar een psychiatrische instelling sturen. Daarom is het begrip 'parasomnia met voortdurend gevaar' als een *non-insane* automatisme veel beter als categorie. Wanneer de daad onder deze categorie geplaatst wordt, is opsluiting in een psychiatrisch ziekenhuis niet steeds verplicht. Wel kunnen andere interventies, zoals de evaluatie van drug- en alcoholmisbruik en andere hoge risicofactoren, opgelegd worden door de voorzittende rechter. Ongepast alcoholgebruik dient op individuele basis, zaak per zaak, bekeken te worden. Een episode kan bij sommigen zelfs voorkomen bij consumptie van hele kleine hoeveelheden, men spreekt hier van 'paradoxe intoxicatie' (Schenck & Mahowald, 1998).

3.2.2.2. NIEUWE CATEGORIE VAN VRIJSPRAAK

Een ander voorstel brengt alles terug naar één categorie voor alle slaapgerelateerde delicten: niet schuldig door slaapstoornis. Want wanneer beide type categorieën – *sane* en *insane* – naast elkaar bestaan, dan is er een gebrek aan wettelijke duidelijkheid. Dialoog tussen de medische en juridische beroepen zou een hulp kunnen betekenen voor zowel beide beroepen als voor de personen die gearresteerd werden wegens dergelijke automatismen (Mahowald & Schenck, 2000).

Volgens Mahowald en Shenck (2000) zijn er twee belangrijke zaken waarmee men rekening moet houden. Ten eerste zou slaapwandelen in zijn geheel niet als krankzinnigheid afgeschilderd mogen worden. Deze benadering benadrukt de abnormaliteit ervan en leidt tot stigmatisering van personen die aan een dergelijke slaapstoornis lijden. Daarom zou er een wijziging moeten komen wat betreft de term “*insane* automatisme”²¹.

Ten tweede zijn de twee bestaande categorieën volgens hen van weinig nut voor wat betreft de bescherming van de maatschappij (zie punt 3.2.2.1. *Nieuwe categorieën*). Door de mogelijkheden die ontstaan zijn door de *Criminal Procedure Act* van 1991 wordt het onderscheid daarenboven overbodig. De rechter kan nu beslissen of hij in zijn besluitvorming het medisch bewijs mee in rekening neemt samen met elk hoog risicogedrag van de verweerder en daarmee samenhangend, elk blijvend gevaar voor de maatschappij. Daardoor ontstaat de mogelijkheid om de naam van de medische diagnose in plaats van de term ‘*insane* automatisme’ te gebruiken. Het zou dan gaan om een gebrek aan schuld ten gevolge van de diagnosestelling (in overleg tussen iemand die het medische en iemand die het juridische beroep uitoefent). Hierdoor ontstaan vernieuwde categorieën als ‘niet schuldig omwille van slaapstoornis’. Dit kan enkel doorgevoerd worden wanneer de bestaande categorieën verdwijnen en er een verandering in de naam komt. Risico-inschatting/-beoordeling is reeds een standaardpraktijk in het Verenigd Koninkrijk en follow- up door erkende specialisten zou een deel moeten worden van het berechtingsproces. Dit gegeven steunt niet enkel de verweerder maar staat tevens in voor de bescherming van de gemeenschap.

²¹ Leuk detail: In Australië mogen personen die in het verleden veroordeeld werden voor krankzinnigheid niet immigreren. Dat zou betekenen dat slaapwandellende personen die voor de rechtbank komen en als uitspraak ‘*insane*’ krijgen, niet eens meer mogen immigreren (Fenwick, 1996).

Deze potentiële toekomstige methode van één allesomvattende categorie leunt dicht aan tegen de aanbevelingen die door het *butler committee*²² gegeven werden in the *Draft Criminal Code* (een ontwerp van een wetboek van strafrecht). Deze aanbevelingen werden echter niet doorgevoerd. Dit advies laat op een gelijkaardige manier het onderscheid tussen de twee traditionele categorieën vallen. De naam ‘automatisme’ zou behouden blijven en het voorvoegsel zou men laten vallen. Op die manier kan een goed gekwalificeerde rechter beslissen over de feiten. Een voorbeeld voor dit alles vormt de epilepsiepatiënt die in het systeem van de traditionele categorieën als *insane* wordt afgeschilderd. Iedereen beaamt dat dit geen eerlijke categorisering is en dat de uitdrukking ‘niet schuldig door reden van epilepsie’ een meer oprechte categorisering met daaropvolgende behandeling inhoudt. Te hopen valt dat het parlement een beslissing neemt die een dergelijke verandering vastlegt (Mahowald & Schenck, 2000; Xu, 2009).

3.2.2.3. Andere voorstellen

Eén van de voorstellen – aangehaald door Fenwick – is het proces in twee fases te houden. Het eerste gedeelte van het proces zou voor een jury gevoerd worden en zou dienen om uit te zoeken wie de feiten beging. In het tweede deel zou geoordeeld worden over de schuld van de verdachte. Tijdens dit gedeelte zou naast een rechter, tevens medische adviseurs aanwezig zijn (Ebrahim & Fenwick, 2008; Mahowald & Schenck, 2000).

Een laatste vermeldenswaardig voorstel heeft betrekking tot de mentale staat van de verdachte in het algemeen. De suggestie bestaat er in meer soorten rechterlijke beslissingen mogelijk te maken dan dewelke in de huidige regelgeving voorzien zijn in een proces waarin de mentale staat van de verdachte ter discussie staat. Volgende uitspraken kunnen dan volgen: niet schuldig, niet schuldig omwille van een *sane* automatisme met een niet-conditionele vrijspraak, niet schuldig omwille van *sane* automatisme met een conditionele vrijspraak, niet schuldig omwille van *insane* automatisme, schuldig voor een minder groot vergrijp en schuldig aan hetgeen waarvoor men aanvankelijk beschuldigd werd (Mahowald & Schenck, 2000).

²² Dit comité ontstond in 1972. Het doel van deze organisatie was en is de leden door middel van de wijdverspreide relaties die dit comité heeft, in staat te stellen om te gaan met de interacties tussen het juridisch/ strafrechtelijk systeem en de mentaal gestoorde (en soortgelijken) op elk niveau en elke fase van het strafproces. Daarnaast gaat speciale aandacht naar bijzondere problemen die veroorzaakt werden door het gebruik van alcohol of het innemen van (gevaarlijke) drugs (Simpson, 1976).

3.3. BEWIJSVOERING

Opdat de rechter en jury ervan overtuigd zouden geraken dat de verdachte lijdt aan sekssomnia, moet hiervan het bewijs geleverd worden. Wanneer men deze stoornis als verdedigingsgrond hanteert, mag vanuit alle hoeken ongeloof verwacht worden. De uitkomst van een rechtszaak hangt vaak enorm af van de getuigenis van een deskundige (Mangan, 2005). Slaapspecialisten en psychiaters kunnen worden opgeroepen om als getuige-deskundige op te treden. Zij worden gevraagd uitleg te verschaffen omtrent het fenomeen, maar kunnen ook worden gevraagd hun mening te geven of oordeel te vellen over de schuld van de verdachte die beweert dat de gepleegde feiten hun oorsprong vonden in een sekssomnia-episode. De slaapwetenschapper of psychiater kan de verdachte in dit verband onderzoeken (Mahowald & Schenck, 2000), zodat uiteindelijk ‘objectieve’ bewijzen kunnen geleverd worden. Deze bewijzen moeten op een neutrale manier verzameld worden en er moet met ‘zekerheid’ kunnen gezegd worden dat deze symptomen niet gesimuleerd werden (Thorpy & Plazzi, 2010). De reden waarom ‘objectieve’ en ‘zekerheid’ tussen aanhalingstekens werden geplaatst, is dat er in dit verband niet met absolute zekerheid over deze twee begrippen kan worden gesproken. Dit gegeven zal verder worden verduidelijkt.

De expert-getuigenissen zoals hieronder beschreven, zijn gebaseerd op Angelsaksische literatuur, maar ook in België kunnen deskundigen zoals slaapexperten en psychiaters opgeroepen worden om technische of wetenschappelijke uitleg te verschaffen tijdens de procedure voor het Hof van Assisen. Op deze manier kan de jury eventueel beïnvloed worden in haar beslissing over de schuldvraag. De rechters en jury's zijn niet verplicht rekening te houden met de verklaring van de deskundige, daar deze geen bijzondere bewijswaarde kent (Van den Wyngaert, 2009).

Primordiaal is het besef dat een diagnose niet retroactief kan gesteld worden. Hiermee wordt bedoeld dat zelfs wanneer het met volledige zekerheid vaststaat dat een persoon aan sekssomnia lijdt, er geen oorzakelijk verband bewezen is tussen deze stoornis en de gepleegde feiten op dat exacte ogenblik. Alleen registratie op het moment zelf is de enige manier om honderd percent zeker te zijn van het feit dat de daad onder invloed van deze aandoening is gepleegd, maar dit is niet haalbaar (Mahowald & Schenck, 2000).

3.3.1. GETUIGENISSEN VAN DESKUNDIGEN EN DIAGNOSES

Omtrent het bewijsmateriaal bestaat heel wat onenigheid. Soms wordt iets gezien als ‘hard bewijs’, maar beter is dit ‘harde bewijs’ met een korreltje zout te nemen (Mahowald, Schenck & Bornemann, 2007; Mahowald & Schenck, 2000). Slaapstudies geven slechts een globaal, mathematisch beeld van de slaap en geven niet de inhoud ervan weer. Slaap bestaat niet alleen uit een medische, neurofysiologische dimensie, maar ook uit een psychologische aspect en een combinatie van het psychologisch en het neurofysiologisch aspect (Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012). Alle zaken die wijzen op deze slaapstoornis en die op het moment van de slaaponderzoeken gevonden zijn, hebben in principe geen forensische waarde na de feiten (Mahowald, Schenck & Bornemann, 2007; Mahowald & Schenck, 2000). Als dat zo is, wat is dan de meerwaarde en de taak van de expert-getuige?

Vooreerst hebben de deskundigen de mogelijkheid om het algemene publiek, inclusief jury’s en rechters, te onderrichten betreffende het voorkomen en de vorm van dergelijk gedrag en over de mogelijke behandeling ter preventie van toekomstige incidenten. In forensisch medische zaken zijn deze experts belangrijk om de juridische beroepen bij te staan in hun pleidooi, verdediging en besluitvorming (Mahowald & Schenck, 2000). Zo kan de deskundige alle partijen ervan op de hoogte stellen dat er absoluut geen enkele polysomnografische bevinding bestaat, na de feiten vastgesteld, die met enige relevantie de vraag kan beantwoorden of de verweerder op het moment van de feiten een sekssomnia-episode onderging. Zelfs verdacht seksueel gedrag gesteld tijdens de slaap gedurende het onderzoek, kan niet als voldoende voorwaarde gezien worden. Daarom zijn pogingen om situaties te simuleren en slaapwandelen uit te lokken compleet waardeloos en ongepast. Deze simulaties, door bijvoorbeeld deprivatie van de slaap, kunnen wel gehanteerd worden om de partijen te overtuigen, maar het betreft uiteindelijk geen ‘hard’ bewijs. Het lijden aan sekssomnia is echter wel een noodzakelijke voorwaarde opdat de feiten onder invloed van deze aandoening gepleegd werden. Hier kunnen deze PSG studies wel gebruikt worden om het tegenovergestelde trachten te bewijzen en een bewijs *à charge* te leveren. Na deze onderzoeken kan men immers besluiten dat er slechts een minimale kans bestaat dat de beschuldigde een persoon is die aan sekssomnia lijdt of kan men dit zelfs uitsluiten. Dit ondermijnt uiteraard de verdediging op basis van sekssomnia. In dit verband moet men rekening houden met de potentiële ethische en praktische problemen van deze testen en moet veiligheid en validiteit overwogen worden. Aan het weigeren van dergelijke testen kunnen bijvoorbeeld gevolgen gekoppeld worden (Mahowald, Schenck & Bornemann, 2007).

Een duidelijk onderscheid moet gemaakt worden tussen slaapwandel-gerelateerd gedrag en gedrag dat er goed op lijkt, maar hetwelk meer waarschijnlijk gerelateerd is aan drugs en/of alcohol. Extra aandacht moet gegeven worden wanneer alcohol of drugs reeds geïdentificeerd werden als uitlokkende middelen van voorgaande seksomnia-episodes. In deze situatie moeten dergelijke alcohol-gerelateerde slaapwandel-episodes geassocieerd worden aan de beslissing van het individu om alcohol te consumeren en moet deze de verantwoordelijkheid dragen voor de gevolgen hiervan (Bornemann, Mahowald & Schenck, 2006; Xu, 2009).

Verder moet de deskundige weten wat *junk science* inhoudt. Onder andere in de Verenigde Staten vormt dit vaak een probleem en brengt dit bijkomend ethische problemen met zich mee. In de Verenigde Staten kent men een zuivere accusatoire rechtspraak. Niet de waarheid wordt centraal gesteld, zoals het geval is in België en Nederland, maar wel de overwinning: beide partijen willen elk hun gelijk halen. Het betreft een ware *clash of opinions*. Ook honoraria worden vaak berekend rekening houdend met de uitkomst van de zaak. In dit verband wordt er in Amerikaanse rechtszaken een deskundige aangesteld door één van de twee partijen, maar deze heeft dikwijls de neiging partijdig te zijn voor ofwel de verdedigende ofwel de vervolgende partij. Vaak is er sprake van manipulatie zonder een echt wetenschappelijk bewijs (Bornemann, Mahowald & Schenck, 2006; Xu, 2009). De Belgische neuropsychiater Karel Ringoet (face-to-face interview, 24 maart 2012) wijst eveneens (in België) op de problematiek van psychiaters die de taal spreken van diegene die hen betaalt.

In dit verband werden voorstellen gedaan voor de aanstelling van een onpartijdige expert aangewezen door het gerecht, in de hoop dat het juridische systeem meer waarde zal schenken aan authentieke wetenschap waardoor enkel nog valide wetenschappelijke bewijzen aanvaard zullen worden. Een eerste, belangrijke stap werd in dit verband reeds gezet door de *American Association for the Advancement of Science* die aan de rechters een lijst van deskundigen verstrekt die kunnen voorzien in valide adviezen in gecompliceerde zaken. Misschien vormt dit wel een aanzet voor een tendens in de goede richting. Kritiek komt uit de hoek van de advocaten die vrezen dat de huidige balans van het accusatoir systeem hierdoor in het gedrang zal komen (Mahowald, Schenck & Bornemann, 2007; Mahowald & Schenck, 2000).

Andere voorstellen betreffen: de ontwikkeling van een specifieke sectie in wetenschappelijke publicaties die wordt toegewezen aan expert-getuigen(issen) van publieke documenten met de meningen en de consensus van de desbetreffende specialisten. Verder het ontwikkelen van een bibliotheek waarin expert-getuigenissen circuleren die kunnen gebruikt worden om

onprofessionele deskundigen in diskrediet te brengen. Daarnaast werd recent door de *American Medical Association* opgeworpen dat expertgetuigenissen moeten gezien worden als een uitoefening van de geneeskunde die aan *peer review* onderworpen moeten worden. *Evidence based medicine* is immers gebaseerd op wetenschappelijke consensus en niet op individuele waarnemingen of geloofswaarden van deskundigen (Mahowald, Schenck & Bornemann, 2007; Mahowald & Schenck, 2000). Het eerste voorstel betreffende een onpartijdige expert wordt in België in principe reeds toegepast. Uit de andere voorstellen, kunnen ook wij voordeel putten. Zo kan een lijst van deskundigen ook in het Belgische rechtssysteem van pas komen. Karel Ringoet (face-to-face interview, 24 maart 2012) gaat nog een stapje verder en stelt dat psychiaters die moeten oordelen in forensische sekssomnia-gevallen in principe neurologisch en neurofysiologisch geschoold zouden moeten zijn om het probleem gegrond te kunnen beoordelen. Zo niet, zou hun mening slechts evenveel waard zijn als de mening van Jan met de pet.

Een volgend punt betreft de richtlijnen die voor getuige-deskundigen werden geformuleerd en die betrekking hebben op de kwalificaties die nodig zijn voor zowel de experten als hun getuigenis. Dit gaat tevens in tegen *junk science*. In deze zin hebben de *American Academy of Sleep Medicine* en de *American Academy of Neurology* richtlijnen opgesteld. Deze richtlijnen kunnen niet allemaal overgenomen worden in de Belgische expert-getuigenissen, maar kunnen zeker en vast aangewend worden als basis voor het opstellen van richtlijnen voor België. Als kwalificaties van de getuige-deskundige geldt als richtlijn dat de expert-getuige een actuele, valide en onbeperkte licentie heeft met erkenning door de *American Board of Sleep Medicine*. Hij moet vertrouwd zijn met de klinische praktijk van de slaapgeneeskunde en zou actief moeten betrokken zijn in de praktijk op het moment van de getuigenis. Bijkomend moet het om een onpartijdige getuige-deskundige en accurate getuigenis gaan. De getuigenis moet met andere woorden zo voorbereid worden dat ze zowel aan de verdediger als aan de aanklager in onveranderde vorm zou kunnen worden gepresenteerd voor gebruik. Ook het ereloon zou moeten gelinkt worden aan tijd en moeite en niet aan de uiteindelijke uitspraak. De getuigenis van de deskundigen moet voorgelegd worden voor *peer review*, zoals in de wetenschappelijke wereld gebruikelijk is, om de kwaliteit van het werk te verbeteren en om consistentie te verkrijgen in de getuigenissen en in de (daaruit volgende) rechtspraak. Alle gegevens van alle getuigenissen moeten bewaard worden en beschikbaar blijven voor andere expert-getuigen, advocaten en rechters (Mahowald & Schenck, 2000; Mahowald, Schenck & Bornemann, 2007).

Elke deskundige zou zich aan dezelfde standaarden moeten houden en moet zich deze richtlijnen eigen maken. Gelijkaardige maatstaven moeten ontwikkeld worden voor de juridische beroepen, opdat bijvoorbeeld advocaten zouden kunnen gefocust blijven op ware wetenschappelijke feiten en niet op irrelevante feiten die hun visie ondersteunen en waarop ze hun pleidooi uiteindelijk zullen baseren (Mahowald & Schenck, 2000; Mahowald, Schenck & Bornemann, 2007).

Richtlijnen voor de beoordeling van potentieel slaapgerelateerd geweld, slaapwandelen, epilepsie en automatismen in het algemeen worden eveneens voorgesteld. Zij zijn ontstaan door een combinatie, vergelijking en aanpassing van regels. Dit vormt een soort gids, een leidraad, om de deskundige bij te staan in het vormen van een forensisch besluit. Omgaan met de legale aspecten van seksomnie is voor slaapexperten geen vanzelfsprekendheid.

Bij de beoordeling van een ter discussie gestelde seksomnie-episode is het aan te raden om de hieronder vermelde lijst te overlopen en op basis hiervan een oordeel te vellen (Thorpy & Plazzi, 2010; Mahowald, Bundlie, Hurwitz & Schenck, 1990; Mahowald & Schenck, 2000; Fenwick, 1996):

- Er moet een reden zijn om te vermoeden dat de betreffende persoon een slaapstoornis heeft. Medisch ‘bewijs’ is de beste manier om dit vermoeden te bevestigen. Een familiale geschiedenis van slaapwandelen kan een aanwijzing zijn. Bijvoorbeeld: was er slaapwandelen tijdens de kindertijd, want slaapwandelen start meestal dan. Slechts enkelen beginnen met slaapwandelen tijdens de adolescentie en een nog latere start is een zeldzaamheid. Externe factoren, zoals een hoofdletsel, liggen meestal aan de basis. De eerste episodes moeten met voorbehoud bekeken worden, zeker bij volwassenen. Gelijkaardige episodes – met een goede of een macabere uitkomst – zouden zich voordien al moeten gemanifesteerd hebben.
- De episode is meestal van korte duur en varieert van slechts enkele minuten tot – in de meeste gevallen – maximum een half uur.
- Het gestelde gedrag is gewoonlijk abrupt, onmiddellijk, impulsief en zinloos. Kennelijk ontbreekt elke motivatie.
- Wanneer het om ongewenst seksueel contact gaat, is dit gedrag binnen de gehele context ongepast en niet te rijmen met het normale doen van de persoon wanneer hij wakker is, ondanks het ogenschijnlijk doelbewust karakter. Er is geen enkel bewijs van moedwil. Men spreekt van een gedraging *out of character*.

- Het slachtoffer is iemand die toevallig aanwezig was en wie misschien wel per ongeluk een *arousal* heeft opgewekt.
- Onmiddellijk nadat de persoon terug bij bewustzijn komt, is er sprake van desoriëntatie, perplexiteit en/of afschuw, zonder poging te ontsnappen, te ontkennen, of de daad te verbergen. Het blijft onwaarschijnlijk dat men meteen en met een zuiver en helder bewustzijn ontwaakt uit een slaapautomatisme.
- Het speelt in het voordeel van de verdachte wanneer er een bewijs bestaat van het gebrek of de afwezigheid van het bewustzijn van het individu terwijl deze de daden stelde. Een getuige bij de gebeurtenis kan het bewijs leveren voor dit klaarblijkelijke gebrek aan besef.
- Er is gewoonlijk een zekere graad van amnesie betreffende de gebeurtenis en dit geheugenverlies dient niet compleet te zijn.
- De seksomnia-episode duikt meestal op ten minste een uur na het in slaap vallen. Soms komt het ook voor bij het ontwaken, maar zelden onmiddellijk bij het inslapen. Fysiek contact in bed of pogingen om de persoon wakker te maken kunnen een voorval uitlokken. Bijkomende factoren zoals alcohol en slaapwandelen komen frequenter voor.
- Polysomnografische testen tonen de essentiële kenmerken van *NREM-arousal* parasomnia's, maar dit wordt in de forensische context te vaak ten onrechte als causaal verband gepercipieerd. Het is niet omdat er een bewijs bestaat dat een persoon seksuele handelingen kan stellen in de slaap dat dit ook de oorzaak is geweest van de feiten die betwist worden. Men dient eveneens rekening te houden met de temporele factor. De feiten werden immers vóór de test gepleegd.
- Ten laatste zou de deskundige meer voor gerechtigheid zorgen als hij zou dienen als een *amicus curiae*. Een getuige-deskundige, aangesteld door de rechtbank in plaats van door één van de partijen, zal meer als onafhankelijke deskundige kunnen getuigen en onafhankelijke wetenschappelijke informatie verschaffen aan rechters, advocaten en juryleden. Het is wenselijk dat de expert-getuige niet of minimaal op de hoogte is van de emotionele details van de gepleegde feiten en de bewijzen of argumenten die door beide partijen in de rechtszaak worden aangehaald. De onpartijdigheid van de getuige-deskundige wordt op deze manier geoptimaliseerd.

Een echte diagnose kan enkel klinisch gesteld worden. Het feit dat slaapstoornissen een legitieme verdediging kunnen vormen in dergelijke juridische zaken heeft gezorgd voor veel

scepticisme. Het is dan ook enorm belangrijk voor de geloofwaardigheid van de diagnose en beoordeling van de feiten dat de evaluaties van dergelijke complexe zaken ten minste uitgevoerd worden in ervaren slaapcentra en geïnterpreteerd worden door ervaren slaapexperten. Een multidisciplinaire benadering is wegens de complexiteit van deze slaapstoornis ten eerste aan te bevelen (Mahowald, Bundlie, Hurwitz & Schenck, 1990; Mahowald & Schenck, 2000). Een combinatie van neurofysiologie en neuropsychologie wordt alvast aanbevolen (Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012).

Ringoet (face-to-face interview, 24 maart 2012) benadrukt tevens dat een exacte beoordeling van de feiten in een forensische context volgens hem de volgende aspecten moet omvatten: Welk type van daad werd gepleegd? Hoe verliep het gebeuren exact? Waren er toevallige omstandigheden aanwezig en welke waren dat? Wie was het slachtoffer? Welke coördinatie was er nodig om de handelingen te stellen?... Centraal hierbij staat de vraag: waar is de grens dat een bewustzijnsdaling coördinatie toelaat? Wanneer men onbewust handelingen stelt, kunnen dit geen complexe, gepremediteerde, gecoördineerde zaken omvatten. Maar welke feiten horen thuis onder complex, gecoördineerd gedrag en welke niet? Deze vraag behelst de moeilijkheid van een correcte beoordeling van de feiten en moet steeds gedetailleerd, geval per geval bestudeerd worden.

3.3.2. DISCREPANTIE TUSSEN KLINISCHE EN FORENSISCHE CONTEXT

In de klinische wereld kent het begrip ‘automatisme’ een duidelijke afbakening als complex gedrag gesteld in afwezigheid van het bewustzijn. In de forensische context daarentegen, is dit niet op eenzelfde duidelijke manier omljnd (Ebrahim & Fenwick, 2008). Integendeel, het juridisch concept verschilt zelfs enorm van het medisch concept, net zoals de weg en methode die gevolgd wordt om tot een besluit te komen. Beiden kunnen daardoor een andere uitkomst hebben. Daardoor kunnen expertgetuigen soms verbouwereerd reageren door de uiteindelijke uitkomst van een zaak. Daarenboven varieert de inhoud van het begrip ‘automatisme’ naargelang de verschillende rechtsgebieden (Buchanan, King & Grundstein, 2007).

Het verschil tussen de klinische en forensische diagnosestelling en context zit hem vooral in het feit dat er bij de klinische context ruimte is voor gradaties van zekerheid. In de forensische context moet men zekerder zijn. In dit gebied gaat het om een zwart/wit-tegenstelling. Er mag geen twijfel zijn. Het al dan niet hebben van de stoornis betekent mogelijk nagenoeg hetzelfde als wel of niet schuldig zijn aan aanranding of verkrachting. In vele jurisdicties worden bewijzen ook aangenomen zonder enige redelijke twijfel (*beyond reasonable doubt*), zonder

absolute zekerheid. Maar wat onder dit laatste wordt verstaan en aanvaard, kan steeds verschillen en is bovendien een punt dat vaak ter discussie staat. Onzekerheid zal echter steeds voor moeilijkheden blijven zorgen in rechtszaken (Buchanan, King & Grundstein, 2007; Mangan, 2005).

In een forensische context is de kans groter dat personen het hebben van de slaapstoornis sekssomnia faken. Mogelijks trachten beklaagden symptomen na te bootsen, hun slaap te manipuleren en situaties te simuleren. Daarom is er in dit domein een meer precieze benadering nodig. De criteria die in de klinische context gebruikt worden, moeten nu gezien worden in het licht van de specifieke feiten waarvoor de beklaagde terecht staat en met in het achterhoofd de idee dat de verweerder zich misschien enkel van zijn schuld wil ontdoen (Mahowald & Schenck, 2000; Ebrahim & Fenwick, 2008).

In de forensische context zijn de klinische componenten en beperkingen van sekssomnia belangrijk. In de gerechtelijke sfeer zal men de handelingen die door de verweerder gesteld werden immers vergelijken met wat er in de medische wetenschap over de fenomenen somnambulisme en slaapseks geweten is (Xu, 2009).

Buchanan, King en Grundstein (2007) concluderen dat de medische wetenschap over slaapwandelen en aanverwante stoornissen zich nog in zijn kinderschoenen bevindt. Betere kennis hieromtrent zal ervoor zorgen dat deskundigen meer accurate stellingen kunnen innemen wat de afhandeling van forensische zaken ten goede zou komen. Ook wij scharen ons achter dit besluit en opteren voor een grotere uitbouw van onderzoek binnen dit domein.

3.3.3. PARADOX VAN DE UITLOKKENDE FACTOREN

Het betreft welhaast een contradictie. Enerzijds is het aanwezig zijn van *triggers* overtuigender als bewijs van het zich voordoen van een sekssomnia-episode. Anderzijds valt door hun aanwezigheid tegelijkertijd de verdediging in elkaar.

Uit hoofdstuk 1 punt 8. *Uitlokkende factoren* blijkt dat er verschillende factoren bestaan die een slaapseksepisode gemakkelijker kunnen uitlokken. Bijgevolg wil dit zeggen dat wanneer een persoon aangeklaagd wordt voor aanranding of voor verkrachting en deze verdachte beweert de handeling onbewust, in zijn of haar slaap gesteld te hebben, dat het aanwezig zijn van bevorderende factoren zorgt voor meer overtuigingskracht bij de bewijsvoering.

Tegelijkertijd valt hierdoor volgens sommigen – zoals Schenk en Mahowald (1998) en Mingzhao Xu (2009) – de verdediging in elkaar. Zij willen dan ook, zoals hierboven reeds werd aangehaald, dat een dader door de rechtbank gewaarschuwd wordt dat hij of zij in de toekomst ten volle aansprakelijk zal worden gesteld voor de handelingen die hij of zij stelt tijdens een slaapseksepisode wanneer deze episode veroorzaakt werd door uitlokkende factoren.

Wij volgen hen in deze redenering, maar willen graag nog een stapje verder gaan. Men tracht namelijk te bewijzen dat de verdachte onschuldig is, maar wanneer bewezen is dat de daden onder invloed van bevorderende factoren werden gepleegd, wordt terzelfdertijd aangenomen dat men zelf de oorzaak is van het onder invloed zijn van deze factoren. Tenzij een bevorderende factor zoals alcohol zonder dat men het wist werd toegediend, wat uitzonderlijk is en moeilijk te bewijzen valt. Uitgezonderd toediening bij onwetendheid is men derhalve zelf verantwoordelijk en aansprakelijk voor het bewust opwekken van potentieel gevaar. Op dat moment valt de verdediging van de ‘onschuldige’ dus in elkaar. Volgens ons kan de verdachte slechts onschuldig bevonden worden wanneer bovendien blijkt dat deze niet op de hoogte was van het bestaan van zijn of haar slaapstoornis en/of van de factoren die slaapsekseisodes kunnen bevorderen. Volgens Mingzhao Xu (2009) wordt hier in sommige rechtbanken reeds rekening mee gehouden. Hij onderbouwt dit met een voorbeeld van een case waarin een slaapwandelaar voor het slaapwandelen te veel had gedronken en iemand had vermoord. De man werd veroordeeld voor moord omdat hij moedwillig roekeloos omgesprongen was met het gebruik van zoveel alcohol, terwijl hij wist dat hij een slaapwandelaar was. De logica luidt: Een persoon die weet heeft van zijn potentiële gedragingen en zelf een actieve rol speelt in het uitlokken ervan moet hiervoor verantwoordelijk gehouden worden. Ook een epileptisch persoon is verantwoordelijk voor de gevolgen wanneer hij tegen de adviezen en verboden in achter het stuur kruipt.

De onbekendheid voor de dader moet opnieuw bewezen worden. In het andere geval had de verdachte zijn of haar voorzorgen moeten nemen en zou men deze persoon niet als louter ‘onschuldig’ mogen afschilderen. Toch zou de betrokkene voor een minder zwaar vergrijp kunnen worden veroordeeld: hij randde uiteindelijk niemand moedwillig aan (Mangan, 2005).

Onze redenering sluit gedeeltelijk aan bij deze van Schenck en Mahowald. Wij vinden net als zij dat triggers, zoals alcohol, een grotere rol dienen te spelen in de beoordeling van de feiten. Het verschil zit hem in het feit dat wij (en deels Mingzhao Xu) van oordeel zijn dat feiten zich

niet eerst moeten voordoen om hiermee rekening te houden. Voor dit alles bestaan (nog) geen standaard te volgen richtlijnen en mede daardoor zijn de praktijken en beslissingen hieromtrent onduidelijk en eveneens onvoorspelbaar. Verder onderzoek is ook hier nodig.

4. GEVAREN EN PROBLEMEN

Sekssomnias werden recent erkend als slaapstoornis en werd vervolgens eveneens opgeworpen ter verdediging in strafzaken voor aanranding van de eerbaarheid of verkrachting (Krol, 2008). Meermaals werd dit als verdedigingsgrond aanvaard. Dit gegeven kan enkele gevaren inhouden en moeilijkheden en problemen met zich meebrengen.

4.1. MISBRUIK

Dit aandachtspunt kwam reeds verschillende keren aan bod doorheen heel deze thesis. Kennis over het fenomeen kan leiden tot veinzen (Mangan, 2005) en een moeilijke diagnosestelling kan simulatie aansturen.

Meerdere factoren kunnen leiden tot geheugenverlies betreffende de feiten: psychologische onderdrukking, organische factoren zoals een alcoholische black-out, epilepsie en dementie. Daarnaast is het eveneens mogelijk dat de amnesie slechts gefingeerd wordt. Men liegt over het zich niet meer kunnen herinneren van de feiten (denk maar aan recente mediaberichtgevingen over daders die de feiten die ze pleegden niet meer voor de geest kunnen halen). Alle voorgaande gegevens zouden moeten getest worden en natuurlijk gelden de testresultaten slechts voor het ogenblik van de test zelf en niet voor het moment van de gepleegde feiten. Daarom moet men ook naar de voorgeschiedenis van de patiënt kijken om te kunnen achterhalen of deze factoren ook aanwezig zouden kunnen geweest zijn op het moment van de gepleegde feiten (Ebrahim & Fenwick, 2008).

Het kan en mag niet de bedoeling zijn dat daders van criminele feiten een gevoel van onschendbaarheid krijgen doordat ze deze stoornis achter de hand houden wanneer ze beschuldigd worden van seksuele criminele feiten.

Om dit misbruik te vermijden zouden rechtbanken strikte richtlijnen moeten opleggen met betrekking tot wanneer dergelijke verdedigingen mogen toegestaan worden. De richtlijnen besproken in punt 3.3.1. *Getuigenissen van deskundigen en diagnoses* vormen een goed begin (Xu, 2009). In punt 5. *Toekomstvisie* gaan we hier verder op in.

4.2. ONBEGRIP MAATSCHAPPIJ/VERLIES VERTROUWEN IN GERECHT

Mensen die geen geloof hechten aan het bestaan van sekssomnia kunnen een vrijspraak op basis hiervan ridicuul vinden. Ondanks het feit dat sekssomnia nu een erkende parasomnia is, bestaat er een groot ongeloof en grote onwetendheid over dit fenomeen bij het grote publiek en bij forensische en medische beroepscategorieën (Mangan, 2005). Door deze onwetendheid verliest men het vertrouwen in het gerecht. Een samenleving heeft instinctief behoefte aan vergelding wanneer onrecht geschiedde. Door een vrijspraak kan men het gevoel creëren dat er geen retributie plaatsvindt (Bejot et al., 2010; Xu, 2009). Het publieke ongeloof en de nood aan vergelding komt duidelijk tot uiting op verschillende internetfora en in reacties op mediaberichten betreffende dergelijke rechtszaken. Ons inzien kan dit vertrouwen herwonnen worden door meer informatie met betrekking tot dit fenomeen in de openbaarheid te brengen, zodat mensen op een meer gefundeerde, gemotiveerde wijze hun mening kunnen vormgeven.

Er kan tevens een publieke angst ontstaan omtrent de waarschijnlijkheid dat sekssomnia soms verkeerdelijk gediagnostiseerd wordt. Er moet steeds nagegaan worden of het wel degelijk om een *out of character*-gebeuren gaat, maar het betreft een zeer zeldzaam fenomeen (Ebrahim & Fenwick, 2008). Plotse opflakkingen van het aan bod komen van deze stoornis in gelijkaardige rechtszaken moet volgens ons sceptisch bekeken worden.

Wanneer men de burger goed kan informeren en wanneer men zuinig en op een verantwoorde manier omspringt met vrijspraken in deze situaties, zal men op meer begrip kunnen rekenen vanwege de burger en zal het publieke vertrouwen in het gerecht niet verloren gaan.

4.3. STIJGING GENDERONGELIJKHEID

Het feit dat het gebruik van sekssomnia als verdediging in rechtszaken het gevoel kan opwekken en versterken van genderongelijkheid vormt een bijkomend discussiepunt. Sommigen krijgen het gevoel dat dit een gemakkelijke manier is voor een man die iemand aanrandde of verkrachtte om zich van zijn schuld te ontdoen. Zo protesteerden in Canada vrouwengroeperingen en feministen tegen het gebruik van sekssomnia als verdedigingsgrond in rechtszaken. Deze verdedigingsgrond beschermt volgens hen onverantwoordelijke mannen op de rug van vrouwen, want er waren meerdere gevallen van vrijspraak waarbij de man gedronken had. Voor vrouwen die eveneens gedronken hadden, gold dit als inkrimping van hun geloofwaardigheid. De vraag kan gesteld worden wat het verschil is tussen iemand die een andere persoon aanrandde of verkrachtte tijdens een slaapseks-episode waarvan hij of zij

zelf de oorzaak is geweest door het gebruik van alcohol of drugs of het zich depriveren van slaap en een man die een vrouw verkracht terwijl hij dronken is. Dronkenschap is – terecht – geen geldige verdedigingsgrond (Xu, 2009; Mangan, 2005).

De meerderheid van de personen die aan seksomnia lijdt, of toch de meerderheid van de personen die een andere persoon aanrandde of verkrachtte tijdens een dergelijke episode, zijn mannen. Dat is ook de reden waarom gender hier zo een belangrijke rol speelt. Er zijn veel meer vrouwen die bang zijn van hun mannelijke partner die lijdt aan deze stoornis dan omgekeerd. Verder zijn er de gevallen waarbij de verdediging van de man die beschuldigd werd van verkrachting zich baseert op het feit dat de betrokken vrouw aanstalten maakte en dat zij zelf lijdt aan seksomnia. Zo ontstaat de mogelijkheid dat ware verkrachters vrijgesproken worden door seksomnia te veinzen. Rechtvaardigheid is op dat moment ver te zoeken en in het kader van genderongelijkheid zorgt dit voor een potentiële patriarchale versterking (Xu, 2009).

Mingzhao Xu (2009) geeft enkele tips die deze genderongelijkheid verder zouden kunnen tegengaan. Naast het inperken van de mogelijkheid om seksomnia te gebruiken als verdediging in gevallen waarbij vrijwillige zelfintoxicatie plaatsvond of wanneer de beschuldigde weet had van zijn predestinatie voor een dergelijke stoornis, kan men ook een beperking opleggen voor de gevallen waarin dergelijke verdediging aan de jury mag worden voorgelegd. Uiteindelijk kan het hof beslissen welke soorten expertgetuigenissen acceptabel zijn en welke niet.

4.4. PROBLEMEN BIJ PERSONEN DIE NIET OP DE HOOGTE ZIJN VAN HUN STOORNIS

Hierover vonden wij in de doorgenomen literatuur niets terug. Toch een bedenking hierover.

Wij maken ons zorgen om *first-offenders* en/of om zij die geen weet hebben van hun slaapproblemen en die geen partner hebben. Voor hen is een diagnosestelling extra moeilijk te maken. Men rekent namelijk vooral op de verhalen van bedpartners en de slaapgeschiedenis van de persoon. Wat als deze persoon geen of zelden een bedpartner had, hij of zij nooit problemen heeft ondervonden van deze slaapproblemen en er zich daardoor niet van bewust is? Wat als dit werkelijk de eerste maal was dat deze persoon problemen ondervond van zijn of haar stoornis? Bestaat de mogelijkheid om toch een juiste diagnose te stellen? Bestaat de mogelijkheid dat ook deze persoon geloofd wordt en vrijuit gaat?

4.5. REACTIEVEROORZAKENDE FACTOREN

Ook op dit onderwerp werd reeds ingegaan in deze masterproef (in punt 3.3.3. *Paradox van de uitlokkende factoren* en ook gedeeltelijk in 3.2.2. *Mogelijke veranderingen in de toekomst*).

Het probleem dat we hier willen aankaarten, is dat het zeer moeilijk te achterhalen valt of een persoon op de hoogte was van zijn of haar stoornis en bijgevolg van de factoren die vermeden moesten worden om een episode van seksomnïa te kunnen voorkomen. Dit punt moet samen met punt 4.1. *Misbruik* geïnterpreteerd en overdacht worden.

5. TOEKOMSTVISIE

Een correcte slaapdiagnose stellen blijft enorm belangrijk in ernstige, complexe forensische kwesties. Het is cruciaal dat men de diagnose standaardiseert en wetenschappelijk onderbouwt. Hiervoor is een protocol nodig dat kan gebruikt worden in alle slaaplaboratoria. Het betreft een multifactoriële stoornis die multidisciplinair onderzocht dient te worden (Ebrahim & Fenwick, 2008). Ringoet (face-to-face interview, 24 maart 2012) stelt dat slaaplaboratoria hun zuiver medisch, neurofysiologisch standpunt zouden moeten verlaten en neuropsychologie bij hun analyses zouden moeten betrekken.

Verder genetisch onderzoek kan uitwijzen of er een biologische kwetsbaarheid voor slaapwandelen in het spel is. Alle informatie over personen en desbetreffende gebeurtenissen moet volledig uitgespit worden. Verder moet men psychologische onderzoeken voeren en dient men het leven van de persoon vóór de gebeurtenis te overlopen, omdat het gebeuren vaak een resultante is van verhoogde levensstress of voorafgaande periodes van weinig slaap. Zo is een disruptieve slaapperiode gevolgd door een crashrecuperatieslaap een factor die de diagnose steunt. En dan nog is hun aanwezigheid slechts suggestief voor het hebben van deze stoornis. Een neurologisch onderzoek, MRI- en EEG-testen zouden standaardpraktijken horen te zijn om andere aandoeningen, zoals epilepsie en neurologische pathologie, uit te sluiten. Een drugscreening zou steeds de slaapstudies vooraf moeten gaan (Ebrahim & Fenwick, 2008). Nadat al deze zaken onderzocht zijn, kan er meestal met een voldoende grote zekerheid gezegd worden of iemand al dan niet aan deze stoornis leidt.

Dit betreft echter slechts de medische diagnose, de forensische diagnose kent nog meer moeilijkheden en kan nooit met absolute zekerheid gesteld worden. Het onderzoek kan niet retrospectief toegepast worden. Ook al leidt een persoon aan deze aandoening, men is nooit

absoluut zeker dat dit ook op het moment van de feiten de aanleiding was van zijn criminele gedragingen. Daarom is het ontzettend belangrijk om zo veel mogelijk voorbarige conclusies uit te sluiten en een maximum aan foutieve interpretaties te weren. De richtlijnen die we reeds eerder bespraken (punt 3.3.1. *Getuigenissen van deskundigen en diagnoses*) zijn een handig en absoluut noodzakelijk middel hiertoe. Verdere uitwerking en verspreiding zijn dus ten zeerste aan te raden.

Ringoet (face-to-face interview, 24 maart 2012) stelt daarbovenop voor een soort moraliteitsonderzoek van de dader uit te voeren om misbruik in de forensische context te voorkomen.

Daarnaast zouden getuige-deskundigen in de toekomst aan disciplinaire normen onderworpen kunnen worden, zodat de feiten en de beklaagde vanuit een multifactoriële achtergrond kunnen benaderd worden. Belangrijke disciplines om een gegronde conclusie te kunnen trekken zijn neurologie, neurofysiologie, psychologie, psychiatrie, enz. Ook kennis over epilepsie in al haar vormen komt zeker van pas. De deskundigen moeten immers een onderscheid kunnen maken tussen de verschillende gedragsvormen en tussen bewuste en onbewuste handelingen om een meerwaarde te bieden in een forensische context. Jammer genoeg zijn deskundigen met een dergelijke multidisciplinaire achtergrond schaars, waardoor die normen niet altijd haalbaar zullen zijn (Ringoet, K., face-to-face interview, 24 maart 2012).

Ook het beperken van de gevallen waarin slaapseks-verdedigingen mogen worden gevoerd, zoals voorgesteld door Xu (2009), kan een hulp zijn in het reduceren van het aantal misbruiken.

Verder onderzoek naar alle aspecten van slaapseks en onderzoek naar alle op sekssomnia gelijkend gedrag is onmisbaar wil men vooruitgang boeken in het vermijden en bestrijden van misbruik van sekssomnia in een gerechtelijke context.

6. BESLUIT

Zowel iemand die aan sekssomnia lijdt als iemand die anticipeert op het gedrag van een persoon die in de slaap seksuele handelingen uitvoert, kan worden beschuldigd van aanranding van de eerbaarheid of van verkrachting. De redenen waarom sekssomnia in rechtszaken als grond ter verdediging kan dienen bij iemand die aan deze stoornis lijdt en

beschuldigd wordt van criminele feiten zijn dat deze persoon onbewust de feiten heeft gepleegd (hierover bestaat heel wat onenigheid) en dat deze slaapstoornis behandelbaar is, waardoor de beklaagde geen verder gevaar vormt voor de maatschappij. De feiten worden dan als automatismen gecategoriseerd. Binnen de categorie ‘automatismen’ kunnen de feiten in ‘insane’ of ‘sane’ onderverdeeld worden. Dit juridisch onderscheid kent weinig medische logica en beide indelingen hebben verschillende (soms fundamentele) gevolgen voor de beklaagde. Daarom worden verscheidene voorstellen gedaan die hierin een verandering willen teweeg brengen.

Om deze verdedigingsgrond in een pleidooi te kunnen gebruiken moet het bewijs geleverd worden dat de beklaagde lijdt aan seksomnia. Hiervoor kan gedeeltelijk een toevlucht genomen worden tot een medische diagnosestelling met alles erop en eraan, maar er moet steeds op gelet worden dat de diagnose enkel voor het heden en de toekomst geldt en geen retroactieve werking kent. Daarnaast moet rekening gehouden worden met uitlokkende factoren. Deze kunnen er immers voor zorgen dat een persoon toch de verantwoordelijkheid draagt van zijn daden. Echter, de medische wetenschap heeft het nog altijd moeilijk om een afdoende verklaring voor het fenomeen te geven en naargelang de invalshoek van de wetenschapper kan men tot tegenstrijdige antwoorden komen.

Slaapspecialisten en psychiaters kunnen als getuige-deskundige worden opgeroepen om advies te geven in rechtszaken. Een aantal voorwaarden voor de deskundigen en een aantal richtlijnen om de feiten in een gerechtelijke context door te lichten, zorgen voor een zo goed mogelijke beoordeling van de zaak. Toch kan de medische expert moeilijk een duidelijk antwoord aan de rechtbank formuleren omwille van het uitblijven van een sluitende medische verklaring voor het fenomeen en zullen de advocaten van de beide partijen hierop inspelen. De uitspraak van de rechter zal afhangen van hoe geloofwaardig alles wordt voorgesteld. Een belangrijk gegeven bij de beoordeling van de zaak is een gedetailleerde evaluatie van de precieze omstandigheden van de feiten waarbij gekeken wordt naar de complexiteit van het gestelde gedrag en de graad van de bewustzijnsdaling. Deze twee elementen bevinden zich als het ware op een continuüm met zeer complex, gecoördineerd, gepremediteerd gedrag aan het ene uiterste en een totale bewustzijnsdaling aan het ander uiterste.

Met het gebruik en het aanvaarden van seksomnia als verdedigingsgrond in rechtszaken kunnen heel wat gevaren en problemen gepaard gaan. Misbruik in de forensische context kan ervoor zorgen dat iemand die schuldig is toch vrijuit gaat. Vrijspraken kunnen stuiten op

onbegrip van de samenleving en kunnen een voedingsbodem vormen voor het verlies van het vertrouwen in het gerecht. Vanuit feministische hoek komt er eveneens protest omdat er een extra grond gecreëerd wordt waarop gesteund kan worden om een verkrachting of aanranding te legitimeren. Daar dit meestal een feit is dat door mannen gepleegd wordt, zien zij hier een gevaar voor een stijging van de genderongelijkheid. Daarnaast is het voor daders die aan seksomnïa lijden, maar het niet weten extra moeilijk om hun onschuld te bewijzen. Ook is het moeilijk te achterhalen of iemand op de hoogte is van zijn of haar stoornis, waardoor men niet zomaar kan bepalen of iemand het bewust naliet voorzorgen te treffen.

In de toekomst moeten richtlijnen om een correcte slaapdiagnose in een forensische context te stellen verder uitgewerkt worden, moeten getuige-deskundigen aan normen onderworpen worden en moet verder onderzoek plaatsvinden.

Seksomnïa is overduidelijk een omstreden fenomeen en de controverse hieromtrent wordt extra in de verf gezet in de gerechtelijke sfeer. Misbruik moet men te allen tijde trachten te vermijden. Schuldigen mogen niet vrijuit gaan door een gebrek aan kennis en inzicht betreffende deze stoornis. Op dit ogenblik hangt de uiteindelijke uitspraak van de rechter in de gerechtelijke sfeer vooral af van de pleitcapaciteiten van de advocaat van de verweerder. Deze ‘willekeur’ moet absoluut tegengehouden worden.

Verder onderzoek is broodnodig om met een grotere nauwkeurigheid een diagnose te kunnen stellen en de feiten objectiever te kunnen beoordelen. Verspreiding van kennis over atypisch seksueel gedrag tijdens de slaap bij vooral de medische en forensische beroepen is onontbeerlijk. Daarentegen kan verspreiding van kennis over dit fenomeen bij de gewone burger, maar ook bij advocaten een averechts effect hebben. Zij kunnen dit aanwenden ter verdediging van criminele feiten. Het is en blijft essentieel om zich hiervoor te hoeden.

HOOFDSTUK 3: EMPIRISCH ONDERZOEK

1. INLEIDING

In het derde en laatste hoofdstuk van deze masterproef trachten we de mening en visie van significante personen uit verschillende beroepsgroepen te achterhalen betreffende sekssomnia in een forensische context. We doen dit door het voeren van een kwalitatief onderzoek aan de hand van halfopen interviews. Hiervoor gaan we te rade bij gerechtspsychiaters, neuropsychiaters, onderzoekers en slaapexperten. We wegen de verschillende visies tegen elkaar af, vergelijken deze met de literatuur en trekken hieruit onze conclusies.

Eerst overlopen we de onderzoeksstrategie en beschrijven we de onderzoekseenheden aan de hand van de onderzoekspopulatie, de ethische aspecten die om de hoek komen kijken en de uiteindelijke steekproef. Vervolgens schetsen we de onderzoekstechniek met de verschillende gehanteerde methodes en de gestelde vragen. Telkens vermelden we de ervaren problemen. Dan geven we een analyse van de interviews. Deze worden zo goed als mogelijk met elkaar vergeleken en waar mogelijk teruggekoppeld aan de bestaande literatuur.

2. ONDERZOEKSSTRATEGIE

Hoofdstukken 1 en 2 van deze masterproef construeerden we hoofdzakelijk door middel van een bureauonderzoek, meer bepaald een literatuuronderzoek. In dit hoofdstuk vervolgen we echter met een kwalitatief empirisch luik, waarin we op basis van semigestructureerde interviews bijkomende informatie verzamelen. De informatie die hieruit voortkomt, vullen de gegevens uit het vorige deel aan, bevestigen of weerleggen het. Aan de hand van deze interviews komt immers een brede variatie aan visies en voorstellen aan bod. Hieruit presenteren en synthetiseren we vervolgens de nieuwe, controversiële en meest relevante ideeën en koppelen ze terug aan de bestaande literatuur.

Dit is een methode dat aangeraden wordt wanneer er weinig gekend is over het te onderzoeken onderwerp, wanneer er getracht wordt een diepgaand, integraal inzicht te verwerven over het te bestuderen verschijnsel en wanneer het een complexe en/of unieke materie betreft. En dat is waar wij mee kampen en wat wij pogen te bereiken. Het voordeel van interviews is dat zij in nagenoeg elke situatie toepasbaar zijn, wendbaar zijn, nuttige

resultaten kunnen opleveren zonder al te veel voorafgaande methodologische training en voorstructurering en in tegenstelling tot de survey op kleine schaal kunnen gevoerd worden. Doordat veel minder databronnen gebruikt worden dan bij een survey is de externe validiteit van de onderzoeksresultaten vaak twijfelachtig. Daartegenover staat een hogere interne geldigheid van het interview vanwege de diepgang en wendbaarheid ervan (Decorte, Tieberghien & Petintseva, 2011; Beyens & Tournel, 2009).

Bij het semigestructureerd interview is het beginconcept voortdurend in evolutie. Er wordt gebruik gemaakt van een interviewersschema met vragen die tijdens het interview aan bod moeten komen. Aan de hand van de informatie die men verkrijgt tijdens het onderzoek, kunnen nieuwe vragen en ideeën ontstaan, waardoor men het oorspronkelijke concept volledig of gedeeltelijk moet wijzigen. Ook de gedachtegang van de respondent kan ervoor zorgen dat er moet afgeweken worden van de oorspronkelijk vastgelegde structuur. De werkwijze en structuur van het interview is dus vooraf niet vaststaand of solide (Beyens & Tournel, 2009).

We opteren niet voor een kwantitatieve benadering om de eenvoudige reden dat dit fenomeen niet gemakkelijk te meten valt. Het gaat om een verschijnsel dat amper tot niet tot uiting komt wegens schaamte, enzovoort. Sommige sekssomnia-lijdens zijn zich zelfs niet bewust van hun stoornis. Daarnaast zou een kwantitatief onderzoek in het kader van deze masterproef geen meerwaarde betekenen voor het bestaand kwantitatief onderzoek naar de prevalentie van dit fenomeen, omdat we niet over de middelen beschikken om een dergelijk uitgebreid en goed ontworpen onderzoek te voeren. Ook kent dit weinig criminologische relevantie en zelfs wanneer men onderzoek zou doen naar het percentage van mensen die aan sekssomnia lijden en die in aanraking gekomen zijn met het gerecht wegens deze stoornis, zou men nog foutieve conclusies trekken wegens het ontbreken van een correcte noemer (hiermee verwijzen we naar de totale populatie van personen die aan sekssomnia lijden).

3. ONDERZOEKSEENHEDEN

In dit onderzoek gebruiken we als onderzoeksmateriaal personen die in het kader van hun beroep reeds geconfronteerd werden met sekssomnia. Sommigen onder hen hebben in dit verband meegewerkt met het gerecht.

3.1. ONDERZOEKSPOPULATIE

Dit onderzoek kunnen we verwezenlijken door slaapspecialisten uit slaapcentra en onderzoekers te ondervragen die zich reeds in dit fenomeen verdiept hebben. Ook (gerechts)psychiaters die al met het fenomeen geconfronteerd werden en/of in zaken advies gaven waarin seksomnina ter verdediging werd ingeroepen, trachten we als databronnen te gebruiken. Advocaten en rechters die in relevante rechtszaken respectievelijk gepleit en geoordeeld hebben, behoren eveneens tot de populatie.

We kiezen ervoor patiënten buiten beschouwing te laten, omdat hier de meeste literatuur en het meeste onderzoek over bestaat. Daarnaast willen we in deze thesis graag de nadruk leggen op het forensische aspect van seksomnina, maar ook op de gevaren die met het gebruik van deze verdedigingsgrond in rechtszaken gepaard gaan. Ook trachten we suggesties ter verbetering van de huidige stand van zaken en algemene percepties te verkrijgen en bloot te leggen door middel van interviews. Daarom kiezen we voor personen met een meer overkoepelende visie op het fenomeen.

Slaapspecialisten, onderzoekers, (gerechts)psychiaters en personen uit juridische beroepscategorieën kunnen meer gerichte antwoorden aanreiken en kunnen de aandoening minder vanuit het ik-perspectief benaderen. We kiezen ervoor personen uit verschillende beroepscategorieën te raadplegen om een ietwat multifactoriële/multidisciplinaire benadering na te streven.

De onderzoekspopulatie betreft met andere woorden alle personen die in het kader van hun beroep, al dan niet in een forensische context, reeds geconfronteerd werden met seksomnina.

3.2. ETHISCHE ASPECTEN

In de huidige samenleving heerst er een sfeer van taboe rond seksomnina (Mangan, 2004). Het onderwerp van deze masterproef is bijgevolg een delicaat gegeven. In dit empirisch onderzoek omzeilen we de gevoelige snaar door personen die aan deze slaapstoornis leiden buiten beschouwing te laten. We concentreren ons op professionelen die minder direct met dit taboe geconfronteerd worden en zich hierdoor niet persoonlijk geraakt voelen. Zij moeten enkel vragen beantwoorden in het kader van hun professionele activiteiten.

Daarnaast zorgen we ervoor dat de respondenten van bij aanvang op de hoogte zijn van de bedoeling van het te voeren interview. Bij de eerste contactname verduidelijken we het opzet

van het onderzoek, benadrukken we het vrijwillige karakter van de deelname en het feit dat het op elk moment mogelijk is om zich terug te trekken uit het onderzoek. Ook vragen we toestemming voor het vermelden van de naam van de respondenten en geven we een schatting van de tijd die het interview in beslag zal nemen. Op deze manier vervullen we de vereiste van *informed consent* (Seidman, 2006; Academisch schrijfcentrum RUG, 2011).

3.3. STEEKPROEF

Aanvankelijk wilden we een heleboel personen interviewen, waaronder rechters, advocaten, onderzoekers, gerechtspychiaters, slaapspecialisten enzovoort, maar al gauw bleek dat we onze ambities moesten temperen. Heel weinig mensen reageerden (zowel onderzoekers, dokters, professors, advocaten, verschillende diensten, ziekenhuizen als slaapcentra), nog minder mensen wensten mee te werken. De aangehaalde reden was meestal dat men niets of weinig met het thema vertrouwd was. Zelfs beleidspsychiaters met een specialisatie in seksuele delicten beschikten over een geringe kennis met betrekking tot het onderwerp, ook verschillende ziekenhuizen en slaaplaboratoria hadden geen ervaring (zoals o.a. het UZ Leuven, het AZ St.-Lukas in Brugge en het slaaplabo te Antwerpen). Eén enkele professor die wel een meerwaarde zou kunnen geboden hebben aan ons onderzoek, verbleef voor enkele maanden in het buitenland en had daardoor geen tijd om te coöpereren, wel sloegen we zijn ‘leerjongen’ aan de haak. Vaak werden we doorverwezen (o.a. door het UZA en de slaapkliniek Atrium) naar personen met een grotere expertise over seksomnia of kregen we de tip om bij een welbepaalde instantie (zoals het NICC (Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie)) aan te kloppen. Meestal tevergeefs. Sommigen waren zeer geïnteresseerd, maar meenden te weinig over het fenomeen te kennen om een toegevoegde waarde te kunnen bieden aan ons onderzoek, anderen vroegen aan ons meer uitleg over de stoornis. Zo was het hoofd van het Slaapcentrum Geldervallei, een neuroloog, bijzonder geïnteresseerd in het onderwerp, maar meende hij onvoldoende te kunnen bijdragen. Zelfs een professor die in een krant zijn ongezuete mening gaf over een geval van seksomnia stelde hier onvoldoende mee vertrouwd te zijn om geïnterviewd te kunnen worden.

Omdat relevante databronnen schaars zijn, verzamelden we de eerste groep potentiële respondenten op basis van de namen die we vonden in de literatuur en de mediaberichtgevingen waarin we ons verdiept hadden. We zochten aanvankelijk de contactgegevens op van advocaten, rechtbanken (o.a. via de balie van Bergen, Charleroi, Antwerpen en Luik en via de Orde van Vlaamse Balies), auteurs, onderzoekers, slaapcentra,

ziekenhuizen met een slaapafdeling, gerechtspychiaters, psychiaters en slaapspecialisten. Daarnaast spoorden we via het internet andere schijnbaar significante, relevante personen op. Bepaalde diensten, instituten, associaties of groepen zoals het Bass (Belgian Association for Sleep research and sleep medicine), het personal Health Institute International, de federale Overheidsdienst Justitie, de Dienst Strafrechtelijk Beleid en het NICC contacteerden we met de bedoeling leden te bereiken die ons van dienst konden zijn. Deze mensen benaderden we telefonisch of via e-mail. We stelden hen de vraag of zij reeds geconfronteerd werden met seksomnia en of zij over een uitgebreide kennis beschikten omtrent dit fenomeen. Indien het antwoord positief was, verzochten we hen om zich beschikbaar te stellen voor een interview.

Ook peilden we naar de mogelijkheid om ons in contact te brengen met andere relevante personen die een meerwaarde konden betekenen voor ons onderzoek. Dit omhelst de sneeuwbalsteekproef methode. Via één persoon trachtten we in verbinding te komen met een andere persoon en zo verder. Zo leidde het Slotervaartziekenhuis ons tot bij dr. Hamburger en zou dr. Dillen ons tot zijn leermeester hebben gebracht, had deze beschikbaar geweest. Deze methodiek wordt vaak aangewend bij verborgen en moeilijk bereikbare populaties (Decorte, Tieberghien & Petintseva, 2011). In deze materie gaat het niet zozeer om een verborgen populatie, maar toch blijkt het moeilijk om zonder deze werkwijze voldoende bruikbare respondenten te bemachtigen.

Uiteindelijk kregen we groen licht van amper negen van alle gecontacteerde respondenten. Onder hen bevonden zich de volgende personen: het hoofd van het slaapcentrum Haaglanden en neuroloog, R.J. Schimsheimer; dokter en slaaptherapeut in het Royal Alfred Hospital te Sydney, P. Buchanan; neuropsychiater, K. Ringoet; professor en directeur van het Minnesota Regional Sleep Disorders Center, M. Mahowald; hoofd van het BASS, neuroloog en dokter in het slaapcentrum van het UZA, I. De Volder; Gerechtspychiater en professor aan de VUB, C. Dillen; psycholoog, professor aan de Universiteit van New Hampshire en onderzoeker M. Mangan; het hoofd van het Amsterdam WaakSlaapCentrum, neuroloog en tevens voorzitter van de NSWO (Nederlandse Stichting voor Slaap- en Waak Onderzoek), H. Hamburger en ten slotte gerechtspychiater en dokter aan de dienst psychiatrie van het Universitair Forensisch centrum van het UZA, K. Goethals. Bij de twee laatstgenoemde personen vingen we uiteindelijk toch nog bot. Dr. Hamburger vroeg omwille van tijdsgebrek om een e-mailinterview, maar heeft uiteindelijk toch geen tijd gevonden dit in te vullen binnen de opgegeven tijdslimiet. Dr. Goethals wilde meewerken aan een face-to-face interview, maar wegens zijn drukke agenda lukte het niet tijdig een afspraak te maken.

Naast vindbaarheid was er sprake van nog een ander selectiemechanisme, namelijk bereikbaarheid. De personen die we face-to-face zouden interviewen, bevonden zich enkel op Belgisch en Nederlands grondgebied. De e-mail interviews bevatten daarnaast ook Engelstaligen uit Amerika en Australië. De reden waarom het onderzoek beperkt bleef tot respondenten van deze landen zijn van pragmatische aard (evenwel hadden andere Engelstalige en Franstalige landen of personen, mits de bereidheid tot medewerking, ook kunnen betrokken worden). Naast het feit dat deze personen extra moeilijk te bereiken waren, beschikten we niet over voldoende capaciteiten om een interview in vakjargon te voeren in andere talen dan diegene hierboven vermeld.

De onderzoekseenheden werden met andere woorden op een alles behalve systematische wijze of op basis van toeval verzameld. Er vond geen aselechte steekproef plaats, zoals bijvoorbeeld bij een groots opgezette survey meestal het geval is. Hierdoor betreft het geen representatieve steekproef, maar dit werd evenmin nagestreefd. Het was louter de bedoeling om vanuit een multidisciplinaire invalshoek een kwalitatief diepgaand onderzoek te voeren gericht op het verduidelijken van bepaalde zaken zodoende hiaten te dichten of toe te lichten en percepties op bepaalde gegevens in verband met seksomnia op te vragen. Ook het saturatiepunt werd niet bereikt vanwege de beperkingen die samengaan met de geïnterviewde onderzoekseenheden. Het feit dat het om een gering aantal personen gaat en dat een persoon niet over een algehele kennis over dit fenomeen kan beschikken – o.a. omdat met dit verschijnsel nog vele niet-ontdekte gegevens samenhangen –, dragen bij tot deze beperkingen. Het gegeven dat de resultaten van dit onderzoek niet extern valide zijn en dat de resultaten dus niet kunnen worden veralgemeend naar de totale populatie vormt in principe geen obstakel wanneer men dit niet als dusdanig interpreteert. Daarenboven is vanwege de diepgang van dit kwalitatieve onderzoek de interne validiteit hoger dan bij een survey (Decorte, Tieberghien, & Petintseva, 2011).

4. ONDERZOEKSTECHNIEK

Het sprokkelen en interviewen van respondenten deden we samen met een medestudente die hetzelfde thesisthema koos. We kwamen tot de conclusie dat we constructief samen konden werken bij het interviewen van respondenten. We namen beiden een deel voor onze rekening en wisselden de verkregen data uit zodat we elk over de rudimentaire gegevens beschikten, maar onafhankelijk van elkaar een eigen mening konden vormen over de verkregen informatie en eigen conclusies konden trekken.

Het interviewen gebeurde op drie manieren. De interviewwijze hing af van de geografische kenmerken en de hiermee samenhangende bereikbaarheid van de respondenten. Doch werd bereikbaarheid ook in termen van beschikbaarheid in tijd geïnterpreteerd. De respondenten die bereikbaar en beschikbaar waren, bevroegen we door middel van een face-to-face interview. In het andere geval moest dit via een e-mail interview gebeuren en wanneer men hiernaar vroeg, kon het ook via de telefoon.

De vraag waarom we niet voor focusgroepen gekozen hebben om te komen tot aanbevelingen en ideeën naar de toekomst toe, is eenvoudig te beantwoorden en hangt gedeeltelijk samen met het voorgaande. Ons inzien was dit in de praktijk niet haalbaar. De personen die we wensten te bevragen, hebben uiteraard één voor één zeer drukke beroeps carrières en staan niet te springen om in het kader van een masterproef tijd vrij te maken voor deze bevraging, laat staan dat zij hun agenda kunnen of willen afstemmen op anderen om samen rond de tafel te zitten. Desondanks zou een focusgroep wel beter de onderliggende denkprocessen voorafgaand aan de meningen van de individuele deelnemende personen kunnen duidelijk maken. Ook uit de interacties tussen de kandidaten kunnen soms vernieuwende ideeën ontspruiten. Door naar de redeneringen en argumentaties van alle deelnemende personen te luisteren, kan immers een meer constructief denkproces op gang gebracht worden (Slocum, 2006).

4.1. VRAGEN

Wanneer we alle betrokken literatuur verwerkt hebben, blijven we met een aantal resterende, onbeantwoorde vragen zitten waarop we graag een antwoord willen. Ook hopen we een meer genuanceerde kijk te krijgen op contrasterende gegevens die aan het licht kwamen tijdens het literatuuronderzoek. Het gaat dus vooral om verduidelijkingen van zaken die in de literatuur opduiken en persoonlijke meningen, maar ook om aanbevelingen naar de toekomst toe in verband met bewijzen, verdediging en berechting. Hiaten trachten we te dichten.

De vragenlijst waarop we de halfopen interviews baseerden, is te vinden in de bijlage.

4.2. METHODE

De verschillende methodes veronderstellen een voorbereide onderzoeker. Het is dus belangrijk om over de nodige achtergrondinformatie te beschikken. Niet alleen wat het thema

van het interview en de interviewmethode betreft, maar ook de achtergrond van de respondent moet duidelijk zijn, wil men professioneel werken en serieus genomen worden.

4.2.1. FACE-TO-FACE INTERVIEW

Bij het voeren van een face-to-face interview kunnen we naast de verbale reacties eveneens rekening houden met de non-verbale reacties. Het kan een meerwaarde betekenen om bij de respondent gevoelens te ontwaren met betrekking tot het aangehaalde onderwerp. (Academisch schrijfcentrum RUG, 2011). Bij dit soort interview kunnen we waar nodig doorvragen, het gesprek meer diepgang geven en kunnen we nuanceringen aanbrengen. De interviewer merkt het beter op wanneer de vraag niet op de correcte wijze begrepen of geïnterpreteerd wordt en kan hierop sneller inspelen, zaken toelichten of context scheppen. We moeten dus steeds van flexibiliteit getuigen en de nodige communicatieve competenties meester zijn. We moeten rekening houden met mogelijke interviewereffecten. Zo is het belangrijk dat we geen geladen of suggestieve vragen stellen of door middel van onze houding of lichaamstaal respondenten in een bepaalde richting sturen. De interviewer moet zich een zo neutraal mogelijke rol aanmeten (Carton, 1999; Van Kerckvoorde, 1995; Beyens & Tournel, 2009). Ook kan het gebeuren dat het persoonlijke contact tussen interviewer en geïnterviewde zorgt voor het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Daarnaast neemt men het interview het beste af op een zo neutraal mogelijke locatie.

Het interview wordt opgenomen met een dictafoon en wordt later uitgetypt. Duidelijk is dat het face-to-face interview een grote investering in tijd vergt (de respondent moet worden opgezocht, het interview moet worden uitgetypt...), heel intensief en duur (opnamemateriaal, verplaatsingskosten) is (Den Boer, Bouwman, Frissen & Houben, 2005; Beyens & Tournel, 2009).

Aan de hand van de onderwerpen die we in gedachten hebben, stellen we een lijst op met vragen die we gedurende de interviews zeker aan bod willen laten komen (Lucassen & Hartman, 2007). Het gaat om een semigestructureerd interview (Jansen, 2005; Beyens & Tournel, 2009) dat naargelang de beroepscategorie lichtjes gewijzigd wordt. Wanneer er tijdens het beantwoorden van de vragen nieuwe inzichten tevoorschijn komen die de respondenten aanbrengen, kan hierop toch nog verder ingegaan worden. We noteren tijdens het luisteren de topics waarop we verder willen ingaan zonder dat er teveel wordt afgeweken van de richting die we uit willen met het interview. We passen de vragenlijst op basis van eerdere interviews aan voor volgende interviews. Ook kunnen we de verscheidene meningen

van verschillende respondenten vergelijken, de verschillen voorleggen aan de respondenten en hieruit conclusies trekken.

Deze interviewmethode werd gepland voor drie van onze respondenten, maar is uiteindelijk enkel bij dr. Dillen in het militair hospitaal te Brussel en bij dr. Ringoet bij hem thuis doorgegaan. De locaties werden telkens op voorstel van de respondent gekozen.

4.2.2. *TELEFONISCH INTERVIEW*

Deze interviewtechniek was bij aanvang van ons onderzoek niet gepland, maar werd uiteindelijk toch tweemaal gehanteerd. Dr. De Volder meende dat ze te weinig op de hoogte was van het fenomeen om een volledig interview te voeren, waardoor ze het liefst via de telefoon enkele vragen beantwoordde. Omdat we over weinig respondenten beschikten, gingen we allicht op elk aanbod in dat ons meer informatie kon verschaffen en stuurden we haar eerst de vragenlijst door, zodat ze zich op het interview kon voorbereiden. Bij dr. Schimsheimer was het de bedoeling een face-to-face interview af te nemen in zijn slaapkliniek, maar daar aangekomen, bleek hij ziek te zijn. Na een rondleiding in de slaapkliniek, telefoneerden we van daaruit naar hem en namen het interview dan maar telefonisch af.

Het telefonisch interview wordt vaak gebruikt in combinatie met het face-to-face interview voor moeilijk bereikbare respondenten (de Leeuw & Hox, 1998). We overlopen net als bij het face-to-face interview de vooropgestelde vragen en spelen in op de gegeven antwoorden. De gekende voordelen van een face-to-face interview, zoals het opmerken van non-verbale communicatie, maar ook de nadelen, zoals sociaal wenselijke antwoorden en interviewersbias, verdwijnen bij een telefonisch interview. Het voordeel ten opzichte van het e-mail interview is dat er net zoals bij het face-to-face interview onmiddellijk van twee zijden gecommuniceerd en doorgevraagd kan worden. In plaats van het gesprek op te nemen met een dictafoon, nemen we notities. Het voordeel van een telefonisch interview is dat het tijd- en kosteneffectief is. De respondent moet niet bezocht worden en enkel de kost van het telefoongesprek moet worden betaald (Oudenampsen & Kortenhoeven, 2002).

4.2.3. *E-MAIL INTERVIEW*

Het voordeel van een e-mail interview is dat het op een snellere manier kan gebeuren dan een face-to-face interview. Het is korter en ook zakelijker. Personen die afwijzend staan tegenover een face-to-face interview vanwege tijdsgebrek kunnen soms het voorstel om een e-mail

interview af te leggen wel aanvaarden. Op deze manier kunnen de respondenten antwoorden wanneer ze hiervoor tijd hebben. Men kan met deze methode personen over heel de wereld contacteren en men bespaart tijd en reiskosten. Andere voordelen van het e-mail interview zijn de volgende: het interview bestaat onmiddellijk in geschreven vorm; alvorens men een antwoord geeft, is over het inhoudelijke vaak beter nagedacht; men heeft meer tijd voor reflectie, waardoor de antwoorden formeler en consistentere zijn dan in een persoonlijk interview. Ook de intervieweffecten die bij het face-to-face interview wel kunnen optreden, worden vermeden. Het nadeel is dan weer dat het natuurlijk mechanisme van een gesprek verloren gaat via dit elektronische kanaal. Non-verbale communicatie gaat verloren, men mist belangrijke lichaamstaal en men kan niet op een spontane manier inspelen op vernoemde zaken. Het e-mail interview omvat normaliter meerdere dagen. Op alle ontvangen e-mails antwoorden met een wedervraag is geen goed idee. Respondenten zullen op deze manier gauw afhaken. Beter is met een goed voorbereide vragenlijst te starten, zodanig dat de belangrijkste informatie onmiddellijk verkregen wordt. Het gaat hier dus eerder om een gestructureerd interview dan om een volledig semigestructureerd interview (Rolnicki, Tate & Taylor, 2001; Hunt & McHale, 2007).

5. ANALYSE VAN DE INTERVIEWS

In wat volgt gaan we dieper in op de percepties, meningen en ervaringen van onze respondenten. Welke ervaring hebben zij met seksomnie? Geloven zij in het bestaan ervan? Denken zij dat deze stoornis bekend is en aanvaard wordt binnen verschillende bevolkingsgroepen? Wat is hun perceptie over de media-aandacht en het *dark number* van seksomnie-lidder? Zien zij een bepaald profiel van slachtoffers en geloven zij dat seksomnie preventief kan worden opgespoord? Is deze stoornis volgens hen behandelbaar en op welke manier is dat dan? Hoe denken zij over uitlokkende factoren? Wanneer en welke bewijzen moeten volgens hen aanvaard worden en hoe zien zij rechtszekerheid in dit geheel? Waarom zijn rechterlijke uitspraken volgens hen vaak zo verschillend en zijn zij het eens met deze uitspraken? Denken zij dat er vaak misbruik wordt gemaakt van seksomnie als verdedigingsgrond? En wat kunnen verbeteringen zijn voor de toekomst (deskundigen en multidisciplinariteit)?

Tijdens het lezen van deze analyse, moet de beperktheid van het onderzoek mee in rekening worden genomen. Daarenboven geeft niet elke respondent bij elke topic een volwaardig antwoord, eigen mening of perceptie.

5.1. ALGEMEEN

5.1.1. DE STOORNIS SEKSSOMNIA

Behalve dr. Ringoet zijn alle respondenten overtuigd van het bestaan van sekssomnia. Toch zijn er vele gradaties op te merken wat betreft het aantal zaken waarvan men op de hoogte is en is niet iedereen er even hard van overtuigd dat al de hun gepresenteerde zaken ook effectief sekssomnia-gevallen zijn. De onduidelijkheid wat de prevalentie van dit fenomeen (zie hoofdstuk 1 punt 13. *Prevalentie*) betreft, komt hier duidelijk aan bod.

Dr. De Volder heeft in haar slaapkliniek amper gevallen van sekssomnia gezien, maar wel enkele die erop geleken. Haar slaapkliniek werd slechts eenmaal gevraagd voor observatie van een potentiële sekssomnia-lijder in een forensische context, maar vond dit niet nuttig, omdat het om een eenmalig voorval ging. Dr. Buchanan heeft toch kennis van 12 tot 20 gevallen over de laatste 20 jaar. Sommige onder deze zaken omvatten het publieke domein, andere werden gepresenteerd op wetenschappelijke vergaderingen of werden gepubliceerd in tijdschriften. Ook dr. Schimsheimer spreekt toch over maximum 2 à 3 gevallen per jaar, terwijl er jaarlijks ongeveer 2000 patiënten over de vloer komen in zijn slaapkliniek. Nog veel zeldzamer zou het voorkomen in een forensische context. Zelf heeft hij nog geen dergelijke gevallen meegemaakt. Dr. Mahowald zegt dat er een overtuigend bewijs bestaat dat mensen die anders heel normaal zijn zeer complexe handelingen kunnen stellen in de slaap. Hij heeft er echter geen idee van hoeveel gevallen hij gekend heeft, maar zijn uitspraken doen vermoeden dat het er meer zijn dan bij zijn Nederlandstalige en Australische collega's. Hij heeft het voornamelijk over seksueel strelen eerder dan over verkrachtingen. In tegenstelling tot alle andere respondenten kent de Amerikaanse psycholoog Mangan duizenden gevallen van sekssomnia, maar kent hij slechts enkele gevallen in een forensische context. Hij stelt voor onderzoek te doen naar de hoeveelheid zaken waarin slaap als verdediging van seksuele misdragingen werd gebruikt.

Zowel dr. Dillen als dr. Ringoet kwamen buiten de forensische context nog niet in aanraking met sekssomnia en wijzen er op dat deze zaken steeds zéér grondig onderzocht moeten worden, want dat er een mogelijkheid bestaat dat het om bedrog gaat en volgens dr. Ringoet is dit zelfs hoogstwaarschijnlijk het geval.

Volgens dr. Dillen is sekssomnia een uiterst zeldzaam fenomeen, maar is het belangrijk te weten dat het bestaat. Hij heeft weet van drie gevallen waarvan slechts één een vrijspraak

omhelsde. Dr. Ringoet heeft zelf in drie relevante rechtszaken een rapport ingediend, maar in geen enkele rechtszaak ging het werkelijk om seksomnia. In een case werd het als excuus gebruikt, in een andere case was het gedrag het resultaat van intoxicatie (drugs en alcohol) en in nog een andere case ging het om een diabetespatiënt die vreemde bewegingen maakte onder invloed van hypoglycemie.

Dr. Ringoet oppert dat wanneer iemand heel diep slaapt en handelingen stelt buiten zijn wil om, die persoon zich in een totale bewustzijnsdaling bevindt. Op dat moment kunnen volgens hem geen complexe, gecoördineerde handelingen gesteld worden. Kleren uittrekken, de benen van het slachtoffer openen, dwang uitoefenen, enzovoort zouden met andere woorden te complex zijn om buiten de wil van een persoon gesteld te worden. Ook dr. Dillen gelooft het seksomnia-verhaal niet meer wanneer het om gewelddadige verkrachtingen gaat. In uitermate zeldzame gevallen waarin alle factoren meezitten en de persoon in feite nog weinig moet doen om seksuele handelingen te stellen, kan het volgens dr. Ringoet eventueel wel. Er moet telkens geval per geval beoordeeld worden wat thuis hoort onder complex gedrag en wat niet. Dr. Schimsheimer countert voorgaande stelling met de vraag hoe complex een persoon in zijn slaap kan handelen. Er zijn immers gevallen bekend van mensen die eieren bakken, koken, zich aankleden, gaan wandelen en andere complexe zaken uitvoeren tijdens hun slaap... Hij stelt dat al het gedrag dat tijdens dergelijke episodes gesteld wordt onbewust gebeurt.

Een opvallend verschil valt op te merken tussen de Amerikaanse en de overige respondenten. De Amerikaanse respondenten kennen naar eigen zeggen veel meer seksomnia-cases dan de andere respondenten. De reden van deze afwijking kunnen wij op basis van dit onderzoek niet beantwoorden. Opvallend is tevens dat slechts één respondent zich faliekant tegen het bestaan van dit fenomeen verzet (zie hoofdstuk 1 punt 14. *Believers en non-believers*). Deze afwijkingen kunnen mogelijkwijs een resultante vormen van de beperktheid van ons onderzoek.

5.1.2. BEKENDHEID EN AANVAARDING BIJ VERSCHILLENDE GROEPEN

De respondenten komen overeen dat de meeste personen, ook in medische, psychiatrische of juridische beroepscategorieën niet op de hoogte zijn van het bestaan van seksomnia. Vooral advocaten worden verondersteld hier niets over te weten en zullen enkel wanneer ze een bepaald geval voorgeschiedt krijgen, bestuderen hoe ze die persoon kunnen vrij krijgen of strafvermindering kunnen geven (voornamelijk Ringoet gaat hierop in). Mangan meent dat

advocaten afhankelijk van hun bronnen voldoende kennis kunnen vergaren om een degelijke verdediging te voeren (lees: diegenen met geld zullen de mogelijkheid hebben een betere verdediging uit te bouwen). Ook de doorsnee (gerechts)psychiater wordt geacht hier geen kennis van te hebben. Zij zijn vaak niets of weinig getraind wat slaapgeneeskunde betreft. Schimsheimer denkt dat een scholing voor rechters nuttig kan zijn om in de toekomst niet meer volledig van de experts af te hangen.

Elke respondent kwam reeds voor 2005 en dus voor het erkennen van seksomnia in de ICSD II, in aanraking met deze slaapstoornis. Wanneer we vroegen naar hun denkbeeld over de aanvaarding van het fenomeen onder de bevolking en onder verschillende beroepscategorieën en naar de prevalentie van de stoornis als verdedigingsgrond telkens voor en na 2005, lopen de meningen uiteen.

Dillen en Ringoet menen dat psychiaters absoluut niet begripvoller reageren op het fenomeen dan voor 2005 en er zelfs zeer sceptisch tegenover staan.

Volgens Ringoet en Buchanan is begrip zeer individueel bepaald en zou het hen verbazen moest er een wonderbaarlijke wijziging in de attitudes van de rechters gekomen zijn. Weinig rechters zouden deze verdediging aanvaarden. De advocaten richten zich volgens Ringoet steeds naar hun cliënt en daarom zou de advocaat van de verweerder dit wel en de advocaat van de aanklager dit niet aanvaarden.

*“Het grote probleem in gerechtszaken, dat is [...] dat bepaalde psychiaters de taal spreken van degene die hen betaalt.”
(Ringoet, Karel, face-to-face interview, 24 maart 2012)*

Naar de mening van Schimsheimer is er geen verschil op te merken qua houding die aangenomen wordt tegenover seksomnia in het algemeen. Volgens hem werd er tot nog toe in Nederland redelijk open met dit soort stoornissen omgegaan. Hij meent tevens dat er in Nederland amper publieksvoorlichting bestaat rond seksomnia. Zij willen vermijden dat dit een populair sensatiebelust thema wordt. Eventuele themadagen zouden volgens hem een oplossing kunnen bieden om het onderwerp toch in het publieke bewustzijn te laten doordringen.

Volgens Ringoet zal het brede publiek dergelijke stoornis in gerechtszaken nooit aanvaarden, zeker de slachtoffers en hun familie niet.

Daarentegen wordt volgens Mangan seksomnina na de erkenning in de ICSD II meer erkend als een conditie dat verschillende gedragingen kan legitimeren dan ooit tevoren. Door onderzoek en artikels zouden het bredere publiek en academische groepen zich meer bewust zijn van het bestaan van deze aandoening. Aanklagers en advocaten van de verdediging zouden zich meer en meer bewust worden van slaapseks als een potentiële verdedigingsstrategie. Buchanan meent dienovereenkomstig dat er tot op een zekere hoogte een verandering is gekomen in de attitude van het bredere publiek door media, films en televisie die meegenomen worden in de bredere publieke perceptie. Hij denkt echter dat vele slaapspecialisten zich niet bewust zijn van het bestaan van deze stoornis en dat degenen die er zich wel bewust van zijn hier zeer sceptisch tegenover staan (zowel binnen als buiten professionele kringen).

Buchanan vermoedt dat er een stijging is wat betreft het gebruik van het fenomeen voor verweerders en hun pleitbezorgers in situaties waarin er vanuit het perspectief van de slaapdeskundige weinig waarschijnlijkheid bestaat dat deze verdediging legitiem is. De stijging gaat volgens hem dus gepaard met een stijging van misbruik. Ook Mangan veronderstelt een toename in het voorkomen van deze soort verdediging, maar heeft het niet over misbruik. In tegenstelling tot dr. Buchanan verwacht dr. Dillen geen uitbreiding van de prevalentie van seksomnina als verdedigingsgrond in rechtszaken. Hij merkt echter wel op dat dergelijke gevallen nu logischerwijs moeten worden doorverwezen naar psychiaters.

De meesten veronderstellen dus dat seksomnina over het algemeen een onbekend en onaanvaard fenomeen is. Houden rechters en advocaten bij een gebrek aan kennis dan voldoende rekening met expert-getuigenissen? Gerechtspsychiaters leggen het ingediende rapport (een gebalanceerde, niet-partijgebonden beoordeling van de gepresenteerde feiten) uit aan advocaten en rechters. Wanneer zij dit goed expliqueren en omstandig toelichten, gaan rechters dit rapport volgens Dillen en Ringoet wel volgen. Het is ten slotte een ver-van-hun-bed-gebeuren. Echter, dit kunnen zij niet staven aangezien gerechtspsychiaters in België – in tegenstelling tot in Nederland – geen feedback krijgen over het resultaat van hun verslagen. Ook volgens slaapspecialisten Mahowald en Schimsheimer nemen advocaten en rechters hun expertise voldoende mee in rekening. Volgens slaapspecialist Buchanan doen slechts sommigen dat, maar nemen rechters de getuigenis van eender welke expert-getuige eerder aan als een bijdrage dan als een definitief iets.

5.1.3. MEDIA-AANDACHT

Alle respondenten zijn het erover eens dat de media een sensationeel beeld geeft van deze slaapstoornis. Wat betreft de noodzakelijkheid van publiciteit rond het onderwerp, bestaat verdeeldheid.

Ringoet wijst op het gevaar van imitatie door media-aandacht en stelt dat het het beste is er zo weinig mogelijk aandacht aan te besteden. Ook Mangan en Dillen wijzen erop dat er misbruik kan plaatsvinden, maar vinden het eerder aan de rechtbanken om dit geval per geval uit te zoeken. Zij zien de publiciteit rond het onderwerp eerder als een opportuniteit om de bevolking op de hoogte te brengen van het bestaan van deze stoornis en de potentiële risico's ervan. Mangan ziet potentie in zowel negatieve als positieve publiciteit, Dillen is genuanceerder en geeft kritiek op de ongewogen opinies van journalisten die hun visie inkleden als wetenschappelijk onderbouwde artikels. Beide respondenten vinden het goed seksomnia als een kwestie naar voor te schuiven waarbij zowel de pro's en de contra's tegen elkaar worden afgewogen. Ook Schimsheimer staat voor een discrete, genuanceerde berichtgeving ter voorlichting van de bevolking.

5.1.4. DARK NUMBER

Ofschoon geen enkele studie de exacte prevalentie heeft aangetoond, verwachten – behalve dr. Ringoet – alle geïnterviewde respondenten dat seksomnia in een klinische context zonder forensische implicaties meer bestaat dan dat over het algemeen gedacht wordt. Individuen die lijden aan seksomnia kunnen soms vanwege de geassocieerde amnesie niet op de hoogte zijn van hun slaapstoornis, zo redeneert prof. Mahowald. Ook dr. Buchanan geeft deze reden aan, samen met mogelijke schaamte over deze stoornis. Tevens speculeert hij dat bepaalde etnische of religieuze groepen en hun leden misschien extra voorzichtig zijn om dergelijk onderwerp aan te snijden bij een vreemde, ook al is het een professional. Seksuele zaken zouden in vele samenlevingen en subgroepen niet openstaan voor discussie buiten de intieme, persoonlijke relatie. Dit element, te midden van vele andere factoren, zou een impact kunnen hebben op het *dark number* van seksomnia-lijdende. Psycholoog Mangan veronderstelt daarnaast dat mensen die geen problemen hebben met seksomnia of het zelfs als iets positiefs ervaren minder snel hulp zullen zoeken, waardoor de stoornis minder aan het licht komt. Dr. Schimsheimer meent dat of de stoornis aan de oppervlakte komt, afhangt van hoe de partner ermee omgaat en verwijst naar partners die het gevoel hebben met een wezenloos iemand te maken te hebben en partners die geen seksuele gemeenschap wensen te hebben. Ook dr.

Dillen veronderstelt dat wanneer de daders geen partner hebben het fenomeen onontdekt kan blijven, wat ook nadelig kan zijn voor de bewijsvoering wanneer het tot een rechtszaak komt. Naast enkele extra details kwamen al deze punten ook aan bod in de doorgenomen literatuur (zie hoofdstuk 1 punt 6.3. *Aanwezigheid partner* en punt 13. *Prevalentie*).

Dr. Ringoet meent dat seksomnia in principe niet bestaat en dat soortgelijke zaken zich enkel kunnen voordoen mits zeer toevallige, elkaar ondersteunende omstandigheden. Hij beweert enkel met seksomnia geconfronteerd te zijn geweest in een forensische context en gelooft dat het steeds ofwel om een excuus ofwel om een andere stoornis ging. Hij vermoedt dus dat het minder bestaat dan gedacht wordt. Dr. Ringoet is steeds radicaler in zijn uitspraken dan de twijfel die soms in de wetenschappelijke literatuur betreffende seksomnia opduikt.

5.1.5. SLACHTOFFERS

Wat het profiel van de slachtoffers betreft, denkt Mahowald vooral aan vrouwelijke kinderen die in de nabijheid van een man, voornamelijk de vader slapen. Buchanan verwacht in overeenstemming met Mahowald vooral kwetsbare slachtoffers. Mangan voegt hieraan toe dat het in de forensische context voornamelijk om niet-bloedverwanten gaat uit de lagere tot midden socio-economische klasse. Hij benadrukt dat er onderzoek moet gevoerd worden naar de karakteristieken van de slachtoffers. Dillen meent daarentegen dat de lagere socio-economische klasse net minder snel geneigd zal zijn om hulp te zoeken of aangifte te doen, omdat ze bang zijn hun werk te verliezen, omdat ze tegenover dergelijke feiten een andere houding aannemen of omdat ze dit binnen de familie afhandelen en oplossen. Ook moet het in een context gebeuren dat het strafbaar is. Binnen een relatie zal men hier bijvoorbeeld minder snel problemen van maken. Hij spreekt dan ook anders dan Mangan voornamelijk over gevallen binnen het gezin. Schimsheimer heeft het in tegenstelling tot de anderen niet echt over een profiel. Volgens hem zijn vooral de partners slachtoffer en soms ook andere personen waarmee samen geslapen wordt (eventueel in slaapzalen).

Wat de ‘compensatie’ voor de slachtoffers aanbelangt, pleit Buchanan voor rechtvaardigheid binnen een gepaste tijdspanne en volgens de wetten van het land, zoals het altijd zou horen te zijn. Een monetaire compensatie voor het slachtoffer is een mogelijkheid waarover nagedacht moet worden. Dillen benadrukt dat wanneer er een vrijspraak van de dader is, er ook geen verdere ‘schadevergoeding’ voor het slachtoffer meer kan plaatsvinden. Mangan raadt aan onderzoek te doen naar hoe onder andere in het kader van potentiële toekomstige schadevergoedingen slachtoffers en heel hun familie met de gebeurtenis omgaan.

In de literatuur wordt op het voorgaande niet ingegaan.

5.1.6. PREVENTIEVE OPSPORING

Geen van de geïnterviewde personen denkt dat slaapseksepisodes preventief kunnen worden opgespoord. Het kan volgens hen wel zijn dat er zich reeds meerdere episodes hebben voorgedaan en dat iemand de seksomnia-lijder informeert over zijn vreemd gedrag of dat daardoor enkele bevorderende factoren aan de oppervlakte komen, maar er zou geen betrouwbare weg zijn om te voorspellen dat een seksomnia-episode op die bepaalde nacht zal plaatsvinden. Preventieve opsporing werd evenmin in de literatuur teruggevonden.

5.1.7. BEHANDELBAARHEID

Op de vraag of seksomnia behandelbaar is en op welke manier het behandeld zou moeten worden, geven de meesten een eenduidig antwoord. Een medicamenteuze behandeling, meer in het bijzonder *clonazepam*, zou zijn efficiëntie bewezen hebben. Dillen vermeldt enkel de voorzorgen die moeten genomen worden om een episode te vermijden, Mangan haalt naast de twee voorgaande zaken ook het behandelen van psychologische stress aan. Schimsheimer meent steeds eerst een uitleg te verschaffen over het mechanisme van slapen en slechts in heel erge gevallen over te gaan tot een medicamenteuze behandeling. Hij waarschuwt verder voor het gebruik van *clonazepam*, omdat het een potentieel verslavende benzodiazepine is en het vaak om relatief jonge patiënten gaat. Daarnaast bestaat volgens hem de mogelijkheid bij psychologen in behandeling te gaan en om naar Amerikaans model, zoals door Consiglio (2009) reeds werd aangehaald, met hypnosetherapieën te experimenteren, ook het wegwerken van psychologische trauma's uit het verleden zou helpen. Hij vindt echter dat de resultaten voorlopig tegenvallen. Buchanan beklemtoont dat een redelijke benadering een conventioneel model dient te volgen om de diagnose van seksomnia te bekrachtigen, de etiologische basis te herkennen en om die oorzaak zo definitief als mogelijk vast te stellen om op basis daarvan hulp te zoeken bij empirisch farmacologische en niet-farmacologische behandelingen.

Ringoet begrijpt van waar de redenering komt om *clonazepam* toe te dienen, maar omdat hij niet overtuigd is van de existentie van het fenomeen beschouwt hij dit als nutteloos.

Bijna alle behandelingswijzen die in de literatuur (zie hoofdstuk 1 punt 12. *Behandeling*) aan de oppervlakte kwamen, komen ook tijdens de interviews naar boven. Wel valt op dat iedere respondent de nadruk legt op een ander aspect. Dit is ons inzien een uiting van het gebrek aan wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit van de verschillende behandelingen.

5.1.8. *UITLOKKENDE FACTOREN*

Alle respondenten zijn van mening dat wanneer een persoon zich blootstelt aan factoren waarvan hij weet dat ze gevaarlijk gedrag kunnen uitlokken en hiermee anderen mogelijk in gevaar kan brengen, deze persoon de verantwoordelijkheid over zijn daden moet dragen. Geheel of partieel. Toch kan het zijn – zo stelt Buchanan – dat in sommige zaken uitlokkende factoren (zoals alcoholintoxicatie) de aanklacht wijzigen en eventueel een invloed uitoefenen op de uitspraak. Mangan geeft hiervan een voorbeeld waarbij een vader veroordeeld werd tot vijf jaar gevangenisstraf omdat hij geen voorzorgen had genomen en daardoor zijn kinderen in gevaar had gebracht. Buchanan stelt dat er geen plaats is voor generalisering en dat de nadruk moet worden gelegd op de precieze analyse van individuele omstandigheden. Verder bestaat er volgens hem een discussie over wat thuishoort onder ‘uitlokkende factoren’ en zou alcohol in deze context controversieel zijn. Dit laatste vonden wij echter niet terug in de literatuur. Hierin werd gesteld dat het klinisch bewezen is dat alcoholintoxicatie seksomnia kan uitlokken en dat bijvoorbeeld de aanwezigheid van een partner in bed controversieel is (Mangan, s.d.). Mahowald stelt dat men deze factoren dient te vermijden, maar dat dit het probleem niet zou oplossen en wijst op het belang van wetenschappelijke studies die klaar en duidelijk uitlokkende factoren identificeren. Schimsheimer vindt dat een seksomnia-lijder naast het vermijden van drug- en bepaald medicatiegebruik en het beperken van alcoholgebruik tot bijvoorbeeld één glas per dag, er ook moet op letten er een regelmatige levensstijl op na te houden, zodat de slaap niet ontregeld wordt. Hij stelt dat een persoon onder invloed van uitlokkende factoren niet voor de volle honderd percent voor zijn daden moet worden verantwoordelijk gesteld, maar dat het wel moet gelden als ‘verzwarende omstandigheid’. Verder raadt hij aan om na verder onderzoek een soort promillage aan alcoholgebruik te koppelen. Ringoet stelt dat alles wat het bewustzijn wijzigt inderdaad een invloed kan hebben op dergelijke voorvallen, maar dan zou er steeds een wilsfactor in het spel zijn en is men geheel of partieel verantwoordelijk. Hij staat sceptisch tegenover uitlokkende factoren omdat hij meent dat wanneer men al die factoren bij elkaar neemt, iedereen gedrag kan stellen dat op seksomnia lijkt. Ook wijst hij op de paradox van de bevorderende factoren zoals wij in hoofdstuk 1 punt 3.3.3. *Paradox van de uitlokkende factoren* besproken hebben.

5.2. FORENSISCHE CONTEXT

5.2.1. BEWIJZEN AANVAARDEN OF VERWERPEN?

Wanneer slaaponderzoek niets oplevert, wordt de sekssomnia-verdediging niet aanvaard, stelt Dillen vast. Wanneer het wel iets oplevert (en dit soms na simulatie), wordt de sekssomnia-verdediging in de rechtbank aannemelijker. Nochtans geven Schimsheimer en Ringoet kritiek in verband met het vertrouwen op deze slaapstudies. Schimsheimer stelt dat er op het moment dat het slaaponderzoek plaatsvindt er nooit vreemd gedrag wordt gesteld en het vooral gebruikt wordt om bepaalde stoornissen uit te sluiten (zie hoofdstuk 1 punt 9. *Diagnosestelling* en hoofdstuk 2 punt 3.3.1. *Getuigenissen van deskundigen en diagnoses*). Volgens Ringoet geven slaapstudies slechts een globaal, bijna mathematisch beeld van de slaap en geven ze niets weer over de inhoud ervan en dat is wat volgens hem net nodig is om een oordeel te kunnen vellen. Hij meent dat deze studies niets bewijzen. Er zijn bijvoorbeeld vele gevallen gekend waarin een persoon kan masturberen in de slaap, zonder dat hij aan sekssomnia leidt.

Alle respondenten zijn het er over eens dat een diagnosestelling geen retroactieve werking kent en bijgevolg in essentie geen bewijswaarde heeft voor het moment waarop de feiten gepleegd werden. Dillen ziet het als een element in het geheel dat gaat versterken of verzwakken.

“Ge hebt zelden of nooit één element dat een ja- of neen-antwoord oplevert, het is altijd een samenbrengen van puzzelstukskes, die maken dat ge over iets grip krijgt.”

(Dillen, Chris, face-to-face interview, 14 maart 2012)

Schimsheimer stelt dat slaapspecialisten in een forensische context een anamnese doen, het hele verhaal nogmaals overlopen, dan alle gegevens toetsen aan de criteria van Mahowald (zie ook hoofdstuk 2 punt 3.3.1. *Getuigenissen van deskundigen en diagnoses*) en dat de dader daarbovenop door psychologen wordt onderzocht om zo tot een waarschijnlijke uitspraak te kunnen komen in een totaalrapport dat aan de rechtbank wordt afgeleverd.

Een documenteerbare geschiedenis van slaapproblemen kan volgens psycholoog Mangan voldoende zijn om de onschuld van de verweerder te bewijzen, maar om met een grotere waarschijnlijkheid de niet-criminele aard van de bediscussieerde feiten vast te stellen is het toch beter wanneer anderen daarnaast de slaapseks kunnen staven. Deze twee elementen

kunnen ook volgens Dillen vaak voldoende zwaar doorwegen. Volgens Mangan gaat het niet zozeer om *believers* en *non-believers* (zoals Dillen beweert) of om een zwart-wit tegenstelling, maar betreft het een zaak van gradaties. Het bewijs is hierbij steeds enorm belangrijk.

Niemand van de respondenten had reeds nagedacht over het controversiële gegeven van een erectie in de non-REM-slaap. Schimsheimer maakt echter de volgende bedenking: men kan zeggen dat er in de diepe slaap geen erecties kunnen voorkomen, maar op het moment van de sekssomnia-episode heeft er een *arousal* plaatsgevonden. Dit is één van de argumenten die ook in de literatuur aan bod komt (zie hoofdstuk 1 punt 5. *Uitingsvormen*).

5.2.2. RECHTSZEKERHEID

Wat rechtszekerheid betreft, lopen de meningen van de verschillende respondenten gelijk. Over het algemeen gelooft men niet dat men met absolute zekerheid kan stellen of de feiten die ter discussie staan onbewust in de slaap werden gepleegd.

"There is no certainty, just probability."

(Mangan, Michael, e-mail interview, 16 maart 2012)

Het wetenschappelijk bewijs dat bijdraagt tot het eindoordeel is bijna nooit onvermengd duidelijk, onveranderbaar of gemakkelijk te verstaan. Bijna altijd is er een element van twijfel dat de aard van de daad dat beoordeeld wordt, doorkruist. Het gedrag moet in zijn gehele context worden geëvalueerd. Bovenop het moeilijk te bewijzen oorzakelijk verband, gaat het vaak om een terugblik op feiten die vaak maanden tot jaren geleden zijn. Men moet steunen op de herinneringen van getuigen en hangt af van de pleidooien van zowel verweerder als aanklager en de presentaties van de meningen van de deskundigen van zowel de verdediging als de aanklagers (in de accusatoire rechtssystemen). De expert-getuigenis hangt daarenboven samen met de achtergrond van de getuige-deskundige die vaak niet getraind is op het vlak van slaapgeneeskunde. Volgens onze respondenten is men dus steeds genuanceerd wat betreft het doen van uitspraken, is het nooit puur zwart-wit en gaat het steeds slechts om een waarschijnlijkheid.

5.2.3. UITEENLOPENDE RECHTERLIJKE UITSPRAKEN

Over het feit dat de verschillende uitspraken in rechtszaken sterk uiteenlopen, bestaat geen twijfel. De verschillende respondenten benadrukken echter diverse redenen van de oorzaak

hiervan. Mahowald wijt de diversiteit toe aan een gebrek aan inzicht in de stoornis door de rechter. Hij meent dat er aan de advocaten er rechters steeds moet geëxpliciteerd worden dat zulk gedrag zich kan voordoen, maar dat het moeilijk is dit te bewijzen. Volgens Dillen ligt het eraan in hoeverre ze zich laten informeren en wie hen informeert. Gaat het om iemand die vaak met slaappathologie te maken krijgt? Achter welke benadering schaat deze persoon zich? Wanneer de persoon niets van slaapstoornissen kent, zal hij er ook niet bijilstaan en vormt hij eigenlijk een mening zonder wetenschappelijke onderbouwing. Op dat moment speelt men eerder rechter dan psychiater. Dillen vermeldt ook dat er in verschillende regio's mogelijk andere visies als belangrijk gezien worden. Zo zou Wallonië een zwaardere impact ondervinden van het psychoanalytisch denkkader en op die manier gemakkelijker problemen trachten te verklaren. Volgens Mangan liggen de uiteenlopende eindspraken aan de rechters wiens meningen verschillen en aan potentieel verschillende regels binnen onderscheiden jurisdicties. Buchanan erkent dan weer de uniciteit van de verschillende rechtszaken en meent dat elke ambtenaar een verschillend niveau van inzicht in de wetenschappelijke concepten heeft en een verschillende visie over hoe wetenschappelijke bewijzen tegen elkaar af te wegen. *Junk science* merkt hij aan als een aspect dat voor een verwarrende situatie kan zorgen en mede aan de basis kan liggen van uiteenlopende uitspraken. Volgens hem zijn het in wezen niet-wetenschappelijke begrippen, zoals het karakter van de rechter die ervoor zorgen dat de beslissingen in rechtszaken zo schommelen.

5.2.4. CORRECTHEID RECHTERLIJKE UITSPRAKEN

Alle respondenten die weet hebben van forensische seksomnias-cases kennen zowel vrijspraken als veroordelingen voor aanranding van de eerbaarheid of verkrachting.

Buchanan, Dillen en Mahowald zeggen dat de gevolgen afhankelijk zijn van een veroordeling of vrijspraak en dus variabel zijn. De strafmaat is afhankelijk van de kwalificatie van de feiten. Wordt men beschuldigd van aanranding van de eerbaarheid of van verkrachting?

Zowel Ringoet, Dillen als Schimsheimer waren het bijna altijd eens met de uitspraak van de rechter. Mahowald is meer genuanceerd en vond sommige vonnissen gepast en andere niet. Ringoet stelt dat hoe de feiten geïnterpreteerd worden door de rechter afhangt van hoe het aan hem wordt voorgesteld en moet die presentatie dus optimaal zijn (zie punt 5.2.6. *Getuigedeskundigen en multidisciplinariteit*). Hij denkt dat advocaten die deze slaapstoornis als verdediging gebruiken dit op een waardige basis doen, omdat het zonder deze basis geen

goede verdediging betreft en het ook niet zou aanvaard worden. Schimsheimer vindt dat er een soort van behandelingsplicht aan een uitspraak zou moeten vastzitten.

Buchanan heeft daarentegen de indruk dat rechtszaken waarin sekssomnias behandeld wordt, zeer willekeurig afgehandeld worden en helemaal niets met wetenschappelijke bewijzen te maken hebben.

"It is my strong impression [...] that how a tricky subject such as sexomnia is handled in individual court cases is something of a lottery and revolves around a host of factors many of which have nothing to do with the scientific facts that may be presented."

(Peter Buchanan, e-mail interview, 11 april 2012)

5.2.5. MISBRUIK

Volgens verschillende respondenten is het bij sekssomnia niet anders dan bij andere stoornissen en meer algemeen, bij verdedigingsgronden in rechtszaken. Er moet steeds geoordeeld worden of het om de waarheid of om leugens gaat. Onscrupuleuze advocaten produceren volgens psycholoog Mangan, dr. Ringoet en dr. Buchanan verdedigingsstrategieën eender wat de aanklacht is. Deze visies sluiten aan bij de waarschuwing in de literatuur voor *junk science* in rechtszaken en de aanbeveling een *amicus curiae* aan te stellen (Bornemann, Mahowald & Schenck, 2006). Dr. Buchanan veronderstelt dat het vaak onmogelijk is om zonder buikgevoel te oordelen of het al dan niet om misbruik gaat. Dr. Dillen gaat er vanuit dat wanneer de verdedigingsgrond niet aanvaard wordt er misbruik is gemaakt. Slaapspecialiste De Volder stelt dat de sekssomnia-diagnose niet retroactief kan gesteld worden (zie ook hoofdstuk 2 punt 3.3. *Bewijsvoering*) en dat misbruik afhangt van de persoonlijkheid van de dader. Volgens dr. Ringoet zou er een soort van moraliteitsonderzoek moeten gevoerd worden om hierover te kunnen oordelen.

Volgens dr. Mahowald bestaat er geen volstrekt ondoorlaatbare manier om te weten of er misbruik gemaakt wordt van sekssomnia, maar kan men door te steunen op geloofwaardige getuige-deskundigen misbruik vermijden. Dr. Buchanan verwijst dan weer naar een redelijke methodologie met een wetenschappelijke basis die de tand des tijd heeft doorstaan om te oordelen of het in een gegeven situatie om misbruik gaat of niet. Hier kunnen we de link leggen met de richtlijnen die ook in onze literatuurstudie aan bod komen (zie hoofdstuk 2: punt 3.3.1. *Getuigenissen van deskundigen en diagnoses*).

Daarentegen is dr. Ringoet van mening dat gevallen met heuse verkrachtingen steeds bedrog zijn. Hij stelt dat er in 99% van de gevallen misbruik wordt gemaakt van sekssomnia als verdedigingsgrond. Dit staat in schril contrast met de mening van dr. Schimsheimer die denkt dat er bijna nooit misbruik van wordt gemaakt simpelweg omdat de meeste aanrandingen en verkrachtingen buiten de slaap plaatsvinden. Ook weet hij niet hoe eventueel misbruik zou kunnen tegengehouden worden.

5.2.6. GETUIGE-DESKUNDIGEN EN MULTIDISCIPLINARITEIT

Of de redenering van gerechtspsychiaters een goede redenering is, hangt af van hun ervaring, betrouwbaarheid en integriteit, zo stelt Mahowald. Ook het vragen van een tweede mening hangt vaak af van deze factoren. Volgens Buchanan is de bezorgdheid van gerechtspsychiaters in de eerste plaats niet de juridische uitkomst, maar wel het presenteren van een gebalanceerde beoordeling van de feiten en het geven van hun mening op basis van hun expertise over de waarschijnlijkheid dat de bediscussieerde feiten al dan niet hun basis vonden in sekssomnia. Ook Dillen's eerste bezorgdheid is het uitleggen van het ingediende verslag aan advocaten en rechters. Hij pleit voor erkenningsnormen voor gerechtspsychiaters. Een psychiater wordt in België tijdens zijn opleiding amper met forensische psychiatrie geconfronteerd en kent niets van de rechtsstructuur van het land. Toch mag deze zonder problemen bij de rechtbank als deskundige aantreden. Dillen meent dat gerechtspsychiaters eerst een theoretische opleiding dienen te volgen om vervolgens nog een lange tijd onder supervisie te werken, zoals in Nederland het geval is. In België moet men het tot nog toe al doende leren, zo worden er evenwel brokken gemaakt. Ook Ringoet wil richtlijnen inlassen in rechtbanken om aan te duiden welke gerechtspsychiaters hun oordeel zouden mogen vellen in soortgelijke zaken (zie verder).

Schimsheimer, Dillen en Ringoet opteren voor een multidisciplinaire aanpak van sekssomnia in rechtszaken. Zo kan de expert-getuige het best een multidisciplinaire achtergrond hebben, maar ook verschillende experts van verschillende vakgebieden laten overleggen kan eventueel een oplossing bieden. Als men breed kan kijken, kan men immers op een gezonde manier alternatieven overwegen. Dillen geeft aan dat er bij gewelds- en seksuele misdrijven vaak een factor psychiatrie in de zaak verweven zit. Hier zouden gerechtspsychiaters en andere relevante beroepen dan ook veel meer kennis over moeten hebben. Wel is het zo dat de psychiatrie nog steeds een jonge tak is van de geneeskunde en verschillende denkkaders kent. Het gevolg hiervan is dat afhankelijk vanuit welke visie/theoretische achtergrond men een

psychisch of psychiatrisch probleem benadert, men een geheel andere uitleg kan geven zonder dat de ene uitleg beter is dan de andere. Over een bepaald probleem kan men bijvoorbeeld meer vanuit een biologisch denkkader weten, van een ander weet men meer vanuit een gedragstherapeutisch of psychoanalytisch denkkader. Welke theoretische achtergrond gehanteerd wordt, hangt dus soms af van het soort probleem dat benaderd wordt. Als een getuige-deskundige zowel in de slaapgeneeskunde als in de forensische psychiatrie ervaring heeft, is dat uiteraard beter dan wanneer deze persoon slechts kennis heeft van één van deze disciplines. Het probleem is dat er zeer weinig personen te vinden zijn met dergelijke multidisciplinaire kwalificaties. In geval van seksomnia in een gerechtelijke context oppert Ringoet voor neurologisch en/of neurofysiologisch geschoolde gerechtropsychiaters, die het liefst ook nog kennis hebben over epilepsie (omdat dit soms tot gelijkaardig gedrag kan leiden). Hij benadrukt het feit dat de meesten niet aan deze omschrijving voldoen en dat zij om die reden het probleem niet ten volle kunnen benaderen. Hun oordeel is volgens hem evenveel waard als het oordeel van een willekeurig persoon. Ook hij benadrukt het belang van een open visie en stelt dat wanneer een gerechtropsychiater enkel nog zaken in een gerechtelijke context doet, hij op den duur automatisch een enge visie creëert en alles vanuit het kader van criminogenese enzovoort benadert.

6. BESLUIT

We trachtten aan de hand van semigestructureerde interviews – zowel face-to-face, via e-mail als telefonisch – zicht te krijgen op de percepties, ervaringen en meningen van personen uit verschillende beroepscategorieën over bepaalde aspecten van seksomnia. De uiteindelijke steekproef omvatte onderzoekers, slaapspecialisten en (gerechts/neuro)psychiaters en was alles behalve extern valide, maar dit compenseerden we door de interne geldigheid van ons onderzoek.

De controverse die in de literatuur bestaat rondom seksomnia vinden we op dezelfde wijze, misschien zelfs nog duidelijker, terug in de verschillende visies van onze respondenten. Telkens moet de beperktheid van ons onderzoek mee in rekening genomen worden. Het neurofysiologisch standpunt waarbij geen geloof gehecht wordt aan het bestaan van seksomnia werd zelfs niet in de literatuur over slaapseks teruggevonden. Voor het overige werden weinig nieuwe inzichten aangebracht en werden slechts enkele extra accenten gelegd of meningen en speculaties uiteengezet. Elke discipline benadert het fenomeen op zijn eigen manier en hecht meer belang aan bepaalde aspecten dan aan andere en ziet soms zelfs

bepaalde gegevens over het hoofd. Daarbovenop bestaat er binnen elke discipline een brede variatie aan percepties.

Op één respondent na hechten alle respondenten geloof aan het bestaan van sekssomnia. Enkelen maken gewag van heel veel voor hen bekende cases, maar de meesten kennen slechts heel weinig cases. Het fenomeen wordt verondersteld binnen geen enkele beroepscategorie of de brede bevolking bekend te zijn. Wat betreft de perceptie over de aanvaarding van het fenomeen (zowel voor als na de erkenning van sekssomnia in de ICSD II) onder deze groepen bestaat verdeeldheid. Een kleine meerderheid vermoedt dat het niet (méér) geaccepteerd wordt (dan voordien). Ook veronderstellen sommigen sinds de erkenning een toename van het mis- of gebruik van sekssomnia als verdedigingsgrond. De meesten menen toch dat expert-getuigenissen voldoende in rekening worden gebracht door advocaten en rechters. Alle respondenten vinden dat sekssomnia in de media sensationeel wordt voorgesteld en de één vindt mediaberichtgeving hieromtrent noodzakelijk, de ander niet. Daarnaast denken bijna alle respondenten dat deze stoornis vaker voorkomt dan normaliter wordt aangenomen. Vooral kwetsbare personen worden geacht slachtoffer te worden en men meent dat preventieve opsporing van slaapseksepisodes niet mogelijk is. Op één respondent na meent iedereen dat sekssomnia behandelbaar is, maar eenieder benadrukt een verschillend aspect. Er werden naast de behandelingswijzen die in de literatuur aan bod kwamen geen nieuwe methoden aangebracht. Bovendien moeten sekssomnia-lijdens die zich bewust blootstellen aan uitlokkende factoren volgens alle respondenten voor hun daden (geheel of partieel) verantwoordelijk worden gesteld. De bewijswaarde van slaapstudies en andere gegevens wordt door de respondenten verschillend ingeschat. Doch wordt de niet-retroactiviteit van een diagnosestelling algemeen aangenomen. Elke respondent is het erover eens dat men nooit honderd percent zeker kan zijn van een rechterlijke uitspraak in een sekssomnia-case en dat de uitspraken sterk uiteenlopen. Over de reden waarom dit laatste zo is en of de uitspraken correct zijn, bestaat verdeeldheid. De percepties over misbruik zijn verschillend, maar over het algemeen wordt de mening gedeeld dat een multidisciplinaire aanpak van het fenomeen en het gebruik van multidisciplinaire expert-getuigen misbruik kunnen tegengaan.

Het concept 'sekssomnia' is enorm ondoorzichtig. Tot op heden kan niemand het fenomeen geheel doorgronden. Een verwijzing kan hier worden gemaakt naar wat we in *hoofdstuk 2: sekssomnia en recht* reeds vermeldde: de medische wetenschap over slaapwandelen en aanverwante stoornissen bevindt zich nog in zijn kinderschoenen. Pas wanneer de kennis hierover aangroeit, zal dit ervoor kunnen zorgen dat ook binnen de forensische context meer

duidelijkheid komt. Ons inzien is het van groot belang de verschillende wetenschappelijke disciplines met elkaar te confronteren en uiteindelijk te trachten een verzoening tussen deze disciplines en aspecten teweeg te brengen om het sekssomniabegrip te kunnen doorgronden. Dan zullen ook meer experten meer gegronde standpunten en diepgaande visies kunnen ontwikkelen.

HOOFDSTUK 4: ALGEMENE CONCLUSIE

In dit algemeen besluit gaan we na of het doel van deze masterproef bereikt werd en of alle vragen waarop we een antwoord wensten te vinden ook ter dege beantwoord zijn.

We wensten zicht te krijgen op de kennis die reeds voor handen is over slaapseks in de wetenschappelijke wereld. Deze kennis hebben we uiteengezet in de loop van deze masterproef en betreft voornamelijk wetenschappelijke literatuur, maar ook informatie en meningen uit interviews met personen uit verschillende relevante beroepscategorieën komen aan bod. We plaatsten algemeen aanvaarde feiten, controversiële gegevens en tegenwerpingen van verschillende onderzoekers naast elkaar en noteerden tevens onze eigen bedenkingen hierbij.

Hiermee kwamen we tegemoet aan de vooropgestelde eisen van deze masterproef:

- we gaven een wetenschappelijke omschrijving van wat sekssomnia exact inhoud
- we gaven een inzicht in de kenmerken en potentiële consequenties
- we bespraken de relatie tussen sekssomnia en recht en op welke manier er in de rechtspraak wordt omgegaan met mensen die beticht worden van seksueel misbruik en sekssomnia ter verdediging opwerpen
- we bespraken wat de gevolgen, gevaren en problemen zijn van een vrijspraak of een veroordeling in zaken waarin sekssomnia ter verdediging wordt gebruikt

Op basis van al deze informatie deden we aanbevelingen voor de toekomst. De aandacht werd gevestigd op het begrip ‘sekssomnia’ en er werd verstaanbare en heldere informatie verschaft zodat problematische feiten bevattelijk werden. Graag vatten we deze informatie nog even samen:

Sekssomnia is een non-REM-parasomnia. Het betreft een slaapstoornis waarbij zich korte episodes kunnen voordoen waarin mensen onbewust uiteenlopende vormen van menselijk seksueel gedrag kunnen stellen. Soms gaat het om gedrag dat ver aflight van de dagelijkse persoonlijkheid van de slaper. Zowel over autonome activatie (bijvoorbeeld een erectie) als over bijzonder complex gedrag dat gesteld wordt tijdens dergelijke episodes bestaat heel wat discussie. Somnambulisme, amnesie en comorbiditeit zijn zaken die met slaapseks worden geassocieerd. Het gedrag wordt vaak gesignaleerd door de partner. De oorzaken zijn nog niet

gekend, al kunnen de meeste aspecten medisch en/of psychologisch verklaard worden. Uitlokkende factoren zijn onder andere slaapdeprivatie en middelen-gebruik.

Het stellen van de diagnose is niet eenvoudig. Hulpmiddelen hiertoe zijn onder andere een grondig lichamelijk, neurologisch en psychiatrisch onderzoek, een medische en familiale anamnese, polysomnografisch en elektro-encefalografisch onderzoek en provocatie. Wat betreft de prevalentie van het fenomeen zijn geen valide gegevens terug te vinden. Ook dit is voer voor sceptici (vooral uit de neuro-anatomische hoek wordt gesteld dat complexe handelingen onmogelijk zijn tijdens een volledige bewustzijnsdaling). Ook het taboe rond dit fenomeen bemoeilijkt het stellen van een diagnose. Preventieve maatregelen (ook bij twijfel) kunnen getroffen worden, maar ook behandeling is mogelijk. Voornamelijk farmacologische behandelingsmethoden worden uiteengezet.

Negatieve gevolgen van seksomnia kunnen zich laten gelden op fysiek en psychosociaal vlak voor zowel dader als slachtoffer.

Zowel dader als slachtoffer kunnen omwille van seksomnia in aanraking komen met het gerecht. Wanneer een seksomnia-lijder beschuldigd wordt van aanranding van de eerbaarheid of verkrachting kan hij zich op zijn slaapstoornis beroepen als verdediging in een rechtszaak. De reden is dat de feiten onbewust zouden gepleegd zijn en de aandoening behandelbaar is. Er wordt dan gesteund op 'automatisme' als verdedigingsgrond, dit wordt onderverdeeld in *sane* en *insane* automatisme met radicaal verschillende gevolgen voor de veroordeelde. Er gaan stemmen op om deze categorieën te wijzigen omdat ze niet werkbaar zouden zijn. Valkuil is dat de seksomnia-verdediging ook misbruikt kan worden. Daarom is het van groot belang met een zo groot mogelijke zekerheid te oordelen of de ter discussie staande feiten effectief het gevolg waren van seksomnia. Bewijzen (slaapstudies, anamneses, getuigenissen van partners...) moeten worden aangebracht, maar niet elk bewijs is even waardevol. We hebben reeds aangetoond dat het stellen van een diagnose niet zonder hindernissen is.

Een getuige-deskundige kan worden opgeroepen om uitleg te verschaffen over het fenomeen en na onderzoek van de dader zijn mening te geven over de feiten en over de schuldvraag. De deskundige moet aan een aantal voorwaarden voldoen, wil men een betrouwbare getuigenis te horen krijgen. Bij het beoordelen van de feiten is het aan te raden een lijst met criteria bij de hand te houden en op basis daarvan een oordeel te vellen. Een diagnosestelling is echter niet hetzelfde als 'bewijs van onschuld'. Een diagnosestelling geldt *enkel* voor heden en toekomst

en kent geen retroactieve werking voor het moment van de gepleegde feiten. In de forensische context is het van cruciaal belang ‘100% zeker’ te zijn of een persoon aan seksomnia lijdt en dus terzelfdertijd over de schuld of onschuld van de verdachte. In de klinische context is die zekerheid van minder groot belang en kan een diagnose sneller gemaakt worden. Uitlokkende factoren kunnen mede het bewijs ondersteunen, maar tegelijkertijd is door hun aanwezigheid de verdachte niet meer volledig onverantwoordelijk voor de gestelde feiten.

Wanneer over verdachten in seksomnia-cases geoordeeld wordt, gaan hier gevolgen, gevaren en problemen mee gepaard. De diagnose ‘seksomnia’ in de rechtszaal, is een mes dat aan twee kanten snijdt. Enerzijds is er kans op misbruik van het fenomeen waardoor kwaadwillende verkrachters vrijuit dreigen te gaan. Dit moet zoveel mogelijk voorkomen worden. Een vrijspraak van een persoon die aan seksomnia lijdt, kan op onbegrip van de maatschappij stuiten en kan nefast zijn voor het publieke vertrouwen in het gerecht. Feministische groeperingen kunnen zich benadeeld voelen omdat zij seksomnia beschouwen als een extra excuus voor de man om ongestraft misbruik te kunnen maken van de vrouw en zij hierdoor een stijging van de genderongelijkheid zien. Anderzijds kunnen personen die voor de feiten niet op de hoogte waren van hun stoornis nadeel ondervinden wat betreft hun geloofwaardigheid in rechtszaken. Ook is het moeilijk te achterhalen of iemand zich moedwillig heeft blootgesteld aan uitlokkende factoren. Om misbruik te voorkomen is het onder andere noodzakelijk om in de toekomst de richtlijnen om correcte slaapdiagnoses te stellen in een forensische context verder uit te werken, om getuige-deskundigen aan normen te onderwerpen en om verder onderzoek te voeren naar alle facetten van seksomnia.

Aan de hand van semigestructureerde interviews raakten we op de hoogte van de percepties, meningen en ervaringen van enkele slaapexperten, onderzoekers en (neuro- en/gerechts-) psychiaters. De meeste respondenten hechten geloof aan het bestaan en de behandelbaarheid van seksomnia, kennen zelf slechts weinig slaapseks-cases, veronderstellen dat het fenomeen binnen geen enkele beroeps- of bevolkingsgroep echt bekend is en vinden dat advocaten en rechters voldoende rekening houden met expert-getuigenissen. Het merendeel schaart zich tevens achter de mening dat seksomnia over het algemeen niet aanvaard of geaccepteerd wordt, dat media een sensationeel beeld geeft over het fenomeen, dat slachtoffers vaak kwetsbare personen zijn en dat de stoornis vaker voorkomt dan algemeen gedacht wordt. Allemaal zijn ze op de hoogte van zowel vrijspraken als veroordelingen in het kader van een seksomnia-rechtszaak, menen ze dat uitspraken uiteenlopend zijn en dat absolute zekerheid in deze context niet bestaat. Allen achten ze een persoon die zich moedwillig overgeeft aan

uitlokkende factoren verantwoordelijk voor zijn daden. De verschillende respondenten kennen de verschillende bewijzen een andere waarde toe, maar zijn het eens over de niet-retroactiviteit ervan. Een multidisciplinaire aanpak en expert-getuigen worden genoemd om misbruik tegen te gaan.

De vraag of seksomnias werkelijk een bestaande stoornis is, erkend binnen wetenschappelijke disciplines of het om een verzinsel gaat dat men handig kan aanwenden ter verdediging bij een rechtszaak betreffende seksuele aanranding van de eerbaarheid of verkrachting, werd niet overal even consequent beantwoord. De gebeurde onderzoeken over het fenomeen blijven behoorlijk vaag en kleinschalig en hoewel bepaalde, niet-complexe handelingen medisch en psychologisch te verklaren vallen, is er weinig tot geen bewijs te vinden voor de complexe handelingen zoals bijvoorbeeld een verkrachting. Er bestaan twee kampen binnen deze materie: de *believers* en de *non-believers*. De eerste groep is binnen de relevante wetenschappelijke disciplines de grootste. Desondanks heerst alom scepticisme, samen met een vrees voor een oneigenlijke aanwending van deze aandoening als verdediging in rechtszaken. De meesten stellen zich dezelfde vraag: bestaat er wel een grens tussen slaapstoornis en handig excuus en waar moet deze grens dan getrokken worden? Binnen de medische wereld is men er nog niet helemaal uit, maar treedt deze discussie minder sterk op de voorgrond dan in de forensische context. Dit is aannemelijk wanneer men de gevolgen van een foutieve conclusie in de gerechtelijke sfeer in aanmerking neemt. De hoofdzaak van de beoordeling van de seksuele criminele feiten is telkens het afwegen van de complexiteit van het gestelde gedrag in vergelijking met de beweerde bewustzijnsdaling die gepaard gaat met een episode van slaapseks.

Advocaten kunnen handig inspelen op de onenigheid die heerst rond seksomnias. Veel hangt af van de overredingskracht van de advocaat. Ook het advies van een getuige-deskundige is van cruciaal belang voor de richting die de uitspraak zal uitgaan. Sommige advocaten, rechters en getuige-deskundigen zijn echter *believers* en anderen zijn *non-believers*. Men zou dus bijna kunnen spreken van willekeurige straftoemeting. Dit zijn praktijken die uiteraard niet door de beugel kunnen en waar dringend iets aan moet worden gedaan.

Na het thema ‘seksomnias’ grondig onderzocht te hebben, is de controverse hieromtrent nog lang niet van tafel geveegd. Er ontbreekt een publiek bewustzijn met betrekking tot dit fenomeen (Bejot et al., 2010; Underwood, 2007). Het zelden voorkomen van deze stoornis – of het zelden openbaar maken ervan – is hier zeker niet vreemd aan. Duidelijk is dat er meer

aandacht moet worden besteed aan het forensisch aspect van atypisch seksueel gedrag tijdens de slaap. Er bestaat een grote schaarste aan informatie over abnormaal seksueel gedrag tijdens de slaap, zowel in de literatuur als binnen het hele arsenaal aan menselijke kennis. Door het verschijnen van enkele relevante cases binnen de forensische context wordt gelukkig wel steeds meer aandacht besteed aan deze aangelegenheid (Andersen, Poyates & Alves, 2007), maar dit is lang niet voldoende.

Voor de burger dit fenomeen met begrip kan benaderen, moeten professionals meer en meer aan één zeil trekken in plaats van elkaar op verschillende vlakken tegen te spreken. Een multidisciplinaire en multifactoriële benadering is een must als men hierover op een constructieve manier wil discussiëren en correcte interpretaties wil maken. Als er meer eensgezindheid heerst over de geloofwaardigheid en de oorzaken van dit fenomeen, kan men starten met deze standvastige informatie te verspreiden. Slechts dan kan ook de rest van de bevolking meegetrokken worden in het bewustzijnsproces. Kennis leidt immers tot begrip en communicatie. Dit kan zorgen voor het verdwijnen van de taboesfeer rondom deze slaapstoornis. Maar ook dat is niet zonder gevaar. Meer kennis bij de bevolking kan leiden tot meer valselijke toepassingen van deze aandoening in gerechtelijke zaken, maar tegelijkertijd leidt meer kennis eveneens tot een doorzichtiger materie. Bedriegers worden sneller ontmaskerd.

Als laatste merken we op dat er mogelijk een hiaat zit in de literatuurstudie van deze masterproef en voorgaande werken over het fenomeen seksomnia. Wegens de recente erkenning van het verschijnsel onder de noemer 'seksomnia', kan het gebeuren dat eerder al over dit fenomeen geschreven werd, maar dan eerder in de vorm van een rariteit en bijvoorbeeld in minder gemakkelijk terug te vinden grijze literatuur. In deze masterproef zijn enkele stukken gevonden en verwerkt die dit verschijnsel omschrijven vóór het werkelijke erkennen ervan als 'seksomnia'. Of dit het enige bestaande materiaal is, blijft nog maar de vraag.

Er bestaat een lange geschiedenis van somnambulisme en recht. Echter, wegens het recent erkennen van het fenomeen seksomnia, maar ook omwille van een beperkte kennis inzake andere slaapstoornissen, werd er in de literatuur geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen de verschillende slaapstoornissen en al zeker niet tussen de verschillende non-REM-parasomnia's. Ook werden sommige zaken als 'slaapwandelen' gecategoriseerd terwijl dit in de huidige rechtspraak niet zo zou zijn. Een sprekend voorbeeld hiervan is een omschrijving

van een 'slaapwandelepisode van drie dagen'. Een moderne forensische neuropsychiater zou dit nooit als slaapwandelen benoemen, maar eerder als een 'dissociatieve staat' (Fenwick, 1996).

Ook de beperktheid van ons empirisch onderzoek willen we benadrukken. Het gaat echter om interviews met een beperkt aantal respondenten met elk een eigen, 'geïsoleerde' mening. De gegevens die uit deze interviews geëxtraheerd werden, zijn dan ook enkel op deze respondenten van toepassing en mogen niet veralgemeend of als harde feiten gepercipieerd worden.

BIBLIOGRAFIE

- ACADEMISCH SCHRIJFCENTRUM RUG (2011/02/22). 'Experts interviewen' in Communicatieve vaardigheden in het hoger onderwijs [WWW]. Rijksuniversiteit Groningen:
<http://www.rug.nl/noordster/mondelingevaardigheden/voorstudenten/interviewen/index>
[21/12/2011]
- AGGARWAL, A., GARG, A. & JILOHA, R. (2011). Kleine-Levin syndrome and response to modafinil in a young woman. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 23(1), E33-E34.
- ALVES, R., ALOE, F., TAVARES, S., VIDRIO, S., YÁÑEZ, L., AGUILAR-ROBLERO, R., ROSENTHAL, L., VILLALOBOS, L., FERNÁNDEZ-CANCINO, F., DRUCKER-COLÍN, R. & CHAGOYA DE SANCHEZ, V. (1999). Sexual behavior in sleep, sleepwalking and possible REM behavior disorder: a case report. *Sleep Research Online*, 2(3), 71-72.
- AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE (2001). *The international classification of sleep disorders, revised. Diagnostic and coding manual*. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- ANDERSEN, M., POYATES, D. & ALVES, R. E. (2007). Sexsomnia: abnormal sexual behavior during sleep. *Brain Research Reviews*, 56, 271-282.
- BARCLAY, L. (2008). 'What's new in sexual medicine?: Expert interviews with Michael Krychman, MD, and Susan Kellogg-Spadt, PhD, BSN, CRNP' [WWW]. Medscape Medical News: <http://www.medscape.com/viewarticle/582402> [29/9/2011]
- BEJOT, Y., JUENET, N., GARROUTY, R., MALTAVERNE, D., NICOLLEAU, L., GIROUD, M. & DIDI-ROY, R. (2010). Sexsomnia: An uncommon variety of parasomnia. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 112(1), 72-75.
- BEYENS, K. & TOURNEL, H. (2009). Mijnwerkers of ontdekkingsreizigers? Het kwalitatieve interview. In T. DECORTE & D. ZAITCH (Eds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 196-228). Leuven: Acco.
- BINDELS, P. & LAMMERS, J.-W. (2009). *Longziekten. Praktische huisartsgeneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- BJORVATN, B., GRONLI, J. & PALLESEN, S. (2010). Prevalence of different parasomnias in the general population. *Sleep Medicine*, 11(10), 1031-1034.

- BOLLE, G. (2009). 'Slaapseks' [Uit de klinische praktijk]. *Tijdschrift voor seksuologie*, 33(4), 287-289.
- BONNET, M. & ARAND, D. (2003). Clinical effects of sleep fragmentation versus sleep deprivation. *Sleep Medicine Reviews*, 7(4), 297–310.
- BORNEMANN, M. A., MAHOWALD, M. W. & SCHENCK, C. H. (2006). Parasomnias. Clinical Features and Forensic Implications. *CHEST Official publication of the American College of Chest Physicians*, 130(2), 605-610.
- BUCHANAN, A. (1991). Sleepwalking and indecent exposure. *Medicine, Science and Law*, 31(1), 38-40.
- BUCHANAN, P. R. , KING, P. J. L. & GRUNDSTEIN, R. R. (2007). Commentary on "Factors that predispose, prime and precipitate NREM parasomnias in adults: Clinical and forensic implications": [Sleep Medicine Reviews, 2007; 11(1): 5–30]. *Sleep Medicine Reviews*, 11(1), 31-33.
- CARTON, A. (1999). *Selectie, training en evaluatie van interviewers binnen een interviewernetwerk*. Leuven/Appeldoorn: Garant.
- CARTWRIGHT, R. (2000). Sleep-related violence: does the polysomnogram help establish the diagnosis? *Sleep Medicine*, 1(4), 331-335.
- CICOLIN, A., TRIBOLO, A., GIORDANO, A. & CHIAROT, E. (2011). Sexual behaviors during sleep associated with polysomnographically confirmed parasomnia overlap disorder. *Sleep Medicine*, 12(5), 523-528.
- CONSIGLIO, M. L. (2009). Evidence- expert testimony-standards for the admission of expert testimony in tennessee. *Tennessee Law Review*, 77, 207-231.
- DECORTE, T., TIEBERGHIEN, J. & PETINTSEVA, O. (2011). *Methoden van onderzoek: ontwerp en dataverzameling*. Gent: Academia Press.
- DE LEEUW, E. D. & HOX, J. J. (1998). Nonrespons in surveys: Een overzicht. *Kwantitatieve Methoden*, 19, 31-53.
- DEN BOER, D. J., BOUWMAN, H., FRISSEN, V. & HOUBEN, M. (2005). *Methodologie en statistiek voor communicatie-onderzoek*. Nederland: Kluwer.
- DKA. (2011, Juli 16). Slaapwandelaar vrijgesproken voor verkrachting 9-jarig meisje. *Het Nieuwsblad*, 6.

- DRIVER, H. & SHAPIRO, C. (1993). ABC of sleep disorders, parasomnias. *British Medical Journal*, 306, 931-924.
- EBRAHIM, I. O. (2006). Somnambulistic sexual behaviour (sexsomnia). *Journal of clinical forensic medicine*, 13(4), 219-224.
- EBRAHIM, I. O. & FENWICK, P. (2008). Sleep-related automatism and the law. *Medicine, Science and the Law*, 48(2), 124-36.
- ELMESALLAMY, G., ABASS, M., AHMED REFAT, N. & ATTA, A. (2011). Differential effects of alprazolam and clonazepam on the immune system and blood vessels of non-stressed and stressed adult male albino rats. *Interdisciplinary Toxicology*, 4(3), 132-143.
- FENWICK, P. (1996). Sleep and sexual offending. *Medicine, Science and Law*, 36(2), 122-134.
- GUILLEMINAULT, C., KIRISOGLU, C., DA ROSA, A.C. & CHAN, A. (2006). Sleepwalking, a disorder of NREM sleep instability. *Sleep Medication*, 7(2), 163-170.
- GUILLEMINAULT, C., BIOL, D., MOSCOVITCH, A., YUEN, K. & POYARES D. (2002). Atypical sexual behavior during sleep. *Psychosomatic Medicine*, 64, 328-336.
- GUILLEMINAULT, C., LEGER, D., PHILIP, P. & OHAYON, M. (1998). Nocturnal wandering and violence: review of a sleep clinic population. *Journal of Forensic Science*, 43(1), 158-163.
- HOWELL, M. J. & SCHENCK, C. H. (2010). Amnestic nocturnal behavior. In CULEBRAS, A. (Ed.), *Case studies in Sleep Neurology: Common and Uncommon Presentations* (pp. 103-109). New York: Cambridge University Press.
- HUNT, N. & MCHALE, S. (2007). A practical guide to the e-mail interview. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1415-1421.
- HURWITZ, T. D. & SCHENCK, C. H. (2010). Parasomnias. In J. W. WINKELMAN, & D. T. PLANTE (Eds.), *Foundations of Psychiatric Sleep Medicine* (pp. 160-185). New York: Cambridge University Press.
- JANSEN, H. (2005). De kwalitatieve survey. Methodologische identiteit en systematiek van het meest eenvoudige type kwalitatief onderzoek. *Kwalon* 30, 10(3), 15-34.
- JARSIN, A. (2004). *Het bewustzijnsmechanisme ontdekt*. Haarlem: Uitgeverij Virus.
- KELLAM, A. (1992). The Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991. *Psychiatric Bulletin*, 16, 201-202.

- KLEIN, L. & HOULIHAN, D. (2010). Relationship satisfaction, sexual satisfaction, and sexual problems in sexsomnia. *International Journal of Sexual Health*, 22(2), 84-90.
- KROL, D. (2008). Seksomnia tijdens behandeling met een selectieve serotonineheropnameremmer. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 735-739.
- LUCASSEN, P. & HARTMAN, T. (2007). *Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- MAHOWALD, M. W. & SCHENCK, C. H. (2000). Parasomnias: sleepwalking and the law. *Sleep Medicine Reviews*, 4(4), 321-339.
- MAHOWALD, M. W., BUNDLIE, S. R., HURWITZ, T. D. & SCHENCK, C. H. (1990). Sleep Violence — forensic implications: polygraphic and video documentation. *Journal of Forensic Science*, 35, 413-432.
- MAHOWALD, M. W., SCHENCK, C. H. & CRAMER BORNEMANN, M. (2007). Finally — sleep science for the courtroom. [Guest Editorial]. *Sleep Medicine Review*, 11, 1-3.
- MANGAN, M. A. (2000). 'Sexual behavior in sleep' [WWW]. Sleepsex.org: <http://www.sleepsex.org/> [20/02/2012]
- MANGAN, M. A. (2004). A phenomenology of problematic sexual behavior occurring in sleep. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 287-293.
- MANGAN, M. A. (2005). *Sleep-Related Sexual Offending Forensic Pac*. Durham: University of New Hampshire.
- MANGAN, M. A. & REIPS, U. (2007). Sleep, sex, and the Web: Surveying the difficult-to-reach clinical population suffering from sexsomnia. *Behavior Research Methods*, 39(2), 233-236.
- MANGAN, M. A. (s.d.). 'Michael Mangan' in Sleepmasturbation - sexsomnia [WWW]. http://www.sexsomnia.org/emichael_mangan.html [16/02/2012]
- MANGAN, M. A. (s.d.). 'Sleepsex' in Sleepmasturbation - sexsomnia [WWW]. <http://www.sexsomnia.org/esleepsex.html> [20/02/2012]
- MARTINS, H. H., ALONSO, N. B., VIDAL-DOURADO, M., CARBONEL, T. D., DE ARAÚJO FILHO, G. M., CABOCLO, L. O., YACUBIAN, E. M. & GUILHOTO, L. M. (2011). Are adverse effects of antiepileptic drugs different in symptomatic partial and idiopathic generalized epilepsies? The Portuguese-Brazilian validation of the Liverpool Adverse Events Profile. *Epilepsy & Behavior*, 22(3), 511-517.

- NETTER, F. H. (1958). *The Ciba collection of medical illustrations* (Vol. 1). New York: CIBA.
- NIVOLI, A., MURRU, A., GOIKOLEA, J., CRESPO, J., MONTES, J., GONZÁLEZ-PINTO, A., GARCÍA-PORTILLA, P., BOBES, J., SÁIZ-RUIZ, J. & VIETA, E. (2011). New treatment guidelines for acute bipolar mania: a critical review. *Journal of Affective Disorders*, 1-17.
- ONDERZOEKSEENHEID BIOLOGISCHE PSYCHOLOGIE. (s.d.) 'Slaap-waak regulatie bij de mens' in Slaapwel: informatie over slaap [www]. Vrije Universiteit Brussel: <http://www.slaapwel.org/info/slaap-waakregulatie.html> [9/04/2012]
- OUDENAMPSEN, D. & KORTENHOEVEN, P. (2002). *Handboek voor patiëntenorganisaties: Meer weten van de achterban*. Noord-Holland: Verwey-Jonker Instituut.
- PRESSMAN, M. R. (2007). Factors that predispose, prime and precipitate NREM parasomnias in adults: clinical and forensic implications. *Sleep Medicine Reviews*, 11, 5-30.
- QUATTROCCHI, M. (2005). *Dreamwork Uncovered: How Dreams Can Create Inner Harmony, Peace and Joy*. Canada: Insomniac Press.
- RAMI, S. & BADAWEY, J.D. (2010). Update. Sexsomnia: Overcoming the sleep disorder defense. *National District Attorneys Association's National Center for Prosecutions of Child Abuse*, 22(4 & 5), 1-8.
- REIPS, D. (2008). How internet-mediated research changes science. In A. BARAK (Ed.), *Psychological aspects of cyberspace: theory, research, applications* (pp. 268-295). USA: Cambridge University Press.
- RINGOET, K. (1997). *In de buik van het onbewuste*. Gent: Stichting Mens en Cultuur.
- ROEHRS, T. & ROTH, T. (2001). Sleep, sleepiness, sleep disorders and alcohol use and abuse. *Sleep Medicine Reviews*, 5(4), 287-297.
- ROLNICKI, T. E., Tate, C. D. & Taylor, S. (2001). *Scholastic Journalism*. Iowa: Iowa State University Press.
- ROSENFELD, D. S. & ELHAJJAR, A. J. (1998). Sleep sex: a variant of sleepwalking. *Archives of Sexual Behavior*, 27(3), 269-78.
- SCHENCK, C. H. (2007). 'Case report: Uncontrolled Intimacy: Sexual Sleep Disorders' in Issue Stories [WWW]. Sleep Review. The Journal for Sleep Specialists: http://www.sleepreviewmag.com/issues/articles/2007-10_08.asp [29/09/2011]

- SCHENCK, C. H., ARNULF, I. & MAHOWALD, M. W. (2007). Sleep and sex: What can go wrong? A review of the literature on sleep related disorders and abnormal sexual behaviors and experiences. *Sleep*, 30(6), 683-702.
- SCHENCK, C. H. & MAHOWALD, M. W. (1992). Sleepwalking and Indecent Exposure. *Medicine, Science and Law*, 32, 86-87.
- SCHENCK, C. H. & MAHOWALD, M. W. (1998). An analysis of a recent criminal trial involving sexual misconduct with a child, alcohol abuse and a successful sleepwalking defence: arguments supporting two proposed new forensic categories. *Medicine, Science and Law*, 38(2), 147-152.
- SCHENCK, C. H. & MAHOWALD, M. W. (2010). Sexsomnia and obstructive sleep apnea. In A. Culebras (Ed.), *Case studies in Sleep Neurology: Common and Uncommon Presentations* (pp. 103-109). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- SEIDMAN, I. (2006). *Interviewing as qualitative research. A guide for researchers in education and the social sciences* (3e ed.). New York: Columbia University Teachers College Press.
- SHAPIRO, C. M., TRAJANOVIC, N. & FEDOROFF, M. (2003). Sexsomnia: A new parasomnia? *Canadian journal of psychiatry*, 48(5), 311-317.
- SHAPIRO, C. M., MANGAN, M. A. & TRAJANOVIC, N. N. (2007). Sexual behaviour in sleep: An internet survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(12), 1024-1031.
- SIMPSON, A. (1976). The Butler Committee's Report. I. The Legal Aspects. *British Journal of Criminology*, 16(2), 175-177.
- SITHINAMSUWAN, P., RUANGWITTAYAWONG, T., PINROJ, Y., SAENGPATTRACHAI, M. & CHINVARUN, Y. (2010). Kleine-Levin syndrome: the first typical case in Thailand. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 6, S218-S222.
- SLOCUM, N. (2006). *Participatieve methoden: Een gids voor gebruikers*. Brussel: Vlaams Instituut voor Wetenschappelijk en Technologisch Aspectenonderzoek.
- STODDARD, F., LUTHRA, R., SORRENTINO, E. A., SAXE, G. N., DRAKE, J., CHANG, LEVINE, J. B., CHEDEKEL, D. S. & SHERIDAN, R. L. (2011). A randomized controlled trial of sertraline to prevent posttraumatic stress disorder in burned children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 21(5), 469-477.
- THORPY, M. J. & PLAZZI, G. (2010). *The Parasomnias and Other Sleep-Related Movement Disorders*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- UNDERWOOD, A. (2007). It's called 'sexsomnia'. *Newsweek*, 149(24), 53-53.
- VAN DEN WYNGAERT, C. (2009). *Strafrecht en strafprocesrecht in hoofdlijnen. Deel 1: Strafrecht*. Antwerpen/Appeldoorn: Maklu.
- VAN DEN WYNGAERT, C. (2009). *Strafrecht en strafprocesrecht in hoofdlijnen: Deel II: strafprocesrecht*. Antwerpen-Appeldoorn: Maklu.
- VAN KERCKVOORDE, J. (1995). *Een maat voor het kwaad?* Leuven: Leuven University Press.
- WESTERBEEK, J. (2010). *De sociale vormgeving van depressie*. Delft: Eburon.
- WOLTERS, E. C. & GROENEWEGEN, H. J. (2004). *Neurologie: structuur, functie en dysfunctie van het zenuwstelsel*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- WONG, K. E. (1986). Masturbation during sleep: a somnambulistic variant? *Singapore Medical Journal*, 27, 542-548.
- X. (s.d.). 'Vier Slaap fasen plus de REM-slaap' in *Leren slapen: beter slapen door meer te weten* [WWW]. <http://www.lerenslapen.nl/page/1492/slaap-fasen.html> [4/11/2011]
- XU, M. (2009). Sexsomnia: A valid defense to sexual assault? *The Journal of Gender, Race & Justice*, 12, 687-712.

Wetsartikel

Art. 375 Sw.

Figuren en tabel

- NETTER, F. H. (1958). *The Ciba collection of medical illustrations* (Vol. I). New York: CIBA.
- ONDERZOEKSEENHEID BIOLOGISCHE PSYCHOLOGIE. (s.d.) 'Slaap-waak regulatie bij de mens' in *Slaapwel: informatie over slaap* [www]. Vrije Universiteit Brussel: <http://www.slaapwel.org/info/slaap-waakregulatie.html> [9/04/2012]

BIJLAGE: VRAGENLIJST

Hieronder demonstreren we het beginconcept van de semigestructureerde interviews. Aanpassingen werden in de loop van de dataverzameling aangebracht.



Vragenlijst seksomnia

- 1) Op welke manier bent u vertrouwd met het fenomeen seksomnia?
- 2) In 2005 werd seksomnia voor de eerste maal opgenomen in de tweede editie van de *International Classification of Sleep Disorders*. Vanaf dat moment werd het fenomeen dus wetenschappelijk erkend. Bent u voor 2005 reeds in contact gekomen met seksomnia op professioneel vlak?
→ Indien ja, beantwoord volgende vragen:
 - a. Hebt u de indruk dat uw collega's sindsdien anders tegen het fenomeen zijn gaan aankijken?
 - b. Hebt u de indruk dat het breder publiek sindsdien anders tegen het fenomeen is gaan aankijken?
 - c. Werd voor 2005 anders gereageerd op het fenomeen in rechtbanken of is dit relatief hetzelfde gebleven?
 - d. Ziet u een verandering in de prevalentie van het fenomeen seksomnia als verdediging in rechtszaken?
- 3) Sommige wetenschappers zijn van mening dat de aandoening weinig aan de oppervlakte komt doordat de patiënten er vaak niet over willen praten. Ook bij personen die geen bedpartner hebben, kan deze stoornis onopgemerkt blijven. Bepaalde wetenschappers denken dus dat de prevalentie van het fenomeen hoger ligt dan wat gemeten kan worden.
 - a. Wat is uw visie hierop?

- b. Zijn er volgens u bepaalde personen waarbij deze stoornis minder snel opgemerkt zal worden dan bij anderen?
- c. Zo ja, bij wie?
- d. Waaraan denkt u dat dit ligt?

4) Is sekssomnia volgens u behandelbaar?

Indien uw antwoord ja is, beantwoordt u de volgende vraag:

- a. Op welke manier?
- b. Sommige mensen beweren dat wie weet heeft van het feit dat hij of zij aan sekssomnia lijdt, preventieve maatregelen moet stellen en uitlokkende factoren zoals alcohol moet vermijden. Wanneer hij/zij dit niet doet, kan hij/zij volgens deze mensen aansprakelijk gesteld worden voor de daden die hij/zij begaat tijdens een episode van slaapseks. Hoe staat u hier tegenover?
- c. Denkt u dat het fenomeen preventief kan worden opgespoord?
- d. Zo ja, hoe kan sekssomnia worden opgespoord?

5) Van hoeveel dossiers waarin sprake is van sekssomnia bent u op de hoogte in België (/Nederland/Groot-Brittannië/...)?

6) Kunt u van deze case(s) een korte beschrijving geven?

7) Was er in deze dossiers sprake van strafrechtelijke gevolgen? Met andere woorden: werd de persoon die aan sekssomnia leed voor de rechter gedaagd of beschuldigd van aanranding of eventueel verkrachting?

8) Over welke gevolgen gaat het hier dan? Is er sprake van veroordeling of vrijspraak, en wat was in geval van veroordeling de strafmaat die werd opgelegd?

9) Denkt u dat het fenomeen door de rechter correct geïnterpreteerd werd? Bent u met andere woorden akkoord met het vonnis dat de rechter uiteindelijk gevelde heeft in die dossiers die strafrechtelijk werden vervolgd?

- 10) We merken dat de uitspraken van de rechters betreffende sekssomnia soms uiteenlopen.
- Hoe komt dit volgens u?
 - Hoe plaatst u het begrip ‘rechtszekerheid’ binnen deze context?
- 11) Denkt u dat er soms misbruik wordt gemaakt van sekssomnia als verdedigingsgrond in rechtszaken?
- Zo ja, gebeurt dat vaak volgens u?
- 12) Hoe zou u misbruiken in een strafrechtelijke context zoveel mogelijk proberen uitsluiten?
- 13) Wij vonden in de literatuur geen vaste methode om sekssomnia vast te stellen. Welke methode zou u prefereren om het fenomeen vast te stellen tijdens een rechtszaak?
- 14) Wat is uw mening over de pers- en media-aandacht die gaat naar processen waarin sekssomnia als verdediging wordt gebruikt? (Te veel aandacht/ Te weinig aandacht/ Voldoende aandacht/ eventueel te sensatiegericht/...)
- 15) De laatste jaren worden de slachtoffers in rechtszaken steeds belangrijker. In zaken van sekssomnia is dit dus ook het geval.
- Bestaat er volgens u een typisch profiel voor de slachtoffers in deze zaken?
 - Hoe ziet u een eventuele schadevergoeding naar de slachtoffers toe?

Voor juristen

- 16) Hoe denkt u dat gerechtropsychiaters tegenover het fenomeen sekssomnia staan?
- 17) Hoe staat u zelf tegenover de beoordeling van gerechtropsychiaters? Denkt u dat zij een adequate vaststelling kunnen maken of zou u voor elke zaak bijvoorbeeld een tweede mening vragen?
- 18) Vindt u de motivering van de gerechtropsychiaters ten aanzien van personen met al dan niet sekssomnia voldoende, of dient deze volgens u verder uitgewerkt te worden?

Voor psychiaters/deskundigen

19) Hoe denkt u dat rechters tegenover dit fenomeen staan?

20) Denkt u dat advocaten voldoende kennis over het fenomeen kunnen vergaren om een eerlijke verdediging op te bouwen?

21) Vindt u dat advocaten en rechters voldoende rekening houden met uw expertise en mening in de desbetreffende zaken?

22) Wenst u hier nog iets aan toe te voegen? Heeft u opmerkingen of bijkomende commentaren, ...?