



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# De taxatie en behandeling van seksuele problemen

Alfred Lange\*

---

## Samenvatting

*In dit artikel worden elementaire strategieën besproken die een gezins- of relatietherapeut ten dienste staan wanneer hij wordt geconfronteerd met seksuele problemen van zijn cliënten. Allereerst wordt aan de hand van literatuur een overzicht gegeven van het soort informatie dat men dient te verzamelen voordat het behandelingsplan kan worden gemaakt. Daarna worden de meest belangrijke technieken geschetst die men kan gebruiken, waarbij het geven van voorlichting, het bevorderen van de communicatie en het doorbreken van vicieuze cirkels een centrale rol spelen.*

## Inleiding

Nadat de voormalige wereldkampioen hardrijden op de schaats, Hein Vergeer, maar niet de prestaties wist te halen die men mogelijk achtte, vertelde zijn trainer in een interview voor de televisie: 'Het zit hem bij Hein niet in de benen maar tussen zijn oren'. Hoewel het bij Vergeer later wel degelijk in de benen bleek te zitten, heeft deze uitspraak veel navolging gekregen. Te pas en te onpas wordt op deze manier over lichamelijke klachten gezegd dat ze niet van fysieke aard zijn, maar veroorzaakt worden door de manier waarop het slachtoffer er tegenaan kijkt.

Seksualiteit heeft een fysiologische kant: seksuele opwindning wordt omgezet in meetbare veranderingen in de geslachtsorganen en, onder andere, in de ademhaling, hartslag en bloeddruk. Dit betekent dat er bij seksuele problemen somatische oorzaken kunnen zijn. Drenth (1992) beschrijft bijvoorbeeld een man bij wie de seksuele activiteit vrij plotseling afnam. Aanvankelijk was hier geen verklaring voor te vinden. Later bleek het probleem veroorzaakt te zijn door hyperprolactinemie (een verhoogde spiegel van het prolactine-hormoon, dat tot een afname van seksuele lust leidt).

De biologische oorzaken van seksuele dysfuncties kunnen ruwweg verdeeld worden in drie soorten: hormonale veranderingen (Segraves, 1988a), drugs en farmaca (Segraves, 1988b; Moors-Mommers, 1992a), en de gevolgen van lichamelijke veranderingen door ziekten als diabetes en vasculaire aandoeningen (Bullard, 1988; Moors-Mommers, 1992b). De bekende Amerikaanse seksuologe Kaplan (1983) schenkt veel aandacht aan lichamelijke factoren. Bij problemen als erectiestoornissen, pijn bij het vrijen, gering tot afwezig libido en sommige ejaculatioornissen dient volgens haar altijd eerst onderzocht te worden of er lichamelijke oorzaken zijn. Volgens Kaplan is het meestal de combinatie van lichamelijke onvolkomenheden en de psychologische reactie hierop die een seksuele stoornis doet ontstaan. Toch is de heersende opvatting, dat in verreweg de meeste gevallen seksuele problemen niet 'tussen de benen' zitten, maar 'tussen de oren'.

---

\* PROF. DR. A. LANGE is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam en redacteur van dit tijdschrift.

Hoe belangrijk cognitieve factoren kunnen zijn in vergelijking met somatische oorzaken is aangetoond in een elegant experiment dat in eerste instantie in de Verenigde Staten is uitgevoerd. Mannelijke proefpersonen werden in een experimentele situatie driemaal geconfronteerd met seksueel opwindende beelden. Voorafgaand aan de beelden kregen zij elke keer een pil die geen farmacologische werking had (een placebo). In één situatie hadden zij te horen gekregen dat de pil een seksueel prikkelende functie zou hebben. In de andere situatie was verteld dat de pil een seksueel dempend effect zou hebben, en in de derde situatie wisten de proefpersonen dat de pillen geen farmacologische werking hadden. De mate van opwinding werd afgemeten aan het subjectieve oordeel van de proefpersonen en aan de fysiologische veranderingen (de mate van erectie). De resultaten waren boeiend: Als men dacht een dempende pil gehad te hebben, raakte men fysiologisch meer opgewonden dan wanneer men dacht dat de pil een seksueel prikkelende was geweest. Dit wordt het 'reversed' (omgekeerde) placebo-effect genoemd. Het traditionele placebo-effect treedt op wanneer van de placebo's een suggestieve werking uitgaat in de richting waarin de pil 'zou moeten' werken. Hier was het echter andersom: wanneer men geen opwinding verwachtte (dempende pil), schatte men de in feite opgetreden opwinding hoger in en raakte daardoor ook fysiologisch meer opgewonden (Cranston-Cuevas & Barlow, 1990).

Dit experiment is in Nederland herhaald door Everaerd, Janssen, Laan en Rombouts (1992), bij mannen en vrouwen. Ook hier leidde de 'dempende pil' tot meer opwinding bij proefpersonen dan de 'prikkelende' of 'neutrale' pil. Bij de mannen bleek dit uit de fysiologische metingen en niet uit de subjectieve beleving. Voor de vrouwen was het daarentegen de subjectieve beleving, waarop het effect het sterkste naar voren kwam. In het vervolg van dit artikel zullen we zien hoe het 'reversed' placebo-effect in de praktijk kan worden toegepast bij seksuele problemen.

Wij zullen ons voornamelijk richten op het soort seksuele problemen dat tijdens een relatietherapie veelal aan bod komt. We zullen ons dus *niet* bezighouden met de biologische determinanten van seksuele stoornissen en de behandeling daarvan. Daarvoor zij verwezen naar: Kresin (1993), Graber (1993), Segraves en Segraves (1993) en naar de Nederlandse publikaties van Stoeckart, Slob en Moors-Mommers (1992), Everaerd en Moors (1992) en Drenth (1992). Het valt ook buiten de mogelijkheden om aan alle seksuele stoornissen specifieke besprekingen te wijden. We zullen bijvoorbeeld geen speciale aandacht schenken aan geslachts-identiteitsproblemen (de 'gender identity problems', Cohen-Kettenis, Wafelbakker & Slob, 1992). We zullen ook niet in specifieke zin ingaan op ongewone seksuele voorkeuren als sado-masochisme (Visser, 1986) en ook niet op door de samenleving niet aanvaarde seksuele verlangens als pedofilie (Van Naerssen, 1986) en travestie (Kuiper, 1986).

We zullen ons wel bezighouden met de punten waarop men in het algemeen moet letten bij seksuele problemen, en met de meest voorkomende behandelingsstrategieën en technieken. Hierbij zullen seksuele stoornissen als dyspareunie (pijn bij het vrijen), vaginisme (verkramping van de vagina), orgasmestoornissen (niet kunnen klaarkomen), ejaculatiestoornissen (voortijdig klaarkomen of niet kunnen klaarkomen), opwindingsstoornissen en stoornissen in het seksueel verlangen aan bod komen. Gezien de grote overlap die dit zou opleveren, wordt de behandeling van deze stoornissen niet steeds apart besproken.

Voor een uitvoerig overzicht van de classificatie en taxatie van seksuele problemen in het algemeen zij verwezen naar de DSM III-R (APA, 1987), naar Everaerd, Cohen-Kettenis en Dekker (1990), en naar Vink en Van der Does (1992). Wat betreft de taxatie van seksuele dysfuncties bij vrouwen verwijs ik naar Moors (1992); de taxatie van seksuele moeilijkheden bij mannen wordt beschreven door Drenth (1992).

## Verschillende indelingsprincipes bij seksuele stoornissen

In de literatuur worden de diverse soorten seksuele problemen op verschillende manieren van elkaar onderscheiden en in categorieën ondergebracht. De voornaamste indelingen zullen we hieronder bespreken.

- 1 *Moelijkheden versus dysfuncties*. Frenken (1985) maakt een verschil tussen seksuele moeilijkheden of problemen en seksuele dysfuncties. Hij spreekt van seksuele problemen wanneer mensen een te grote discrepantie ervaren tussen wat zij willen beleven en wat zij in feite beleven. Men kan ook van seksuele problemen spreken wanneer één persoon vrede heeft met het seksuele functioneren terwijl de partner meent tekort te komen. Er wordt van 'seksuele dysfuncties' gesproken wanneer de moeilijkheden gepaard gaan met een verslechtering van de fysiologische componenten van de seksuele reactie (bijv. pijn of een te geringe vochtigheidsgraad).
- 2 *Primaire versus secundaire seksuele stoornissen*. Dit is een van de meest bekende indelingen. Men spreekt van 'primair' wanneer iemand het betreffende seksuele probleem altijd heeft gehad; bijvoorbeeld wanneer iemand nog nooit een orgasme heeft gehad of nog nooit heeft gevreeën zonder erectiestoornis. Bij mannen hebben primaire problemen in het algemeen een minder goede prognose dan secundaire seksuele problemen. Bij vrouwen is dit niet het geval. Er zijn zelfs onderzoekers die stellen dat bij vrouwen primaire seksuele problemen beter behandelbaar zijn dan secundaire problemen, die vaak met meerdere factoren samenhangen (Everaerd, 1983).
- 3 *Situationeel versus totaal*. Bij situationele seksuele problemen treedt het probleem alleen op bij bepaalde partners of in bepaalde situaties. Daartegenover staan problemen die zich ongeacht de relatie met de partner of de omstandigheden voordoen. Wanneer iemand vertelt dat hij een sterk verminderd seksueel verlangen heeft is het bijvoorbeeld van belang om te weten of dit speciaal het geval is ten aanzien van de partner, of dat er geen enkel seksueel gevoel bestaat ten aanzien van wie of wat dan ook. Bij een erectiestoornis is het belangrijk vast te stellen of de man altijd problemen heeft op dit gebied of dat hij alleen in bepaalde gevallen last heeft, bijvoorbeeld bij zijn vaste partner. Verschillen ten aanzien van de dimensie 'primair/secundair' of 'situationeel/totaal' leiden niet zonder meer tot een verschillende behandeling. In veel gevallen zullen de partners stapsgewijs moeten leren (weer) te genieten van elkaars aanrakingen, zonder gericht te zijn op het leveren van prestaties. Bij primaire en totale seksuele stoornissen zijn echter wel vaak individuele interventies nodig; bijvoorbeeld eerst met behulp van masturbatie leren genieten van bepaalde facetten van de seksuele respons. We komen hierop terug. Wanneer de oorzaken van de seksuele problemen volledig gezocht moeten worden in een slechte onderlinge verhouding tussen de partners, is een stapsgewijze behandeling van het seksuele probleem soms niet eens nodig. Wanneer het vertrouwen in elkaar weer is hersteld, verdwijnen de seksuele problemen soms vanzelf of zijn enkele weken met gerichte opdrachten genoeg om ook de seksuele verhouding te verbeteren.

- 4 *Op angst gebaseerde problematiek versus afwijkingen in de aard en intensiteit van de seksuele verlangens.* De eerste categorie omvat erectiestoornissen, ejaculatiestoornissen, orgasmestoornissen en vaginisme. Het gemeenschappelijke is dat angst er altijd een rol in speelt: angst voor falen, voor pijn of om zich aan de partner over te geven. Bij de behandeling zal dan onder meer gebruik worden gemaakt van technieken die door de behandeling van angststoornissen bekend zijn geworden: exposure, relaxatie en (eventueel) paradoxale technieken. De partner is meestal bij de behandeling betrokken, aangezien diens gedrag vaak bijdraagt tot vergroting van angst en spanning. De tweede categorie kan in twee subcategorieën worden onderverdeeld: een overmaat aan bepaalde seksuele neigingen en een tekort aan seksuele verlangens. In het eerste geval kunnen we onder andere denken aan hyperseksualiteit, exhibitionisme en gerichtheid op abnormale objecten (parafilieën). Bij dergelijke seksuele stoornissen bestaat een belangrijk deel van de behandeling uit het stimuleren van de cliënt tot het uitvoeren van een zelfcontroleprogramma. Het leren beheersen van de ongewenste neigingen staat hierin centraal. Hoewel dit sterk individueel is, kan het van belang zijn de partner hierbij te betrekken. Hiertegenover kan men de seksuele problemen plaatsen die zich manifesteren door een afname van seksueel verlangen. Dit kan met angsten en spanning te maken hebben, maar het kan ook zijn oorzaak vinden in een verlies van lust: geen overmaat maar een tekort aan seksuele impulsen. Het is evident dat het ook hierbij van belang kan zijn de partner bij de behandeling te betrekken om aan de weet te komen wat de oorzaak is van het verminderde verlangen naar seksualiteit.

## Taxatie van seksuele problemen

Cliënten maken niet altijd melding van hun seksuele problemen. Het kan dus nodig zijn dat de therapeut in de taxatiefase zelf naar de aard van hun seksuele verhouding vraagt. Wanneer er gestart is met gezinsgesprekken, is het mede daarom zinvol een aparte zitting met het ouderpaar in te lassen, zodat over deze en andere 'privé-zaken' van het echtpaar kan worden gesproken. Het is ook mogelijk, naast algemene op de relatie gerichte vragenlijsten, gebruik te maken van genormeerde vragenlijsten die speciaal zijn gericht op het seksueel functioneren, zoals de Seksualiteits Belevings Schalen (Vennix, 1988). Dit zijn betrouwbare en valide instrumenten die vooral voor onderzoek zijn geconstrueerd. In de praktijk kunnen zij echter ook worden gebruikt, ter completering van het klinische oordeel of voor het evalueren door therapeuten van hun eigen behandelingen.

Wanneer seksuele problemen ter sprake komen is het van belang dat de therapeut de tijd neemt voor de anamnese, het verzamelen van de nodige informatie (Vink & Van der Does, 1992). De vragen die hierbij van belang zijn worden hieronder besproken en kunnen globaal worden gerubriceerd in drie categorieën: vragen die grotendeels zijn gericht op het uitsluiten van mogelijke somatische en psychiatrische oorzaken, vragen die vooral hebben te maken met de manier waarop de onderlinge verhouding van de partners een rol speelt en vragen die betrekking hebben op individuele psychologische factoren.

### ***Uitsluiten van somatische en psychiatrische oorzaken***

- 1 *Wanneer is het probleem ontstaan, en wat kan men daaruit opmaken?* Zoals bij veel afwijkingen is het belangrijk om te weten wanneer het probleem is ontstaan, en of er in die periode specifieke gebeurtenissen zijn geweest. Dit kan aanwijzingen geven omtrent de oorzaak van de problemen. Ook de duur is van belang: hoe langer het probleem bestaat hoe minder gunstig in het algemeen de behandelingsprognose. Dit geldt vrij zeker voor seksuele problemen van mannen. Voor vrouwen is de relatie tussen duur en behandelbaarheid minder duidelijk (Everaerd, 1983). Het informeren naar de precieze omstandigheden tijdens het ontstaan van het probleem kan soms verrassende inzichten opleveren. Everaerd (1983) beschrijft bijvoorbeeld een man die impotent was geworden. Na doorvragen door de therapeut bleek dat de erectiestoornis was ontstaan nadat zijn tweede echtgenote, evenals de eerste, aan baarmoederhalskanker was overleden. De auteur concludeert dat hiet waarschijnlijk niet zozeer van een seksueel probleem moest worden gesproken, alswel van onverwerkte rouw en angst voor herhaling. Een rechtstreekse behandeling van het seksuele probleem is dan zinloos. Ditzelfde geldt voor langer bestaande seksuele problemen die te maken hebben met traumatische ervaringen in het verleden. Een voorbeeld hiervan zien we in de behandeling van Ineke Bergkamp (28 jaar). Zij meldde zich met haar vriend aan vanwege relatieproblemen, die voor een belangrijk deel op seksueel gebied bleken te liggen. Zij was passief tijdens het vrijen, wees de toenaderingen van haar vriend af, zelfs als deze niet seksueel getint waren. Zij was een goed uitziende, intelligente vrouw met een zeer negatief zelfbeeld, en zij kon het zich niet voorstellen dat haar vriend het meende als hij zei dat hij haar aantrekkelijk en lief vond. Door het invullen van een vragenlijst die was gericht op de detectie van seksueel misbruik (de lijst *Seksuele Ervaringen in het Verleden*, SEV, Bakuwel & Wiegman, 1989; Bockting & Rokx, 1993; Gimbrère & Waayer, 1990; Lange & Bakuwel, 1991) werd duidelijk dat haar vader, van wie ze veel had gehouden, haar twee jaar lang seksueel had misbruikt. Hij was daarmee opgehouden toen zij veertien was, nadat hij zijn aandacht had gericht op een vijftienjarig nichtje dat bij hen in huis was komen wonen. Deze afwijking had zij als erger ervaren dan het seksueel misbruik. Haar moeder was op de hoogte geweest, maar had het spel meegespeeld en haar echtgenoot verdedigd. De behandeling werd aanvankelijk volledig gericht op het verwerken van dit verleden. Pas daarna kon de seksuele verhouding tussen de partners op zinvolle wijze aan bod komen. Bancroft (1989) spreekt in dergelijke gevallen overigens wel van 'seksuele problemen' maar niet van 'seksuele dysfuncties'. Aangezien incest of anderssoortig seksueel misbruik meestal niet spontaan wordt gemeld, is het, wanneer er seksuele problemen zijn, zeker aan te raden in de taxatiefase de cliënten een diagnostische vragenlijst zoals de SEV (*Seksuele Ervaringen in het Verleden*) te laten invullen. Hierin wordt cliënten de gelegenheid geboden, aan de hand van concrete vragen naar mogelijke gebeurtenissen in het verleden, aan te geven of (en eventueel in hoeverre) er in het verleden seksueel misbruik heeft plaatsgevonden (Bakuwel & Wiegman, 1989; Bockting & Rokx, 1993; Gimbrère & Waayer, 1990; Lange & Bakuwel, 1991). Het verleden kan ook op een meer indirecte manier een rol spelen, zoals bij het echtpaar Leeuwenstein. Mevrouw had weerzin tegen vrijen met haar man. Aanvankelijk leek het alsof dit vooral te maken had met hun strijd in de onderlinge verhouding. Een nadere analyse liet zien dat dit zeker niet de enige oorzaak was, zij had in het algemeen enige moeite met wat zij het 'driftmatige' noemde van seks bedrijven. Het deed mevrouw aan haar moeder

denken, tegenover wie zij weerzin voelde omdat deze haar aandriften altijd zo slecht onder controle had gehouden. Zij wilde niet op haar moeder lijken en moest haar 'seksuele driften' dus beheersen.

- 2 *In welke fase van de responscyclus treedt het probleem op? Zijn er problemen voorafgaand aan het vrijen of treden de problemen bijvoorbeeld pas op in de fase waarin men gemeenschap heeft?*
- 3 *Zijn er aanwijzingen dat de oorzaak van somatische aard zou kunnen zijn, bijvoorbeeld door ernstige ziektes?* Men kan hier aanwijzingen voor krijgen door te vragen naar verandering in gewicht, eetlust, vermoeidheid, stoelgang en menstruele cyclus. Dit kan aan het licht brengen dat bij een somatische ziekte als diabetes een hormonale stoornis een rol speelt. Ook is het goed om te vragen of er voorafgaand aan de seksuele problemen operatieve ingrepen zijn geweest. Bij sommige stoornissen is de kans dat organische oorzaken een rol spelen groter dan bij andere. Volgens Kaplan (1983) geldt dit voor erectiestoornissen, dyspareunie, vaginisme, gering libido, secundaire anorgasmie en secundaire ejaculatiestoornissen. Bij primaire anorgasmie en primaire ejaculatiestoornissen is het volgens haar veel minder waarschijnlijk dat er een lichamelijke oorzaak is. Wanneer er een gereede kans is op somatische oorzaken, kan men kiezen tussen verwijzen voor een lichamenlijk onderzoek of eerst afwachten of simple adviezen verandering brengen. Vink en Van der Does (1992, p. 194) geven het voorbeeld van een twintigjarige vrouw die vertelt dat het voor haar altijd onmogelijk is geweest om gemeenschap te hebben. Pogingen daartoe leidden tot een volledig afsluiten van de vagina. Ze wil graag een vaginaal onderzoek. Tijdens dit onderzoek blijkt dat zij haar spieren rond de schede- ingang dermate spant dat een vaginaal onderzoek niet mogelijk is. Er wordt afgesproken dat ze eerst een aantal therapeutische gesprekken zal hebben en oefeningen zal doen om meer beheersing over haar vaginaspieren te krijgen. Na twee maanden komt ze terug. Ze zegt zich nu goed te kunnen ontspannen, maar het lukt nog steeds niet om gemeenschap te hebben. Het lijkt of er iets in de weg zit. Bij onderzoek blijkt in haar vagina een tussenschot te zijn. Waarschijnlijk is haar vaginistische reactie een gevolg geweest van pijn bij coïtus pogingen. Pas nadat ze enigszins heeft leren ontspannen is een vaginaal onderzoek mogelijk geworden. Het soort klachten waarmee deze vrouw zich aanmeldde komt ook voor zonder dat er lichamelijke oorzaken zijn. Ontspannings-oefeningen en adviezen over de manier van vrijen zouden dan kunnen luiden tot vermindering van de klachten. Nogal onaangename lichamelijke onderzoeken zouden dan niet nodig zijn. De vuistregel kan dus luiden: indien eenvoudige psychologische adviezen kunnen helpen is het verstandig om die een kans te geven voordat onprettige lichamelijke onderzoeken worden verricht. Indien deze niet snel en afdoende helpen, stel het lichamenlijk onderzoek dan niet uit, en verwijs door naar een op dit terrein deskundige medicus (bijv. de huisarts, de gynaecoloog of de uroloog).
- 4 *Gebruikt de cliënt drugs, alcohol, of medicijnen, die invloed op het seksuele probleem zouden kunnen hebben?* Van alcohol en drugs is het algemeen bekend dat zij, afhankelijk van de dosis en (bij drugs) de aard van het middel, zowel een remmende als ontremmende uitwerking kunnen hebben op, met name, het mannelijke seksuele gedrag. Uitingen van ongewenste hyperseksualiteit nemen door alcohol soms toe. Het normale seksuele verlangen en het vermogen tot erectie en orgasme kunnen er door afnemen (Sadock, 1985). Er wordt weleens beweerd dat sommige bloeddrukverlagende middelen (zoals beta-blokkeerders) tot verminderd seksueel verlangen zouden leiden. Dit wordt echter niet eenduidig door onderzoek bevestigd

- (Moors–Mommers, 1992a). Dit neemt niet weg dat er vrij grote individuele verschillen zijn in de reacties op medicijnen en dat het gebruik ervan bij sommige cliënten toch invloed kan hebben op het seksuele functioneren. Individuele verschillen zijn er ook in de reacties op psychofarmaca. Otten, Hoogduin, De Haan en Schaap (1990) vonden bij vijf van de negen door hen onderzochte depressieve vrouwen aanwijzingen dat de gebruikte antidepressiva een remmende werking hadden op de seksuele functies, met name wat betreft het orgasmisch vermogen. Moleman (1992, p. 93) rapporteert dat ongeveer 30 procent van de patiënten die met klassieke antidepressiva zijn behandeld, last heeft van vermindering van seksuele functies (vermindering van libido, vertraging of afwezigheid van orgasme, vertraagde ejaculatie en soms een vermindering van de erectie). Hij vermeldt (p. 239) ook onderzoeken, waarin bijwerkingen van sommige neuroleptica zijn gebleken (libidoverlies, vermindering van erectie, en ejaculatieproblemen). Algemeen conclusies zijn op grond van deze gegevens echter niet te trekken.
- 5 *Wordt er gebruik gemaakt van anticonceptiemiddelen?* Het achterwege blijven daarvan kan een preoccupatie met ongewenste zwangerschap tot gevolg hebben. Het wel gebruiken kan leiden tot afname van zin in vrijen. Soms zijn er bij de vrouw psychologische irritaties, omdat zij zich gedwongen voelt de pil te slikken. Het bespreken hiervan kan soms al tot een oplossing leiden.
  - 6 *Zijn er psychiatrische symptomen die prevaleren boven de seksuele problemen?* Wanneer iemand klaagt over verlies van seksueel verlangen is het bijvoorbeeld belangrijk om vast te stellen of de persoon in kwestie al of niet lijdt aan een depressie in engere zin. Wanneer dit het geval is dient de depressie eerst hetzij medicamenteus hetzij psychologisch, in een relatietherapie of in een combinatie van beide, behandeld te worden. Depressie gaat immers vaak gepaard met libidoverlies.

### ***Rol van de verhouding tussen de partners***

- 1 *Is het in principe voor elk der partners afzonderlijk mogelijk de seksuele responscyclus te doorlopen?* Met ander woorden: gaat het om een situationeel probleem en levert seksualiteit voor iedere partner afzonderlijk geen probleem op, terwijl het met de partner wel een probleem is? Of is het niet-situationeel? Bij mevrouw Breure (zestig jaar) was dit laatste het geval. Zij had al een aantal jaren nagenoeg geen seksuele verlangens, ook niet ten opzichte van andere (mogelijke) seksuele partners. Bij het echtpaar Jansma (beiden rond de vijftig jaar) was dit anders. Ook hier had de man het er moeilijk mee dat zijn vrouw geen zin had met hem te vrijen, maar (anders dan mevrouw Breure) maakte mevrouw Jansma duidelijk dat dit alles te maken had met de afkeer die zij had van de manier waarop haar man haar benaderde. Op dit voorbeeld komen wij nog terug. Een ander voorbeeld levert meneer Den Draaijer die al lang last had van voortijdige zaadlozingen bij coïteren, ook bij vorige partners. Navraag leerde echter dat hij er niet altijd last van had gehad. Er waren situaties in zijn leven geweest waarin het niet optrad. Door het analyseren van het verschil tussen deze momenten en de momenten waarop het wel gebeurde, kon de therapeut het echtpaar helpen om op een iets andere manier te vrijen, waardoor het veel minder vaak gebeurde.
- 2 *Is het probleem vooral van seksuele aard of gaat het meer om de onderlinge verhouding?* In de volgende paragraaf zullen we enkele voorbeelden bespreken van echtparen die weliswaar problemen hebben op het seksuele vlak, maar waar het rechtstreeks behandelen van die problemen niet zinvol is, omdat ze een uitvloeisel zijn van hun



onderlinge machtsstrijd, of van het ontbreken van affectie van de één voor de ander. In dergelijke constellaties doet men er goed aan eerst de mogelijkheid van relatietherapie te onderzoeken.

- 3 *Hoe verloopt de communicatie over seksualiteit en welke emoties roept de seksualiteit op?* In hoeverre kan men erover praten en kan men elkaar laten weten waar men behoefte aan heeft? Vaak blijkt dit, zoals we in de loop van dit artikel zullen zien, het cruciale punt voor de behandeling te zijn.
- 4 *Wat vindt men plezierig in seksueel opzicht?* De eerste vraag hierbij is in hoeverre de cliënten hun eigen verlangens en gevoelens willen en kunnen verwoorden. De volgende vraag is in hoeverre de partner in staat en bereid is tegemoet te komen aan die verlangens, wanneer deze niet overeenkomen met de eigen gewoonten en behoeften. Het is van belang cliënten te stimuleren hierover vrijuit en niet beschuldigend te praten, zodat er meer begrip over en weer kan ontstaan.
- 5 *Wiens probleem is het?* Zoals we al eerder zagen, was een van de problemen tussen meneer Breure en mevrouw Breure dat mevrouw absoluut geen zin had om te vrijen. Meneer Breure bracht het naar voren als een abnormaliteit van zijn vrouw, die behandeld diende te worden. Mevrouw ging hier aanvankelijk in mee, maar al in het tweede gesprek werd duidelijk dat zijzelf het niet-vrijen helemaal niet problematisch vond. Zij had het er alleen moeilijk mee dat haar man er zo'n probleem van maakte, en haar op allerlei manieren onder druk zette.
- 6 *Is er iets speciaals in het gedrag van de partner dat heeft bijgedragen aan het ontstaan en in stand houden van het probleem?* Bij mevrouw Breure leek dit niet het geval, bij het echtpaar Jansma wel. De aversie die mevrouw had tegen het vrijen met haar man, had veel te maken met zijn dwingende gedrag in het algemeen en wat de seksualiteit betreft in het bijzonder. In sommige situaties speelt het gedrag van de partner in het verleden een rol, zoals bij mevrouw Put, bij wie de seksuele gevoelens gedoofd waren toen zij erachter kwam dat haar man in het verleden overspel had gepleegd met haar zuster.
- 7 *Is er iets in de persoon van een der partners dat bijdraagt aan het probleem?* Mevrouw Van Gelderen klaagde dat haar man geen seksuele belangstelling voor haar toonde. Meneer ontkende dit niet. Hij vond haar te dik. Zij was inderdaad ruim boven het normale gewicht en was hier zelf ook niet gelukkig mee. In dit geval was het duidelijk waar het om ging. Dit is lang niet altijd het geval. Vaak is het onduidelijk wat nu precies maakt dat men de partner niet langer fysiek aantrekkelijk vindt. Het kan met een veranderd uiterlijk te maken hebben, maar het kan bijvoorbeeld ook zijn dat men iemand niet lekker vindt ruiken, en begrijpelijkerwijs valt het cliënten meestal niet gemakkelijk hierover te praten. Per slot van rekening willen zij hun partner niet kwetsen. Het kan nuttig zijn wanneer de therapeut erin slaagt dergelijke factoren bespreekbaar te maken, zonder dat een der partners zich gekwetst voelt. Dit is vooral van belang omdat de partner die zich (zonder te weten waarom) seksueel verworpen voelt, vaak gaat proberen de ander toch tot seksueel 'verkeer' te bewegen, bijvoorbeeld door zich extreem aan te passen aan alles wat de ander wil, of door veel druk uit te oefenen. In het algemeen leidt dit niet tot een toename van de seksuele aantrekkelijkheid, integendeel: men komt eerder terecht in een vicieuze cirkel, waarin de een de ander steeds minder aantrekkelijk gaat vinden en waarbij de laatste steeds krampachtiger gaat reageren.
- 8 *Is er een 'derde'?* Wanneer de ene partner blijkt geeft van sterk verminderde of geen enkele seksuele belangstelling voor de ander, kan men zich afvragen of er misschien een derde in het spel is. Het probleem is dat cliënten hierover zelf zelden iets vertellen en dat het ook niet aan de therapeut is om cliënten hiertoe te forceren.

Men kan er hooguit een keer naar vragen. De meest simpele vuistregel is, dat wanneer cliënten niet aangeven dat er erotische betrekkingen zijn met een ander, de therapeut dit accepteert totdat het tegendeel evident is. Sommige auteurs, zoals Bancroft (1989), bevelen aan na een gezamenlijke intake de partners apart te zien. Dit kan informatie opleveren over buitenechtelijke relaties die men anders niet zou krijgen. Hiermee moet men echter voorzichtig zijn, opdat men niet met informatie wordt opgescheept waar men 'niets mee kan' omdat de partner het niet mag weten. In het algemeen is aan te bevelen om dit met de partners te bespreken en hen duidelijk te maken dat een relationele behandeling moeilijk zo niet onmogelijk wordt wanneer de therapeut wordt opgezadeld met een geheim. Meestal moet de betreffende cliënt dan kiezen: of het geheim wordt onthuld of de behandeling wordt gestaakt. Soms is het beter dat de therapeut iets niet weet dan wel.

### ***Individueel-psychologische factoren***

- 1 *Is er iets in het eigen gedrag of denkwijze dat bijdraagt aan het probleem?* Hieronder valt het koesteren van dysfunctionele gedachten over seksualiteit (Vansteenwegen, 1993); bijvoorbeeld dat men altijd moet klaarkomen, of dat men als paar tegelijk klaar moet komen, of dat de 'echte bevrediging' alleen via gemeenschap tot stand komt, of (zoals bij mevrouw Leeuwenstein die we hierboven bespraken) dat zich overgeven aan een orgasme een uiting van gevaarlijke driftmatigheid is.
- 2 *Hoe keek men in het ouderlijk gezin tegen seksualiteit aan?* De normen en opvoedingspatronen in het ouderlijk gezin kunnen de oorzaak zijn van angst ten aanzien van seks, schaamte, het ontbreken van minimale kennis of het geloven in dysfunctionele mythes. We treffen dit bijvoorbeeld aan bij het echtpaar Leefflang, dat vanuit een orthodox christelijke achtergrond van mening was dat je over seks niet mag praten, en dat je in ieder geval je partner niet mag zeggen wat je plezierig vindt en wat je opwindt. In zo'n geval is het geven van voorlichting een eerste stap. Hierbij is het wel van belang dat men niet te ver afwijkt van de culturele achtergrond van de cliënten. Wat voor niet-godsdienstige cliënten geldt, hoeft niet te gelden voor religieuze mensen, en wat voor westerse cliënten van toepassing is, is niet altijd bespreekbaar voor cliënten die uit andere landen afkomstig zijn (Sommeling, 1983; Vink, 1992).

### **De behandeling van seksuele problemen**

In de psychologische behandeling van de meest voorkomende seksuele problemen staan in het algemeen de volgende elementen centraal: voorlichting gericht op cognitieve verandering, ontspanning, het doorbreken van angst om te falen en het leren praten over de eigen behoeften en verwachtingen. De manier waarop deze therapeutische elementen worden gecombineerd hangt af van wat er ten aanzien van de in de tweede paragraaf genoemde punten naar voren komt in de taxatiefase. In deze paragraaf zullen we een aantal van de meest voorkomende psychologische interventies aan de hand van voorbeelden illustreren.

### ***Het doorbreken van taboes door vragen stellen en voorlichting***

We hebben hierboven al gezien dat het in een relatietherapie verstandig is te vragen hoe de seksuele verhouding is en, indien er moeilijkheden zijn op dit vlak, eerst diagnostische gegevens te verzamelen. We hebben ook gezien waaruit deze informatie kan bestaan. Het verzamelen van deze gegevens heeft meer dan alleen taxerende waarde. Door de manier waarop de therapeut de vragen stelt (rustig, zonder gêne en 'to the point') en door de manier waarop hij op de antwoorden ingaat, kan hij de eerste taboes over seksualiteit doorbreken. Hij demonstreert dat men ten aanzien van seksualiteit niet alles prettig hoeft te vinden en dat daarover gepraat kan worden. Het is hierbij van belang dat hij zijn taalgebruik aanpast aan dat van zijn cliënten. Het meest gemakkelijk is het, om de cliënten naar de door hen gebruikte terminologie te vragen. Praten zij over 'gemeenschap' dan doet de therapeut dit ook; gebruiken zij de term 'neuken' dan kan voor de therapeut hetzelfde gelden, etcetera.

In het doorbreken van taboes en het creëren van nieuwe opvattingen is het geven van voorlichting misschien wel de belangrijkste stap. Door met cliënten het seksuele proces waarin zij zijn verwickeld te bespreken, en hun informatie te verschaffen over welke factoren daarin over het algemeen een rol spelen, kunnen allerlei destructieve mythes worden doorbroken. Bijvoorbeeld: de zogenaamde noodzaak van gelijktijdig klaarkomen; dat het raar zou zijn wanneer iemand die een relatie heeft 'nog' masturbeert; dat klaarkomen tijdens coïtus het enige 'echte' zou zijn.

Men hoeft zich als therapeut niet te beperken tot mondelinge voorlichting. Het kan voor cliënten zinnig zijn om erover te lezen. Er bestaat nogal wat literatuur die daarvoor is geschreven. Sommige boekjes zijn vooral gericht op meisjes en volwassen vrouwen: Heffels en Bezemer (1993); Yaffé, Fenwick en Hengeveld (1990a), Richardson (1991), Voss, Gale en van Bilderbeek (1988). Andere publikaties zijn meer voor jongens en volwassen mannen: Gale en Dupuis (1986) en Yaffé et al. (1990b). Algemener en vollediger is het boekje *Seks moet je leren* (Van Lunsen, 1992), en speciaal gericht op de onderlinge relatie tussen partners is *Liefde is een werkwoord* (Vansteenwegen, 1988).

Het is wel aan te raden dergelijke publikaties eerst zelf te lezen alvorens men ze cliënten aanbeveelt, aangezien ze vaak wat ideologisch zijn getint en het maar de vraag is of de toon niet een ave-rechts effect kan hebben.

Wanneer men voorlichtig geeft en spreekt over seksualiteit dient men rekening te houden met de (sub)cultuur waartoe cliënten behoren. Bij het doorbreken van taboes en irrationele opvattingen kan men niet abrupt te werk gaan. Wat autochtone Nederlanders misschien accepteren van een behandelaar zal voor sommige ethnische minderheden misschien te ver van hun denkwereld afstaan. Men dient zich daaraan aan te passen (Vink, 1992).

### ***Het verbod op seksueel contact***

Vaak hebben seksuele problemen te maken met het feit dat een der partners veel druk ervaart om een seksuele prestatie te leveren. Dit geldt bijvoorbeeld bij sommige vormen van ejaculatiestoornissen, verminderd seksueel verlangen, orgasmestoornissen en vaginisme. Vaak is het wel of niet hebben van seks een element in de onderlinge

machtsstrijd van een paar. In dit soort gevallen is de eerste stap meestal dat er afgesproken wordt dat er een bepaalde periode helemaal geen gemeenschap zal zijn. Dit is geen truc om het paar er juist wel toe te krijgen, het is niet bedoeld als een paradoxaal advies.

Hieronder volgen een paar voorbeelden van situaties waarin het verbod om seksueel contact te hebben zinvol kan zijn.

- 1 *Seksverbod bij machtsstrijd.* Het echtpaar Rademakers had zich aangemeld wegens seksuele problemen. In de beginfase bleek dat deze voor een groot deel te maken hadden met de rancune van mevrouw ten opzichte van haar man, die haar vroeger in haar slaap meerdere malen zou hebben 'gebruikt' zonder dat zij het merkte. Ten tijde van de behandeling waren er regelmatig woedeuitbarstingen die mede werden veroorzaakt doordat mevrouw zich onder druk gezet voelde door haar man. Hij wilde seksuele gemeenschap, ook wanneer zij niet wilde. De sfeer die hierdoor werd opgeroepen leek ongunstig voor het verbeteren van de verhouding. Derhalve werd een afspraak gemaakt om de komende periode totaal geen seksueel contact te hebben. In plaats daarvan zouden zij eventueel vaker masturberen. Vooral mevrouw toonde zich opgelucht. In een later stadium, als de rancunes uit het verleden waren verwerkt, zou besproken worden op wat voor manier zij hun seksuele relatie weer gestalte zouden kunnen geven. Dat een seksverbod niet altijd even gemakkelijk is te handhaven, blijkt uit dezelfde behandeling. Enkele dagen na de gemaakte afspraken, werd de therapeut 's avonds gebeld door meneer Rademakers. Deze lag met zijn vrouw in bed en wilde weten of de therapeut vond dat er in geen geval seks mocht zijn, zelfs niet wanneer zij het beiden wilden. De therapeut legde uit dat hij het natuurlijk niet volledig kon verbieden, maar dat hij het hun ten sterkste afraadde om nu gemeenschap te hebben. Het zou misschien prettig zijn, maar zij waren er nog niet aan toe en de kans op weer toenemende spanning zou erdoor worden vergroot. Verder complimenteerde hij meneer Rademakers met het feit dat deze de moeite had genomen hem te bellen en nu niet zelf een beslissing had genomen die misschien verkeerd zou zijn geweest. In de volgende zitting bleek dat zij zich aan het advies hadden gehouden. Wanneer cliënten ondanks een verbod toch 'met elkaar naar bed zijn geweest', moet men dit meestal niet als een succes beschouwen en moet het niet bekrachtigd worden. Zelfs wanneer het een positieve ervaring heeft opgeleverd bestaat het gevaar dat het paar toch nog te weinig heeft 'geleerd', de kans op terugval is nog groot. Het is verstandig het paar dan te complimenteren met het feit dat zij plezierig hebben gevreeën, maar toch te adviseren te wachten tot zij er helemaal aan toe zijn. Minder vlot dan bij het echtpaar Rademakers verliep de behandeling van het echtpaar Terveld. Ook hier was het de vrouw die geen seks wilde en speelde machtsstrijd een rol. Mevrouw voelde zich gedomineerd door haar man. Zij verweet hem de baas over haar te spelen en haar te kleineren. Hierdoor was haar gevoel voor hem zo verminderd dat zij geen seksueel contact met hem wilde. Haar man kon daar slecht tegen en maakte regelmatig toespelingen die zij als dwingend ervoer, waardoor de cirkel rond werd. De therapeut stelde voor dat de echtgenoten drie maanden geen enkel seksueel contact zouden hebben. Er werd precies afgesproken wat in hun geval onder 'seksueel contact' diende te worden verstaan. In de tussentijd zou het echtpaar proberen inzicht te krijgen in hun gevoelens en te leren op een andere wijze met elkaar om te gaan. Mevrouw leerde duidelijker voor zichzelf op te komen en zich minder te laten domineren door haar man, die op zijn beurt met behulp van feedback van zijn vrouw en van de therapeut leerde zich wat meer

terughoudend en bescheiden op te stellen. Nadat dit deel van de relatietherapie was afgelopen, kon het seksverbod worden opgeheven.

- 2 *Seksverbod bij verminderd verlangen.* Ook mevrouw Jansma vond haar man een dwingeland en wilde geen seks meer met hem. Zij vond het wel plezierig door haar man aangeraakt te worden, als hij maar niet zo duidelijk liet merken dat er dan seks diende te volgen. Haar verlangen hiernaar was toch al verminderd in de laatste jaren, maar doordat ze zich voortdurend onder druk gezet voelde was het helemaal weggeëbd, aldus mevrouw Jansma. Zij had het idee dat het misschien terug zou komen indien haar man haar meer met rust zou laten. Het echtpaar was in een vicieuze cirkel terecht gekomen. Meneer had veel behoefte aan seks met zijn vrouw en had moeite dit niet te laten merken. Zijn verbale en non-verbale signalen versterkten haar weerzin, waardoor de kans dat er seks zou zijn afnam, etcetera. Mevrouw gaf aan dat er geen andere factoren waren die haar weerzin bevorderden. Zij had bijvoorbeeld geen fysieke afkeer van haar man en was ook niet betrokken bij een buitenechtelijke relatie. Ook hier zat er weinig anders op dan meneer duidelijk te maken dat hij het meest gebaat zou zijn met een tijdlang af te zien van seksueel contact met zijn vrouw. Dit zou tenminste de kans geven dat haar gevoelens ten aanzien van hem terug zouden komen. Meneer Jansma was er niet bepaald blij mee. Waarom moest hij veranderen. Kon zijn vrouw niets doen? De therapeut slaagde erin hem uit te leggen, dat dit inderdaad niet kon: dat seks alleen mogelijk is wanneer je er allebei zin in hebt; dat proberen seksueel contact af te dwingen alleen averechts werkt; en dat een periode zonder seks nodig is om in zo'n geval de verhouding weer een kans te geven. Meneer accepteerde dit, zij het met moeite. Het door hemzelf geopperde alternatief (zijn vrouw verlaten) stond hem nog minder aan. De 'honger in zijn ogen', zoals mevrouw het uitdrukte, verdween echter niet. De interventie leidde dan ook niet tot hernieuwd verlangen bij mevrouw Jansma, maar gaf wel zoveel rust in de verhouding dat het mogelijk werd andere problemen te bespreken en tot een door beiden gewenste status quo te komen.

### ***Het masturbatieadvies***

Meneer Jansma had het moeilijk met het advies van de therapeut om af te zien van seksualiteit. Vaker masturberen zag hij niet als een oplossing. Hij deed het al veel. Er zijn echter cliënten voor wie het wel kan helpen. Dit geldt bijvoorbeeld voor cliënten die, door hun religieuze achtergrond, masturberen nooit hebben beschouwd als mogelijkheid ter verkrijging van seksuele bevrediging. Uiteraard moet de therapeut voorzichtig zijn met de manier waarop hij dit onderwerp introduceert, geen druk uitoefenen en respect tonen voor de religieuze en cultureel bepaalde opvattingen van de cliënten. Maar hij kan er soms in slagen taboes in dit opzicht te doorbreken, waarna cliënten (zoals de eerder besproken heer Rademakers) ertoe overgaan (vaker) te masturberen, waardoor het hen gemakkelijker valt de druk op hun partner te verminderen. Zo kan de negatieve vicieuze cirkel worden doorbroken.

Een masturbatieadvies werd gegeven aan de heer Velleman, die met zijn vrouw in relatietherapie was gekomen. Seksualiteit was maar één van de gebieden waarop zij moeilijkheden hadden. Meneer was een wat agressieve, dwangmatige man die zijn subassertieve (soms wat te lieve) vrouw op allerlei fronten met alle beschikbare middelen onder druk zette. Meestal gehoorzaamde zij dan, ook wat betreft zijn seksuele eisen

die niet gering waren. Als het aan hem lag vond er elke nacht meerdere maken gemeenschap plaats (met flink wat variaties). Zijn vrouw had geen afkeer van hem en ook niet van seks, maar kreeg steeds meer weerzin tegen wat er op seksueel gebied van haar werd gevraagd. Doordat de therapeut bij de heer Velleman in de eerste fase van de behandeling het nodige krediet had verworven, wilde hij het advies van de therapeut wel serieus overwegen. Dit luidde als volgt: meneer zou 's ochtends, 's middags en 's avonds masturberen, ook op zijn werk (desnoods op het toilet). De fantasieën van het soort waar zijn vrouw niet van hield zou hij hierbij de vrije loop laten. Gemeenschap met zijn vrouw zou alleen gebeuren wanneer zij er zelf zin in had. Hij mocht op geen enkele manier druk uitoefenen. Zou hij dit toch doen, dan zou mevrouw hem aan de afspraak herinneren en adviseren te gaan masturberen.

Masturberen wordt ook 'gebruikt' als manier om cliënten met orgasme problemen (meestal vrouwen) zonder de druk van een partner te leren tot een orgasme te komen. De eerste stap daarin is het eigen lichaam te leren kennen, te leren accepteren dat seks plezierig mag zijn en te leren dat niet iedereen hetzelfde prettig vindt. De cliënten kunnen in een groepstherapie hierin begeleid worden. Garfield Barbach (1976) en LoPiccolo en Lobitz (1972) rapporteren al geruime tijd goede resultaten hiermee. Het oefenen met aan- en ontspannen van de vaginale spieren (de zogenaamde Kegel-oefeningen) kan de resultaten van deze methode nog versterken (Heiman, LoPiccolo & LoPiccolo, 1981). Uiteraard dient deze aanpak alleen te worden geadviseerd wanneer de betreffende persoon de anorgasmie zelf als een probleem ervaart en wanneer deze niet voornamelijk wordt veroorzaakt door de interactie met de partner.

### ***Het vetorecht***

Voor het oplossen van seksuele problemen tussen partners is van belang, dat beide partners zeker weten niet te hoeven vrijen, wanneer zij dit niet willen. De hierboven beschreven interventies hebben hierop betrekking. Wanneer er bijvoorbeeld door een tijdelijk seksverbod, of door het doorbreken van een machtsstrijd op andere fronten, weer mogelijkheden zijn voor partners om seksueel contact te hebben, is het verstandig dat zij elkaar een vetorecht geven; wanneer één van de twee geen zin heeft kan deze dit op simpele wijze aangeven en de ander mag dan absoluut niet aandringen. Meestal is dit vetorecht vooral voor één van de twee van belang, zoals bijvoorbeeld voor mevrouw Jansma die last had van de opdringerigheid van haar man.

### ***Niet-prestatiegericht vrijen en over vrijen leren praten***

Bij veel seksuele problemen is de angst om te falen een belangrijke factor. Een man is bijvoorbeeld bang om snel klaar te komen, en komt dan juist snel klaar. Een vrouw is bang dat haar man het naar vindt als zij niet klaarkomt, en daardoor komt zij juist niet klaar. Masters en Johnson (1970) hebben als eersten een model ontworpen dat erop is gericht cliënten te leren seks niet te zien als iets waarbij je een prestatie moet leveren, maar als iets waarvan je op allerlei manieren kan genieten en met elkaar over kan praten. De zogenaamde 'sensate focus' (zintuig)oefeningen vormen hierin een belangrijk element. De partners wordt gedurende een bepaalde periode verboden gemeenschap te hebben, en ook om elkaars genitaliën aan te raken. In die eerste tijd gaan zij 'leren' elkaar te strelen op andere plekken en erover te praten wat zij op dit gebied plezierig

vinden. In het begin gebeurt het strelen 'om en om'. Wanneer de een streelt is de ander niet actief, maar vertelt wel wat hij of zij meer en minder plezierig vindt. Later gebeurt het strelen van elkaar ook tegelijkertijd. Het kernpunt is dat zij ervaren dat seksualiteit niet op orgasme hoeft gericht te zijn, dat men de gelegenheid krijgt nieuwe ervaringen op te doen, en dat men merkt dat het niet vreemd is elkaar te vertellen wat men prettig en opwindend vindt.

Het is van belang om voorafgaand hieraan te bespreken hoe de gewoontes zijn betreffende het (letterlijke) naar bed gaan en hoe de topografische situatie in de slaapkamer is. Indien de partners alleen maar tegelijk naar bed gaan wanneer er gevreeën moet worden, is het samen naar de slaapkamer gaan al beladen. Als partners in twee bedden liggen en elkaar alleen kunnen aanraken wanneer er iets 'moet gebeuren', geeft ook dat extra beladenheid. Simpele en nuttige suggesties in dit opzicht kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op: regelmatig samen vroeg naar bed gaan, lekkere hapjes in bed nuttigen, plezierige lectuur lezen en naar muziek luisteren waar men allebei van houdt. Ook de verlichting van de slaapkamer kan hierbij ter sprake komen.

Wanneer zij eenmaal hebben ervaren dat strelen op zich plezierig kan zijn komt de volgende fase. Hierin mogen geslachtsdelen wel worden aangeraakt, maar het is nog niet de bedoeling dat de partner daarbij tot een orgasme komt. Ook hier is weer belangrijk dat men zichzelf kan bekennen wat men lekker vindt en dat men dit aan de ander kan vertellen, zonder dat dit tot orgasmen hoeft te leiden.

In de daaropvolgende fase is het toegestaan om de ander via strelen tot orgasme te brengen, maar de essentie blijft dat men vertelt wat men plezierig en niet plezierig vindt. Belangrijk is ook dat wordt afgerekend met mythes die anticipatieangst kunnen teweegbrengen, zoals het idee dat beide partners altijd allebei een orgasme moeten ervaren of, nog moeilijker, tegelijk moeten klaarkomen.

Afhankelijk van de precieze aard van de problemen kan in dit stadium een aanvang worden gemaakt met specifieke voorlichting en specifieke interventies. Drenth (1992) beveelt bijvoorbeeld aan om bij paren waar de man last heeft van voortijdige zaadlossingen, informatie te geven over het proces dat deze klacht in stand houdt. Dit proces begint er bijvoorbeeld vaak mee dat de man in kwestie niet weet dat er een fysiologisch 'point of no return' is, waarna hij de orgastische reflex niet meer kan stopzetten. De man die zijn ejaculatie wil beheersen stopt de prikkeling over het algemeen nadat dit punt is gepasseerd en denkt daardoor dat ejaculatie geheel onbeheersbaar is. Hiermee komt een vicieuze cirkel op gang. De man voelt zich verantwoordelijk en wil het zijn vrouw naar de zin maken. Hij is daarom actief en probeert haar tijdens het voorspel al zoveel mogelijk op te winden. Ongemerkt raakt hij daardoor zelf zeer opgewonden en bij genitaal contact komt het orgasme zeer snel. Daar schaamt hij zich voor en 'vergeet' dat er andere manieren zijn om zijn vrouw alsnog te bevredigen. De vrouw zal steeds passiever worden tijdens het vrijen, uit angst dat haar activiteiten hem doen klaarkomen. Ook bij haar neemt de onbekommerdheid en het plezier af. Dit maakt het voor de man uiteindelijk nog moeilijker waarmee de vicieuze cirkel rond is. Soms gaat de angst zo prevaleren dat de man ook het vermogen tot een erectie verliest, waardoor hij klaarkomt zonder erectie en zonder lustgevoel. De schaamte is dan nog groter.

Door voorlichting, door de 'zintuigoefeningen', door het praten over wat je voelt, wat je prettig vindt en waar je bang voor bent, neemt de angst om te falen vaak al af. De beheersing kan nog worden vergroot door het echtpaar te adviseren regelmatig te 'pauzeren' tijdens het vrijen. De man kan oefenen met in een relatief vroeg stadium zijn vrouw te laten weten dat hij even moet stoppen. De vrouw kan het effect hiervan nog vergroten door kort en krachtig in de eikel te knijpen, de opwinding van de man zal dan afnemen. Haar man dient haar wel meteen een signaal te geven wanneer het knijpen te laat gebeurt en er toch een ejaculatie plaatsvindt. Zij dient dan onmiddellijk los te laten, anders zouden er problemen aan de urinewegen of de prostaat kunnen ontstaan (Bancroft, 1989; Heiman et al., 1981).

In de laatste fase van het 'Masters & Johnson'-model mogen de cliënten gemeenschap hebben, en wordt er verder geoefend met streel oefeningen en het praten daarover.

In de eerste publikaties over dit model waren er diverse aannamen over de manier waarop de interventies moesten worden overgebracht aan cliënten. Het zou het beste zijn als de cliënten en de therapeuten gedurende een aantal weken dag en nacht beschikbaar waren (bijvoorbeeld in een hotel). Ook nam men aan dat het nodig was om een gemengd therapeutenduo te vormen. Mannelijke therapeuten zouden zich niet genoeg kunnen inleven in vrouwelijke cliënten en vrouwelijke therapeuten niet in mannen. De juistheid van deze voorwaarden is echter niet door onderzoek bevestigd (Heiman et al., 1981; Schacht, 1992). Zowel mannelijke therapeuten als vrouwelijke therapeuten kunnen in hun eentje paren uitstekend helpen. Belangrijker dan het geslacht van de therapeut is het vermogen naar beide partners te luisteren en hen te respecteren. Volgens Bancroft is er bij co-therapie een behoorlijke kans dat de behandelaars elkaar in de wielen rijden, het is twee keer zo duur en 'there is a consistent failure to demonstrate a superiority of outcome with two therapists' (Bancroft, 1989, p. 482-483). Opname in een kliniek of in een hotel blijkt ook al niet nodig te zijn. Wekelijkse of tweewekelijkse ambulante therapieën met bovengenoemde huiswerk oefeningen zijn niet minder effectief dan behandelingen aan één stuk, en de kans dat de veranderingen standhouden is groter dan bij zo'n korte (weliswaar intensieve) periode.

Het optimisme van Masters en Johnson dat hun model voor alle niet-biologische seksuele stoornissen de oplossing zou bieden wordt tegenwoordig wel aangevochten. Volgens Leiblum en Rosen (1988) zijn zintuigoefeningen bijvoorbeeld niet effectief wanneer het gaat om stoornissen in seksueel verlangen waarin aversie en apathie de dominerende gevoelens zijn. Het zou de druk alleen doen toenemen. Eerder in dit artikel zagen we dat de therapeut om die reden een totaal seksverbod aan het echtpaar Jansma gaf.

De verschillende stappen zijn hier slechts summier behandeld. Voor een meer gedetailleerde beschrijving zij verwezen naar de praktische handleiding van Hawton (1989). Wel wil ik er nog de nadruk op leggen dat de precieze manier waarop men de oefeningen in de verschillende stadia laat uitvoeren van geval tot geval kan verschillen. Soms kan de moeilijkheidsgraad slechts in uiterst kleine stappen worden opgevoerd. Soms is het raadzaam het proces sneller te laten verlopen, vooral als blijkt dat cliënten het anders te saai gaan vinden. Bij het echtpaar Rademakers ging het bijvoorbeeld snel. De seksuele problemen hadden niet zozeer te maken met anticipatieangst alswel met de rancune van mevrouw jegens haar man en de niet geringe machtsstrijd tussen de



echtgenoten. Nadat hierin verandering was gekomen konden de hierboven beschreven oefeningen vrij snel effect sorteren.

### ***Paradoxe adviezen bij seksuele problemen***

Volgens Schnarch (1989) roepen technieken die voornamelijk gericht zijn op ontspanning soms juist angst om te falen op. Om die reden beschouwt hij zintuig-oefeningen en strelen niet zonder meer als de beste aanpak bij seksuele stoornissen waarin faalangst de bepalende factor is. De impliciete opdracht om ontspannen te zijn heeft hij sommige cliënten juist het averechtse gevolg dat zij gespannen raken. In dergelijke gevallen kan men paradoxale technieken toepassen. De eerste stap is dat de cliënt een reden wordt gegeven om zijn 'afwijking' niet negatief te zien en er zich niet tegen te verzetten. Een voorbeeld van een dergelijke positieve etikettering vindt men bij Haley (1973). Een pas getrouwde man had last van impotentie. De therapeut (Milton Erickson) besprak met het echtpaar het verloop van de huwelijksnacht, de impotentie was toen voor het eerst opgetreden. Hij 'etiketteerde' dit 'falen' als een compliment, de bruidegom was immers dermate van zijn stuk door de schoonheid van zijn vrouw, dat hij zich tegenover haar incompetent voelde.

Behalve positief etiketteren beveelt Schnarch aan om niet langer de nadruk te leggen op seksueel genot maar veeleer op het belang van intimiteit. Dit verkleint de kans op falen aanmerkelijk. Daarna kan een voorschrift volgen om gedurende een bepaalde periode het afwijkende gedrag niet te bestrijden. Zijn redenering wordt ondersteund door een literatuuronderzoek van Stanton (1981). Deze concludeerde dat paradoxale technieken onder meer succesvol zijn bij voortijdige ejaculatie.

Vandereycken (1992) betoogt dat de 'Masters en Johnson'-methode met haar al te technische aanpak zwaar is overschat en dat de aanvankelijke hoge succespercentages zijn te danken aan de manier waarop de patiënten zijn geselecteerd. Er zijn volgens hem vele situaties waarin het standaardprogramma geen positieve uitwerking heeft, tenzij het wordt vergezeld van wat hij noemt 'ongewone' interventies. Hij geeft daarvan enkele fraaie voorbeelden. Het eerste gaat over een getrouwde man met een secundaire impotentie. De behandeling werd gestart met voorlichting en uitleg over zintuigoefeningen. Zijn vrouw was hierbij aanwezig en wilde haar volledige medewerking geven. Al gauw werd duidelijk dat de oefeningen geen positieve uitwerking hadden. Het feit, dat zijn vrouw de oefeningen als aangenaam ervoer, stelde de man weliswaar gerust, maar het werd al gauw duidelijk dat hij tijdens de oefeningen zijn penis voortdurend bleef observeren, speurend naar een teken van seksuele reactie. Hoewel hij beseftte dat hij zichzelf hierdoor blokkeerde, kon hij er niet mee ophouden. Na een paar pogingen werd hij dermate gespannen, dat zijn vrouw bang was dat hij (wederom) in een depressie zou geraken. De therapeut besloot van strategie te veranderen. Hij schreef de man een psychofarmacon voor, een laag gedoseerde combinatie van een tranquillizer en een antidepressivum. Hierbij waarschuwde hij dat de pil een neveneffect had, het afremmen en totaal inhiberen van seksuele potentie. De therapeut adviseerde hem als volgt:

Vergeet je penis dus maar, want die zal toch verlamd zijn door deze pil. Dit belet je overigens niet om met Els [zijn vrouw, A.L.] te vrijen en haar eventueel een orgasme te bezorgen. Zelf zal je ongelukkig genoeg niet in staat zijn seksueel te reageren omwille van dit medicament dat je nu in elk geval moet nemen om een nieuwe depressie te voorkomen (pag. 243).

Het effect van de interventie was zoals de therapeut had gehoopt: meneer had helemaal niets gemerkt van 'de neveneffecten'. Hij had voor het eerst sinds maanden weer een stevige erectie gehad. De therapeut 'schreef dit toe' aan toeval en een te lage dosering van het antidepressivum. Hij vervolgde zijn advies:

Aangezien we toch tot elke prijs een depressie moeten voorkomen, zal je de dosis moeten verhogen, en deze keer mag je er zeker van zijn, je potentie zal nu totaal verdoofd zijn.

Bij de volgende zitting bleek dat de therapeut wederom 'ongelijk' had gehad, en het echtpaar kwam uit de impasse, waarna de behandeling voortgezet kon worden volgens de 'Masters en Johnson'-methode.

De interventie is 'paradoxaal' in de zin dat de cliënt een goede reden kreeg om zijn symptoom voorlopig te tolereren en niet te bestrijden. Bovendien was de interventie gebaseerd op het 'reversed' placebo-effect dat in de inleiding is beschreven: door de medicatie verwacht de cliënt absoluut geen seksuele respons waardoor zijn preoccupatie afneemt en de respons juist wel optreedt.

Het tweede voorbeeld gaat over een seksueel probleem dat zijn oorzaak vindt in machtsstrijd tussen de partners. De vrouw was gewend in de seksuele verhouding (evenals op andere terreinen in haar huwelijk) een passieve rol te spelen die volgens haar veroorzaakt werd door de seksuele obsessie van haar man (alleen in bed telde zij mee). Hij was veel te ongeduldig en stak te snel van wal, waardoor zij nooit een initiatief kon nemen. De man bevestigde dat de initiatieven van hem uitgingen, maar verklaarde dit uit het feit dat zijn vrouw zo passief was en nooit het initiatief nam tot vrijen. Hij had haar in het verleden herhaaldelijk 'getest' door af te wachten en geen initiatief te nemen, maar dit had niets opgeleverd. De strijd over deze 'kip of ei' kwestie maakte zelfs de zintuigoefeningen onmogelijk, aangezien ze ook hierbij ruzie kregen over wie de eerste stap mocht nemen. De therapeut legde uit dat hij uit hun strijdige verhalen niet kon opmaken hoe het precies zat. Hij stelde hun derhalve voor een proef uit te voeren: de man zou zes dagen van de week doorgaan met initiatieven nemen, op één dag zou hij absoluut terughoudend zijn en passief afwachten of Marleen het initiatief zou nemen:

Al de overige dagen moet je zelf zo snel mogelijk het initiatief nemen en zeker niet wachten tot Marleen de eerste stap zal zetten. Op deze wijze zal ik te weten komen wie er nu gelijk heeft, namelijk of jij (Erik) inderdaad in staat bent minstens één dag compleet passief te blijven, en of jij (Marleen) wel echt actiever wilt zijn, zoals je beweerde (p. 244).

De interventie had het beoogde effect dat de machtsstrijd werd doorbroken. De vrouw wist nooit zeker of het wel of niet 'de dag' was (dat hij geen initiatief zou nemen) en had dus steeds het idee dat zij het 'moest' doen. Wanneer hij dan toch eerder was, dan kon zij het zien als gehoorzaamheid aan de opdracht van de therapeut.

Een voorbeeld uit de eigen praktijk wordt geleverd door een paar waarvan de vrouw (Marjolein, 33 jaar) in haar eentje behandeling zocht. Haar vriend op wie zij erg verliefd was, had nog nooit tijdens een gemeenschap een orgasme gehad (primaire stoornis). Hij kon langdurig een erectie hebben maar kon niet klaarkomen. Voordat hij met Marjolein omging was hij hiervoor behandeld. Men had het probleem toen geduid als een 'angst om zich te binden'. Deze niet al te complimenteuzen etikettering en de daaropvolgende gesprekken hadden geen enkel positief resultaat gehad. Marjolein wilde beslist niet dat haar vriend te weten zou komen dat zij hierover was gaan praten, maar wilde wel een advies over hoe hiermee om te gaan. Het werd derhalve een zeer korte 'mediatietherapie' (één adviesgesprek en twee follow-ups). Het advies luidde als volgt: Marjolein zou haar vriend geruststellen en vertellen dat zij er totaal niet mee zat dat hij tijdens de coitus niet klaarkwam; dat zij het juist plezierig vond dat zij daardoor zo langdurig konden vrijen (positief etiketteren). Zij zou hem bovendien verzoeken om de komende tijd zelfs bewust te vermijden tijdens de gemeenschap klaar te komen. Dit zou zij deels baseren op de positieve etikettering van zijn probleem, maar zij zou ook het bewustwordingsparadigma gebruiken: zij zou hem zeggen dat het goed was om wat hem vanzelf 'overkwam' (het niet-klarkomen) een tijdlang opzettelijk uit te voeren. Ten slotte werd er nog een element aan toegevoegd. Zij zou haar vriend adviseren om gedurende deze periode niet te masturberen. Het advies had vrijwel onmiddellijk succes. De seksuele relatie was daarna probleemloos en resulteerde anderhalf jaar later in een prachtige zoon.

### ***Zelfcontrole bij afwijkende verlangens***

---

*Meneer en mevrouw Goeskens (beiden ongeveer 35 jaar) waren in relatietherapie gekomen met diverse klachten. Hierbij kwam aan het licht dat de man meerdere malen per week 's nachts uren aan de telefoon doorbracht, teneinde hem onbekende vrouwen met seksuele verhalen aan de praat te houden. Afhankelijk van de reactie van die vrouwen lukte het hem relatief vaak om hierbij een orgasme te bereiken. Meneer en mevrouw hadden onderling regelmatig seksueel contact, waarover zij niet ontevreden waren. Toch begonnen de hijggpartijen van haar man mevrouw langzamerhand de keel uit te hangen. Zij wilde zo niet verder. Meneer zag in dat het menens werd en verklaarde zich bereid om er iets aan te doen. Dejonckheere (1992) adviseert, op grond van een literatuurstudie, om in gevallen als deze een behandeling uit te voeren die gebaseerd is op de principes van bedekt aversief conditioneren (in dit geval, het koppelen van de neiging tot exhibitioneren aan onaangename beelden). Zij illustreert dit behandelingsmodel met een korte gevalsbeschrijving. Meneer Goeskens voelde niet voor een aversief programma, maar hij was wel te motiveren voor het vergroten van zijn zelfbeheersing. Samen met de therapeut zette hij alle momenten op een rij die leidden tot het telefoneren: de drang, het wachten tot zijn vrouw naar bed was, het pakken van de telefoon, het uitkiezen van een nummer, het draaien van dit nummer, het vertellen van seksverhalen in de telefoon en ten slotte het klaarkomen. Voor elke stap werd afgesproken wat hij zou doen om de volgende stap te voorkomen. Hierbij werd afgesproken welke zelfstraf hij zou toepassen wanneer het toch uit de hand liep en hoe hij zich na een geslaagde week zou belonen.*

*Toen bleek dat het programma redelijk succesvol verliep, werd een nieuw element toegevoegd, de zogenaamde 'cue-exposure': zich opzettelijk blootstellen aan de meest 'gevaarlijke' situatie en dan niet de gebruikelijke reactie vertonen (Jansen, 1990). Meneer zou tweemaal per week 's nachts bij de telefoon gaan zitten, zich het genot van de seksuele praatjes voorstellen en dan toch niet bellen.*

*Mevrouw Goeskens was bij de gehele behandeling betrokken wat voor het maken van de afspraken een voordeel was. Bovendien was het hierdoor mogelijk in de periode dat meneer bezig was 'zijn probleem' op te lossen ook spanningen tussen hen beiden te bespreken, evenals hun gezamenlijke beleving van seksualiteit. Waarschijnlijk heeft dit faciliterend gewerkt. Dit soort zelfcontroleprogramma's is, met de nodige aanpassingen, bruikbaar in de behandeling van seksuele stoornissen die te maken hebben met een overmaat aan seksuele impulsen (hyperseksualiteit) of gerichtheid op maatschappelijk onaanvaardbare objecten (exhibitionisme, pedofilie, parafilie). Overzichten van dit soort stoornissen en verschillende behandelingsmodellen worden gegeven door respectievelijk Hebbrecht (1985) en Van de Loo (1988).*

## **Hypnose**

Met name bij orgasmestoornissen wordt nogal eens gebruik gemaakt van hypnotische technieken. Hoogduin en Vandereycken (1992) beschrijven een man die niet kon klaarkomen. De man werd eerst geleerd zichzelf onder hypnose te brengen met behulp van audiocassettes. In diezelfde periode had hij zijn nachtelijke dromen geregistreerd en de seksuele componenten beschreven. Vervolgens werd hij in een zitting in trance gebracht en kreeg de posthypnotische suggestie dat hij bij bepaalde dromen 's nachts zou klaarkomen. Dit gebeurde inderdaad, maar hij werd de eerste twee keren niet wakker. Het bleef bij 'natte dromen'. De derde keer werd hij echter wel wakker en beleefde zijn eerste orgasme.

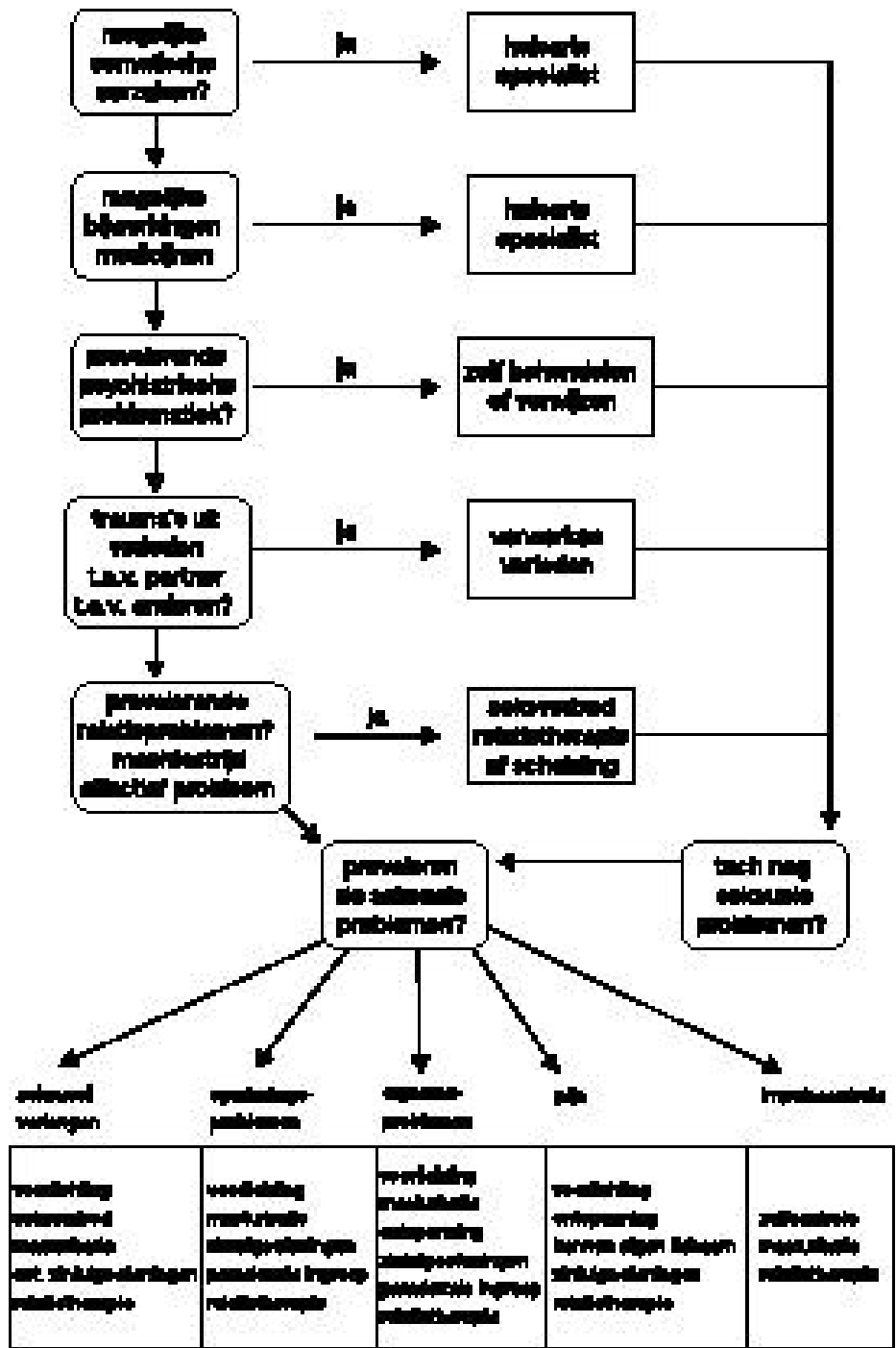
Het is niet de bedoeling in dit artikel uitgebreid op een specialistische techniek als hypnose in te gaan. Het voorbeeld dient slechts om te onderstrepen dat imaginaire en suggestieve technieken soms een welkome aanvulling zijn op het gebruikelijke psychotherapeutische pakket bij de behandeling van seksuele problemen. Voor een meer uitgebreide bespreking van dit onderwerp zij verwezen naar Thiel en Bruinsma (1991), Cladder (1990) en naar Degun en Degun (1991).

## **Timing in de behandeling van seksuele en relationele problemen**

Wanneer er geen andere dan seksuele problemen zijn behandelt men deze, indien mogelijk, met behulp van het soort interventies dat we in de voorafgaande paragrafen hebben besproken. Zoals we daarbij echter zagen, is er vaak meer aan de hand, en is het de vraag op welk terrein het prevalerende probleem ligt: seksualiteit of de manier waarop men met elkaar omgaat (Vansteenwegen, 1992). Oefeningen op het gebied van de seksualiteit zijn over het algemeen alleen zinvol als het probleem werkelijk een seksueel probleem is en niet van affectieve aard of veroorzaakt door verregaande machtsstrijd. Wanneer dit wel het geval is, ligt het meer voor de hand seks totaal te verbieden en de niet-seksuele problemen tussen de cliënten aan de orde te stellen.

Er zijn situaties waarin de cliënten weliswaar niet expliciet melding maken van seksuele problemen, maar er toch veel ontevredenheid blijkt op dit gebied. Roberts (1992) betoogt dat relatietherapeuten deze kant in de verhouding tussen hun cliënten vaak veronachtzamen en beveelt aan om, waar mogelijk, in een vroeg stadium daarin te interveniëren. Er zijn ook situaties waarin het seksuele probleem dermate lijkt te prevaleren, dat relatietherapie bijna zinloos is wanneer er niets aan het seksuele probleem gebeurt. Dit zagen we bijvoorbeeld bij het echtpaar Goeskens: de vele uren die de man investeerde in telefonische hijgpartijen ontwrichtten het huwelijk danig. De vuistregel kan het beste als volgt worden geformuleerd: *als seksuele problemen gepaard gaan met relatieproblemen is het meestal verstandig om eerst iets te doen aan de relatieproblematiek en de seksualiteit alleen passief (door middel van een verbod op seksueel contact) in de behandeling te betrekken*. Als het mogelijk of zelfs nodig lijkt om eerder iets te doen aan de seksuele problemen, dan dient regelmatig met de cliënten te worden besproken of deze inschatting (nog) juist is.

Timing bij het behandelen van seksuele problematiek speelt op meer fronten dan alleen bij de vraag of de aandacht wel of niet op de relatie gericht moet worden. In onderstaand schema



Figuur 1 Stroomdiagram voor het zoekproces bij seksuele problemen.

is in kaart gebracht welke vragen de behandelaar (zich) in welke volgorde dient te stellen en wat de consequenties van de 'antwoorden' zijn. Onderaan in het schema staan de belangrijkste interventies die de therapeut ter beschikking staan, gerangschikt per type stoornis. Dit betekent niet dat bij een bepaalde klacht elk van de daarvoor genoemde interventies altijd bruikbaar is. Wat voor een bepaalde persoon of een bepaald echtpaar het meest geschikt is, hangt af van de precieze constellatie van factoren, zoals de mate van anticipatieangst, de kans dat iemand wel of niet kan ontspannen bij zintuigoefeningen, etcetera.

Het is duidelijk dat er nogal wat momenten zijn waarop het verstandig is te verwijzen naar een medisch specialist, of de behandeling in samenwerking met de specialist voort te zetten. Ook wanneer de noodzaak hiertoe aanvankelijk niet aanwezig was, maar wanneer de cliënten geen baat blijken te hebben bij het soort technieken dat hier is beschreven, is het aan te raden de cliënten te verwijzen; naar een collega die op het betreffende terrein is gespecialiseerd of naar een instantie (bijv. een Rutgershuis).

## Discussie

Over de prevalentie van de verschillende seksuele problemen en dysfuncties circuleren uiteenlopende cijfers, zoals Dekker (1985) in een beknopt overzicht laat zien. Frenken (1985) laat bovendien doorschemeren dat de cijfers niet zoveel zeggen. Wat voor de ene onderzoeker een 'seksueel probleem' is hoeft dat niet voor de ander te zijn. Bovendien verschillen de manieren waarop de gegevens zijn vergaard vaak sterk van elkaar.

Interessant zijn voor ons de gegevens van de onderzoeken waarin aan partners is gevraagd hoe zij denken over het seksuele gedrag van de ander. Mannen lijken de grote klagers te zijn: hun vrouwen zouden een te geringe bereidheid tot seksuele omgang vertonen, moeite hebben opgewonden te raken en hun orgasme zou te langzaam of helemaal niet komen. Vrouwen lijken bescheidener. Zelfs over het te snel klaarkomen van de mannen, waarvan uit andere cijfers is gebleken dat het toch vaak voorkomt, klagen zij zelden. Het enige waar ze wel over klagen is dat hun mannen 'te vaak willen'. In het licht van deze gegevens is het niet verwonderlijk, dat het in onze voorbeelden over de behandeling van een gemis aan seksueel verlangen steeds de man is die zich niet kan 'neerleggen' bij een verminderde seksuele belangstelling van zijn vrouw. Wanneer (omgekeerd) de vrouw 'meer wil' leidt dit veel minder vaak tot problemen in de relatie.

Het is duidelijk, dat er met betrekking tot deze discrepanties tussen man en vrouw een belangrijke rol is weggelegd voor de psychotherapeut die getraind is om relatietherapieën te verrichten. We hebben gezien hoe verschillen in seksueel verlangen kunnen leiden tot relatieproblemen, maar we hebben ook gezien hoe machtsstrijd en affectieve problemen kunnen leiden tot het niet meer willen vrijen door één van de twee partijen, in de meeste gevallen de vrouw. Het ligt dan op de weg van de therapeut om met de cliënten te analyseren welke causale keten er bestaat, of de basis tot verandering aanwezig is, en wat vervolgens de beste strategie is om de vicieuze cirkel die veelal is ontstaan te doorbreken.

Discrepanties in verlangen zou men kunnen zien als nummer één van de seksuele problemen die de relatietherapeut tegenkomt en kan behandelen. Ook een aantal van de andere stoornissen lenen zich goed voor relatietherapie, zeker als daarin ook mogelijkheden voor individuele interventies zijn ingeruimd. Het is niet voor niets dat Heiman et al. (1981) ten aanzien van seksuele problemen pleiten voor een breed-spectrumbehandeling waarin individuele op de seksualiteit gerichte interventies worden afgestemd op interventies met betrekking tot de verhouding tussen de partners. Dit geldt behalve voor de discrepanties in verlangen bijvoorbeeld ook voor niet-biologisch veroorzaakte erectiestoornissen, ejaculatio stoornissen, vaginisme, anorgasmie, hyperseksualiteit en perverseïen. De hierboven beschreven technieken als voorlichting, communicatietraining, oefeningen, zelfcontrole, etcetera zijn daarvoor zeer bruikbaar en kunnen worden ingepast in een meer volledige relatietherapie.

Wanneer men een literatuurreview als die van Mason (1991) beschouwt, is het opvallend dat de vele aanbevelingen voor psychologische behandelvormen binnen een relationele context berusten op gevalbeschrijvingen en effectstudies zonder controlegroep. Er komt geen onderzoek aan het licht waarin verschillende manieren van interveniëren experimenteel met elkaar zijn vergeleken. Er zijn wel effectstudies zonder vergelijkingsgroepen, meestal met kleine aantallen en bij betrekkelijk geïsoleerde klachten, zoals het vaginisme-onderzoek van Hawton en Catalan (1990). Dit kan te maken hebben met het feit dat het bij seksuele problemen vaak pas tijdens de behandeling duidelijk wordt in hoeverre relationele en somatische factoren een rol spelen. Een breed-spectrumbehandeling laat zich nu eenmaal minder gemakkelijk gieten in een strak experimenteel design (Markus, Lange & Pettigrew, 1990). Er ligt wat dit betreft een terrein braak.

In de inleiding hebben we er al de nadruk op gelegd dat seksuele stoornissen soms samenhangen met somatische factoren. Dit betekent dat het nodig kan zijn daar iets aan te doen, eventueel in combinatie met psychologische interventies. Het betekent echter niet dat seksuele stoornissen, als verminderd verlangen, rechtstreeks met behulp van medicijnen kunnen worden beïnvloed. Zo concludeert Segraves (1988b) naar aanleiding van een overzicht van het onderzoek naar de effecten van 'libidoversterkers' dat deze in het algemeen geen positieve effecten hebben. Gezien de resultaten van de in de inleiding beschreven 'reversed' placebo-experimenten hoeven deze onderzoeksgegevens ons niet te verbazen.

Soms staan trauma's uit het verleden aan de basis van de huidige seksuele problemen. We hebben gezien dat de seksuele problemen van Ineke Bergkamp met haar partner te maken hadden met de periode van incest die zij tussen haar twaalfde en vijftiende jaar had meegemaakt. Het kwam ook voor bij het echtpaar Put waarvan de vrouw rapporteerde al vele jaren 'seksueel dood' te zijn. Na een precieze taxatie bleek dit terug te voeren op de schok die zij had ervaren toen zij erachter kwam dat haar man twintig jaar geleden overspel had gepleegd met haar zuster. Lopiccolo en Friedman (1988) adviseren dergelijke remmende factoren op te sporen en de therapie vervolgens te richten op het verwerken daarvan. Ik kan me hierbij volledig aansluiten.

We hebben in dit artikel niet de behandeling van de verschillende stoornissen afzonderlijk besproken. Dit zou te ver hebben gevoerd. De lezer die behoefte heeft aan aanvullende informatie kan wat dat betreft kiezen uit, onder andere, de bundel *Seksuologie voor de arts* (onder redactie van Slob, Vink, Moors & Everaerd, 1992) en



drie Engelstalige publikaties: *Human sexuality and its problems* van Bancroft (1989), het *Handbook of sexual dysfunctions* (onder redactie van O'Donohue & Geer, 1993), een hoofdstuk van Mason (1991) in het Amerikaanse *Handbook of family therapy, Vol. 2* en ten slotte de bijzonder praktische handleiding van Hawton (1989) in de bundel *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*.

---

### Abstract

Assessment and treatment of sexual problems. *This paper focus-es on the most essential strategies which can be applied by a family- or couple therapist who is confronted with clients with sexual problems. Firstly, using an overview of recent literature a classification is given of different categories of information which should be sought by the therapist before creating his treatment plan. Subsequently, the most essential techniques are demonstrated, consisting of giving information, facilitating communication and assignments which prevent the continuing of vicious circles.*

### Referenties

- Bakuwel, B. & Wiegman, M. (1989). *Seksueel misbruik in de jeugd door familieleden, een pilot-study ten behoeve van een diagnostisch instrument*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Barbaree, H. E. & Marshall, W. L. (1991). The role of male sexual arousal in rape: Six models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (5), 621–630.
- Bockting, C. & Rokx, A. (1993). *Seksueel misbruik van mannen; Evaluatie van een vragenlijst naar seksuele ervaringen in het verleden bij mannen*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Bullard, D. G. (1988). The treatment of desire disorders in the medically ill and physically disabled. In: S. R. Leiblum & R. C. Rosen (red.), *Sexual desire disorders*. New York: Guilford Press.
- Cladder, J.M. (1990) *Hypnose als hulpmiddel bij psychotherapie*. Lisse/ Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
- Cohen-Kettenis, P., Wafelbakker, F. & Slob, A. K. (1992). Seksuele ontwikkeling en seksueel gedrag. In: A. K. Slob, et al. (red.). *Seksuologie voor de arts*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cranston-Cuebas, M. A. & Barlow, D. H. (1990). Cognitive and affective contributions to sexual functioning. In: J. Bancroft (red.), *Annual Review of Sex Research, Vol. 1*, (p. 119–161). Lake Mills, Iowa: Society for the scientific study of sex.
- Degun, M. D. & Degun, G. S. (1991). Hypnotherapy and sexual problems. In: M. Heap & W. Dryden (red.), *Hypnotherapy: A handbook*. Milton Keynes, Philadelphia: Open University Press.
- Dejonckheere, C. (1992). Exhibitionisme: Literatuuroverzicht en illustratieve casus. *Gedragstherapie*, 25 (4), 223–238.
- Dekker, J. (1985). Seksuele dysfuncties: een inventarisatie van het Nederlandse onderzoek. In: M. C. T. Moors-Mommers, et al. (red.), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Drenth, J. J. (1992). Seksuele problemen en stoornissen bij mannen. In: A. K. Slob, et al. (red.), *Seksuologie voor de arts*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Everaerd, W. (1983). Onderzoek over seksuologische hulpverlening. In: M. C. T. Moors-Mommers, et al. (red.), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Everaerd, W., Cohen-Kettenis, P. & Dekker, J. (1990). In: W. Vandereycken, C. A. L. Hoogduin & P. M. G. Emmelkamp (red.), *Handboek Psychopathologie, deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Everaerd, W., Janssen, E., Laan, E. & Rombouts, S. (1992). *Misattribution effects on sexual arousal: A replication with functional men and women*. Poster gepresenteerd op het 18e congres van de International Academy of Sex Research (IASR). Praag, Tsjechië.
- Everaerd, W. & Moors, J. P. C. (1992). De biopsychosociale benadering van seksualiteit. In: A. K. Slob, et al. (red.), *Seksuologie voor de arts*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Frenken, J. (1985). Het voorkomen van seksuele moeilijkheden bij de algemene bevolking. In: M. C. T. Moors–Mommers, et al. (red.), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Gale, J. & Dupuis, P. J. F. (1986). Blij, dat ik vrij; Seksgids voor jongens. Amsterdam: Ploegsma.
- Garfield Barbach, L. (1976). *The fulfillment of female sexuality*. New York: Anchor Books.
- Gimbrère, N. & Waayer, M. (1990). *Seksueel misbruik in de jeugd door familieleden*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Graber, B. (1993). Medical aspects of sexual arousal disorders. In: W. O'Donohue & J. H. Geer (red.), *Handbook of sexual dysfunctions. Assessment and treatment*. Boston: Allyn and Bacon.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson M. D.* New York: Norton. Nederlandse uitgave: Buitengewone therapie. Haarlem: De Toorts, 1975.
- Hawton, K. (1989). Sexual dysfunctions. In: K. Hawton, et al. (red.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems; A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Hawton, K. & Catalan, J. (1990). Sex therapy for vaginismus: characteristics of couples and treatment outcome. *Sexual and Marital Therapy*, 5, 1, 39–48.
- Hebbrecht, M. (1985). Hyperseksualiteit: diagnose en behandeling. In: M. C. T. Moors–Mommers, et al. (red.), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Heffels, A. & Bezemer, W. (1993). *Liever de lusten. Vrouwen over seksualiteit*. Baarn: Anthos/Margriet.
- Heiman, J. R., LoPiccolo, L. & LoPiccolo, J. (1981). Treatment of sexual dysfunction. In: A. S. Gurman & D. P. Kniskern (red.), *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Hoogduin, K. & Vandereyken, W. (1992). Onvermogen tot ejaculeren: Classificatie en behandeling. In: K. van der Velden, et al. (red.), *Directieve therapie 4*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jansen, A. (1990). *Binge eating, notes and data*. Academisch Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Kaplan, H. S. (1983). *The evaluation of sexual disorders; Psychological and medical aspects*. New York: Brunner/Mazel.
- Kresin, D. (1993). Medical aspects of inhibited sexual desire disorder. In: W. O'Donohue & J. H. Geer (red.), *Handbook of sexual dysfunctions. Assessment and treatment*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kuiper, B. (1986). Travestie en hulpverlening. In: M. C. T. Moors–Mommers, et al. (red.), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. & Bakuwel, B. (1991). Seksueel misbruik van jongens. *Directieve Therapie*, 11, 1, 19–42.
- Leiblum, S. R. & Rosen, R. C. (red.) (1988). *Sexual desire disorders*. New York: Guilford Press.
- Loo, E. van de (1988). Psychologische hulpverlening aan exhibitionisten. In: M. C. T. Moors–Mommers, et al. (red.), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- LoPiccolo, I. & Lobitz, W. C. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunctions. *Archives of Sexual Behavior*, 2, 163–171.
- LoPiccolo, J. & Friedman, J. M. (1988). Broad-spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral and systemic therapy. In: S. R. Leiblum & R. C. R. Rosen (red.), *Sexual desire disorders*. New York: Guilford Press.
- Lunsen, R. van (1992). *Seks moet je leren. Alles over de lichamelijke en psychologische aspecten van seks*. Amsterdam: Prometheus.
- Markus, E., Lange, A. & Pettigrew, T. (1990). The effectiveness of family therapy: A meta-analysis. *Journal of Family Therapy*, 12, 205–222.
- Mason, M. J. (1991). Family therapy as the emerging context for sex therapy. In: A. S. Gurman & D. P. Kniskern (red.), *Handbook of family therapy, Volume II*, New York: Brunner/Mazel.
- Masters, W. & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown & Comp.
- Moleman, P. (1992). *Praktische psychofarmacologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Moors, J. P. C. (1992). Seksuele problemen en stoornissen bij vrouwen. In: A. K. Slob, et al. (red.), *Seksuologie voor de arts*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Moors–Mommers, M. C. T. (1992a). Seksuele bijwerkingen van geneesmiddelen. In: A. K. Slob, et al. (red.), *Seksuologie voor de arts*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Moors–Mommers, M. C. T. (1992b). Seksuele moeilijkheden van zieke mensen. In: A. K. Slob, et al. (red.), *Seksuologie voor de arts*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Naerssen, L. van (1986). Pedofilie en hulpverlening. In: M. C. T. Moors–Mommers, et al. (red.), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- O'Donohue, W. & Geer, J. H. (red.) (1993). *Handbook of sexual dysfunctions. Assessment and treatment*. Boston: Allyn and Bacon.

- Otten, M., Hoogduin, K., Haan, E. de & Schaap, C. (1990). Een open 'pilot' study naar remming van seksuele functies van de vrouw als gevolg van antidepressiva. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 14, 215-227.
- Richardson, D. (1991). *Je liefde, je leven; seks en relaties; een boek voor vrouwen*. Ede: Zomer en Keuning.
- Roberts, T. W. (1992). Sexual attraction and romantic love; forgotten variables in marital therapy. *Journal Marital and Family Therapy*, 18, 4, 357-364.
- Sadock, V. A. (1985). Psychosexual dysfunctions and treatment. In: H. I. Kaplan & B. J. Sadock (red.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Schacht, H. H. C. (1992). Psychotherapie, counseling en sekstherapie. In: A. K. Slob, et al. (red.), *Seksuologie voor de arts*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schnarch, D. M. (1989). Use of inherent paradox in postmodern sexual-marital therapy. In: L. M. Ascher (red.), *Therapeutic paradox*. New York: Guilford Press.
- Segraves, R. T. (1988a). Hormones and libido. In: S. R. Leiblum & R. C. Rosen (red.), *Sexual desire disorders*. New York: Guilford Press.
- Segraves, R. T. (1988b). Drugs and desire. In: S. R. Leiblum & R. C. Rosen (red.), *Sexual desire disorders*. New York: Guilford Press.
- Segraves, R. T. & Segraves, K. B. (1993). Medical aspects of orgasm disorders. In: W. O'Donohue & J. H. Geer (red.), *Handbook of sexual dysfunctions. Assessment and treatment*, Boston: Allyn and Bacon.
- Slob, A. K., Vink, C. W., Moors, J. P. C. & Everaerd, W. (red.) (1992). *Seksuologie voor de arts*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Sommeling, L. (1983). Vanuit een godsdienstig verleden. In: Moors-Mommers, et al. (red.), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Stanton, M. D. (1981). Strategic approaches to family therapy. In: A. S. Gurman & D. P. Kniskern (red.), *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Stoeckart, R., Slob, A. K. & Moors-Mommers, M. C. T. (1992). Fysiologie en anatomie van de seksuele respons. In: A. K. Slob, et al. (red.), *Seksuologie voor de arts*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Thiel, P. & Bruinsma, F. (1991). Hypnose en seksuele problemen. In: R. van Dyck, P. Spinhoven & J. W. van der Does (red.), *Hypnose en hypnotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vandereycken, W. (1992). Ongewone interventies bij een stagnerende sekstherapie. In: K. van der Velden, et al. (red.), *Directieve therapie 4*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vansteenwegen, A. (1988). *Liefde is een werkwoord. Spelregels voor het huwelijk*. Tiel: Lannoo.
- Vansteenwegen, A. (1992). Integratie in seks- en relatietherapie. In: K. van der Velden, et al. (red.), *Directieve therapie 4*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vansteenwegen, A. (1993). Psychoseksuele relatietherapie II: De behandelingsfase. *Tijdschrift voor seksuologie*, 17, 49-60.
- Vennix, P. (1988). Nisso-schalen voor seksuologisch onderzoek. In: M. C. T. Moors-Mommers, et al. (red.), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Vink, C. W. (1992). Buitenlanders en seks. In: A. K. Slob et al. (red.), *Seksuologie voor de arts*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vink, C. W. & Does, E. van der (1992). Anamnese en lichamelijk onderzoek. In: A. K. Slob et al. (red.), *Seksuologie voor de arts*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Visser, D. (1986). Sadomasochisme en hulpverlening. In: M. C. T. Moors-Mommers, et al. (red.), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Voss, J., Gale, J. & Bilderbeek, T. van (med. red.) (1988). *Vrijen is verrukkelijk; seksgids voor meisjes*. Amsterdam: Uitgeverij Ploegsma.
- Yaffé, M. Fenwick, E. & Hengeveld, M. W. (red.) (1990a). *Seks; praktische handleiding voor de vrouw*. Ede: Zomer & Keuning.
- Yaffé, M. Fenwick, E. & Hengeveld, M. W. (Ned. eindred.) (1990b). *Seks; praktische handleiding voor de man*. 2e herziene druk. Ede: Zomer & Keuning.