



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

Reactie op Alfred Lange's 'De taxatie en behandeling van seksuele problemen'

Het artikel van Alfred Lange over taxatie en behandeling van seksuele problemen heb ik met plezier gelezen, en het lijkt mij dat *Gedragsverandering in gezinnen*, zo langzamerhand een standaardwerk van de directieve therapie, door deze toevoeging aan volledigheid gewonnen heeft. Seksuele problemen lenen zich goed voor directieve methodes.

Lange's artikel heeft een beperkte omvang, dus het is niet verwonderlijk dat niet alle aspecten aan bod komen. Na lezing zijn er voor mij twee omissies die ik zo storend vind dat ik graag een toevoeging wil leveren. De eerste valt binnen het kader dat Lange zichzelf gesteld heeft: bij het beschrijven van zowel de taxatie als de behandeling mis ik de seksspecifieke socialisatie als etiologische factor. De tweede toevoeging betreft de begrenzing die Lange aanhoudt: hij levert in zijn artikel vooral kennis, en besteedt geen aandacht aan specifieke vaardigheden en mentaliteitskwesties die zo bepalend blijken te zijn voor de kwaliteit van de hulpverlening bij seksproblemen, en die in het seksuologieonderwijs daarom grote nadruk krijgen.

Lange noemt bij de taxatiepunten wel de cognitieve bagage en de boodschappen uit de ouderlijke opvoeding, maar vergeet te vermelden dat ieders sekserolsocialisatie in zekere mate seksspecifiek geweest is, met daaruitvoortkomend seksspecifieke beperkingen. Dat mij deze blinde vlek zo opviel (en dat terwijl de casuïstiek steeds heteroseksueel is) komt onder andere door de manier waarop Lange mij citeert. Het is een genoegen om in een artikel waar je met hoge verwachtingen aan begint reeds in de tweede alinea je eigen naam te lezen, maar mijn plezier werd wat getemperd doordat ik mij niet zo herkende in Lange's weergave van mijn behandeling van de seksuele verschijnselen van hyperprolactinaemie.

Eerst een kleinigheidje: ik beschreef niet een man met hyperprolactinaemie; ik heb in bijna twintig jaar seksuologiepraktijk zelf nog nooit zo'n cliënt gezien. Ik citeerde een casus van Bancroft, en zou ik dat werkelijk gedaan hebben alleen maar om een stuk basisinformatie te illustreren? En zou Bancroft een $n=1$ -studie gewijd hebben aan een onderwerp waar zijn lezerspubliek alles al van weet? Lange citeert hier selectief; die casus was voor mijn betoog zo illustratief omdat hij laat zien dat 'libido', 'sexual desire' of hoe men het maar noemen wil, geen eenduidig begrip is, en dat er seksspecifiek connotaties aan verbonden zijn. Het echtpaar had gemerkt dat 's mans seksuele initiatief, de spontane manifestatie van seksuele gevoelens, verdwenen was. Binnen de seksuele mores van dit paar betekende dat: geen seksueel contact meer. Voor die verandering werd in eerste instantie geen oorzaak gevonden en er werd een directieve therapie gestart met als doel: het optimaal benutten van die impulsen die er wel waren (nl. die van de vrouw). Het resultaat was een soort rolomkering: de vrouw werd veel initiatiefrijker, en de man bleek voortreffelijk hierop te kunnen reageren. Later werd het prolactinoom gediagnosticeerd en behandeld, en toen kwamen de impulsen van de man terug. De betreffende casus toont aan dat het seksuele initiatief wel op hormonale stoornissen reageert, en de seksuele responsiviteit niet. Wat Lange eruit overneemt is voor mij, en naar ik aanneem voor de meeste seksuologisch geïnteresseerde lezers, niet meer dan het skelet. Je kunt de nadruk leggen op de gemiste diagnose, maar ook op de flexibiliteit van menselijk seksueel gedrag.

Die flexibiliteit moet meestal door de behandelaar aangeboord worden, want nogal wat mensen zijn juist behoorlijk onvrij als het om vrijen gaat. Dat is specifiek aan het onderwerp: de kwaliteit van de seksuele opvoeding en vorming die wij allemaal genoten hebben, is uiterst wisselend. Feitenkennis ontbreekt vaak, maar er zijn ook hele pakketten overtuigingen en zekerheden die nergens op slaan. Lange noemt wat voorbeelden (o.a. de superioriteit van het gelijktijdig orgasme), maar ik wil er graag op wijzen dat een groot deel van deze idealen en mores seksespecifiek zijn. 'Mannen zijn zus, vrouwen zo' – wat een man siert, maakt een vrouw tot slet. Sommige problemen komen rechtstreeks voort uit deze ballast: iedereen weet wat ejaculatio praecox is, maar voortijdige orgasmes van vrouwen komen in de seksuologieliteratuur niet voor.

Bij de taxatie van seksproblemen kan aandacht voor sekserolrigiditeit (en waardoor deze veroorzaakt en gecontinueerd wordt) veel inzicht opleveren. 'Mannen zijn zus, vrouwen zo' – daarmee weet de therapeut meteen op welke manier het paar al wel naar het probleem gekeken heeft, en op welke niet. Bij de behandeling kan aandacht voor man-vrouw-items evenzeer een nuttig instrument zijn.

Dat brengt mij op mijn tweede aanvulling: Lange begint zijn inventaris van behandellementen met het doorbreken van taboes door vragen stellen en voorlichting. Uiteraard, en Lange levert, in weinig pagina's, een bruikbare aanvulling van de kennis van directieve therapeuten, maar is dat genoeg? Hij schrijft: 'De therapeut moet zijn vragen "rustig, zonder gêne en to the point" stellen', maar kan hij/zij dat dan, als het over seks gaat? Ik vul graag aan: 'De therapeut moet een scherp oog hebben voor allerlei mythes en taboes, voortkomend uit onze rolsocialisatie', maar is de therapeut zich daarvan bewust, om te beginnen bij hem/haarzelf? De therapeut is zelf ook seksespecifiek gesocialiseerd, en het is niet vanzelfsprekend dat hij in zijn therapeutisch handelen daar vanzelf bovenuit stijgt. Kan de therapeut, daar waar dat gewenst is, een emanciperende toon vinden?

Als wij ervan uitgaan dat er aan de seksuele vorming van de Nederlander weleens wat schort, dan geldt dat voor hulpverleners in principe ook. Er is geen reden om aan te nemen dat beginnende studenten psychologie, medicijnen en maatschappelijk werk in positieve zin afwijken van het gemiddelde. Krijgen zij in de initiële opleiding veel gelegenheid om een voorsprong op hun toekomstige cliëntele op te bouwen? Het lijkt mij van niet; vooral aan vaardigheidstraining wordt weinig systematisch aandacht besteed. Is er dan post-doctoraal veel bijgeschoold op dit terrein? Of wordt er in intervisie intensief aandacht besteed aan het spreken over seks? Ik heb niet die indruk. Het onderzoek van Vroege (1991) bevestigt die indruk.

De Nederlandse seksuologen die zich druk hebben gemaakt over seksuologiescholing hebben unisono verkondigd dat seksuologie(bij)scholing in gelijke mate aandacht moet schenken aan kennis, vaardigheden en bewustwording van de eigen attitude en beperkingen. Voor de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie was dit laatste aspect zo belangrijk dat er in het reglement voor de registratie van erkende seksuologen zelfs een apart artikel aan gewijd is. Van een geregistreerde seksuoloog mag dus verwacht worden dat hij/zij tijdens de opleiding intensief geconfronteerd is met zijn/haar eigen hang-ups. Echt, dat is bij seks geen luxe.

Het is begrijpelijk dat Lange in zijn artikel slechts de kennisaspecten kan behappen. Als hij aan het slot alleen een paar suggesties voor de boekenplank geeft, en de andere

Reactie op Alfred Lange's 'De taxatie en behandeling van seksuele problemen'

voorwaarden voor goede seksuologische hulpverlening zelfs niet noemt, dan kan ik dat niet laten passeren.

Jelto Drenth

Rutgers Stichting, regio Noord

Hereweg 4, 9724 AA Groningen

Referentie

Vroege, J. A. (1991). *Hulpverlening bij problemen op seksueel gebied door de RIAGG*. Eburon, Delft.