



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

Praat jij over seks met je cliënten?

De therapeut met seksueel getinte gevoelens

Ilse Penne

SAMENVATTING Dit artikel is bedoeld om therapeuten meer bewustzijn te geven voor het omgaan met seksuele gevoelens binnen en buiten de therapieruimte. De auteur vraagt de lezer eigen waarden en normen omtrent seks te onderzoeken en geeft een theoretisch kader en concrete handvatten om gevoelens als ongemak, walging en seksuele aantrekkingskracht tijdens de therapiesessies bespreekbaar te maken en te integreren in zowel de behandeling als de intervisie.

Inleiding

Dat je, als therapeut allerlei gevoelens hebt ten opzichte van je cliënten, betwijfelt niemand. Soms ben je geboeid of geamuseerd door wat cliënten zeggen. Soms erger je je blauw en hoop je dat het niet opvalt. Waar ik het over wil hebben, zijn de seksueel getinte gevoelens. Gevoelens en gedachten die opkomen tijdens een sessie en die te maken hebben met seks. Misschien heb je het al eens meegemaakt dat een ongemakkelijk gevoel opborrelt als het expliciet over seks gaat in therapie, of dat je walging voelt door de manier waarop een cliënt een seksueel onderwerp verwoordt. Misschien vind je het doodnormaal om uitgebreid over seks te praten, dan is mijn pleidooi niet nieuw voor je.

Wellicht heb je het wel eens beleefd dat je met een bepaalde cliënt wel erg graag over zijn of haar seksleven sprak? Of dat je seksuele verlangens bespeurde voor je cliënt?

Het gaat over de momenten dat je tijdens therapie een gedachtesprongetje maakt naar seks. Als je je niet aangesproken voelt en op dit moment denkt 'over welk soort therapeuten gaat het eigenlijk, mijn cliënten spreken nooit over seks en ik ben daar absoluut nooit mee bezig in therapie,' blijf dan toch maar lezen. Dan gaat mijn tekst

I. PENNE, klinisch psycholoog en seksuoloog, is voorzitter van de Vlaamse vereniging voor seksuologie en erkend supervisor van de opleiding relatie- en gezinstherapie (BVRG). Zij werkt als psychotherapeut in CGG Waas & Dender, vestiging Oase (Dendermonde). E-mail: ilsepenne@cggwaasendender.be.

namelijk ook over jou. Als je jarenlang therapie geeft en bijvoorbeeld depressieve klachten of levensfaseproblemen en rouw behandelt, en seksuele zorgen komen tijdens deze gesprekken nooit aan bod, dan lijkt me dat verdacht. Misschien heb je dan signalen van cliënten dat ze erover wensten te praten, niet opgevangen.

Het is bekend dat mensen het vaak moeilijk vinden om hun seksuele zorgen te bespreken. Ze gooien soms een visje uit in de hoop dat hun therapeut door heeft dat ze iets over seks willen zeggen, maar dat niet zo goed durven. Ik weet het natuurlijk niet zeker en het is afhankelijk van welke doelgroep je behandelt, maar het is mogelijk dat je als therapeut naast de visjes hebt gevestigd, waardoor je cliënten in de kou bleven staan met hun seksueel probleem.

Wat ik in deze tekst wil doen, is tal van seksueel getinte gevoelens nagaan die je als therapeut kunt ervaren als er tijdens de therapie over seks wordt gesproken – van negatieve tot (te) positieve gewaarwordingen. De verschillende emoties licht ik toe vanuit de praktijk om vervolgens handvatten te geven om seks te bespreken in therapie. Ik ben ervan overtuigd dat het helpt om als therapeut kaders in je hoofd te hebben. Met een theoretisch raamwerk op zak, kun je comfortabeler in je therapeutenstoel zitten en seksuele zorgen verkennen. In de tweede plaats heb ik in een aantal publicaties wat gelezen over hoe je je eigen emoties kunt hanteren en dat wil ik doorgeven. De rode draad van mijn pleidooi – ik zeg het maar meteen in het geval je halverwege afhaakt – is om minimaal aan iedere cliënt het signaal te geven dat er ruimte is om over seks te spreken – indien gewenst in detail; hetzij met jou, hetzij na doorverwijzing met een collega of seksuoloog.

De seksuele bagage van de therapeut

In de eerste plaats wil ik je uitnodigen om jezelf te situeren ten opzichte van dit thema door middel van twee vragen:

1. *Hoe belangrijk is seksualiteit in je eigen leven op dit moment?*

Je kunt daarbij zelf bepalen hoe breed je de term seksualiteit interpreteert.

Geef een score van 0 (= totaal onbelangrijk: ik kan best zonder leven; het is het laatste wat mij bezighoudt) tot 10 (= uiterst belangrijk: seks en de gedachte aan seks beheerst mijn leven).

2. *Hoe veroordelend ben je ten aanzien van seksuele handelingen?*

Geef een score van 0 (= uiterst veroordelend: ik vind heel wat seksuele handelingen ziek en pervers; ik ben er niet op uit om grensverleggend gedrag te integreren in mijn eigen seksleven, maar

vindt het ook abnormaal bij iemand anders) tot 10 (uiterst tolerant: ik sta voor alles open; alles kan zolang twee volwassenen erin toestemmen).

Uiteraard is de positie die je kiest afhankelijk van je levensfase en kun je bij voorbeeld nu '3' scoren, terwijl je 20 jaar geleden '9' had genoteerd.

Heb je de score bepaald? Denk er niet te lang over na. Het doet er volgens mij niet toe waar je jezelf als therapeut situeert. Je mag 'heel erg' of 'helemaal niet' geïnteresseerd zijn in seks én je mag erg veroordelend in elkaar zitten. Het is enkel belangrijk *van jezelf te weten* waar je je bevindt, want van daaruit kun je inschatten bij wie je onmiddellijk aansluiting zal voelen en welke verhalen meer een beroep zullen doen op je professioneel empathisch vermogen. Hoe beter je je eigen positie kent, des te beter je kunt afwegen welke gevoelens je als 'tegenoverdracht' kunt benoemen en welke emoties te maken hebben met de eigen seksuele bagage. Regelmatig zelfonderzoek – in gedachten of tijdens intervisie – over je eigen normen, waarden en grenzen ten opzichte van seks komt de cliënt ten goede.

De Belgische psychologe Chris Van de Veire verwoordde het mooi:

'Er is geen enkel onderwerp dat zo beladen is als seksualiteit met normen en waarden, vragen van goed en fout, geoorloofd en ongeoorloofd, noodzakelijk en verboden' (Van de Veire, 2010).

Het is dan ook allerm minst verwonderlijk dat dit thema regelmatige zelfanalyse vereist. En als je zelfreflectie niet schuwt kan ik je nog het volgende aanbieden. Schrijf eens op wat op dit moment je eerste associaties zijn bij het woord seks? Denk ook hier niet te lang over na. Heb je enkele woorden opgeschreven, geef dan met een + (positief) of - (negatief) aan welke gevoelswaarde de opgeschreven associatie op dit moment voor je heeft (IJf, 2006). Ga na of je jezelf hebt gecensureerd en sociaal wenselijk hebt geantwoord. Bekijk daarna je antwoorden: wat zeggen de associaties over jouw kijk op seks? Kun je iets afleiden over jouw normen en waarden?

Wanneer je de eigen seksuele bagage hebt onderzocht, kun je antwoorden op de vraag of je je cliënten over het algemeen de kans geeft om hun seksuele zorgen te bespreken en met welke thema's jijzelf worstelt. Misschien ga je die thema's in gesprekken met je cliënten uit de weg of reageer je (onbewust) op een veroordelende manier.

De therapeut die afkeer voelt door wat er gezegd wordt over seks

Ik geef enkele voorbeelden en reik op basis daarvan handvatten aan die in mijn eigen praktijk hun werking hebben bewezen.

Voorbeelden

- Een therapeute vertelt dat ze niet langer therapie wil geven aan pedofielen. Oorspronkelijk lag het werk haar wel, maar de gedetailleerde verhalen begonnen hun tol te eisen. Ze wou niet langer de details horen over wat de cliënten opwond en wat ze precies met de kinderen hadden uitgespookt. De therapeute ondervond dat bepaalde beelden in haar hoofd (van agressief seksueel gedrag) haar eigen seksleven verstoorden. Ze werd erdoor afgeleid, terwijl ze aan het vrijen was. Ze voelde afkeer en verkoos niet langer met deze problematiek te werken.
- Een therapeute voelt zich ongemakkelijk omdat de cliënt op een exhibitionistische manier over seks praat. Ze hoort alle details aan en veronderstelt dat de cliënt ervan geniet om haar van haar stuk te brengen. Het geeft haar een onbehaaglijk gevoel.
- Een therapeut vertelt dat zijn cliënte verliefd op hem was en hem tijdens de laatste gesprekken seksueel getinte dromen vertelde. De boodschap van verliefdheid kan hij hanteren, maar de dromen aanhoren is voor hem een brug te ver. Het brengt hem uit balans.

Handvat 1 Verwijs door

De eerste vraag die je jezelf kunt stellen is: ervaar ik gevoelens van afkeer door wat de cliënt zegt of door hoe hij het zegt? En heeft dat te maken met mijn eigen 'seksuele bagage'?

Ik kan me voorstellen dat sommige therapeuten niet in detail op seksualiteit willen ingaan, omdat hen dat niet ligt. Dat hoeft geen probleem te zijn als ze aan de cliënten de boodschap geven dat ze hun seksuele bekommernissen bij een collega kunnen bespreken, indien ze dat wensen. Ik pleit er wel voor om tijdens een eerste gesprek kort aan te stippen hoe het gaat op seksueel vlak. Vaak wordt tijdens de intake een inschatting gemaakt van de aanmeldingsklacht en van het

gehele functioneren in verschillende levensdomeinen (werk, relaties, vrije tijd, gezin van oorsprong). Het lijkt me een logische vraag om, zeker bij depressie of relatieproblemen, na te vragen hoe het in bed gaat. Dan is de cliënt nog steeds vrij om een kort antwoord te geven ('goed'/'gewoon'/'dat is privé') of er uitgebreid op in te gaan. Zo krijgt hij in elk geval impliciet de boodschap mee dat dit onderwerp (later in de therapie) aangesneden mag worden. Zoals gezegd, bij jou of bij een collega na doorverwijzing door jou.

Als je de gewoonte hebt om het therapeutisch proces strak te organiseren rondom de klachten, kan ik begrijpen dat je er niet voor kiest om seksualiteit zomaar om het even wanneer aan bod te laten komen. Precies daarom stel ik voor om er in het begin naar te vragen en het indien nodig op te nemen in het behandelplan. Maar in dat geval is het de verantwoordelijkheid van de cliënt en moet deze de moed hebben om zich met seksuele problemen aan te melden. Ik ben er eerder van overtuigd dat cliënten soms met een ander visitekaartje binnenkomen (bijvoorbeeld vage depressieve klachten of identiteitsproblemen) en pas na verloop van tijd meer beladen moeilijkheden durven bespreken – vaak pas als het vertrouwen tussen de therapeut en de cliënt gegroeid is. Het kan dus gebeuren dat de cliënt na verloop van tijd te kennen geeft dat er ook seksuele zorgen zijn waarvoor hij een oplossing zoekt. Volgens mij is het wenselijk om op dat moment je probleemanalyse en behandelplan bij te stellen, maar dan moet je de (indirecte) boodschap over seks wel gehoord hebben.

Een vergelijkbare oproep hoor ik in de behandeling van partnergeweld. Groen en Van Lawick (2007) stellen voor om bij alle koppels die over ruzie spreken, expliciet na te vragen of er sprake is van geweld en in welke zin. Dit vanuit de redenering dat partnergeweld zeer vaak voorkomt, maar dat cliënten hierover vaak zwijgen uit schaamte. Ik vind dat therapeuten een poging mogen doen om het praten over moeilijke onderwerpen te faciliteren: of het nu gaat over seksueel misbruik (als de cliënt op een vage manier suggereert dat er grensoverschrijdend gedrag plaatsvond), over geweld tussen koppels of over seksuele problemen. Het is bekend dat de meeste mensen een leven lang op een of andere manier worstelen met seksuele frustraties. Mijn praktijkervaring leert me dat enkele gesprekken over seks soms uiterst helend kunnen zijn. Het normaliseren van klachten, het plaatsen van problemen en het openlijk bespreken op zich brengen vaak al een hele opluchting teweeg. Dit sterkt me in de overtuiging dat het loont om de cliënt de boodschap te geven dat het onderwerp aan bod mag komen.

Handvat 2 Vertaal de boodschap

Als de cliënt iets zegt waardoor je overstuur raakt, kun je op verschillende manieren reageren. Uiteraard hangt het van de concrete situatie af, maar meestal is het goed om een beetje tijd te winnen. Ik heb wel eens de boodschap van de cliënt 'vertaald' in een versie waar ik, als therapeut, beter mee kon leven en waardoor ik het zag zitten om de therapie verder te zetten.

Casus

Ik herinner me een koppel van in de veertig, dat op intake kwam vanwege een dreigende scheiding. De man stond op het punt weg te gaan en de vrouw hoopte dat hij bleef. Hij was niet te spreken over haar en al helemaal niet over hun seksleven. Op een gegeven moment zei hij tegen me: 'Ze kan niet pijpen en haar mond zal niet groter worden door hier bij u in therapie te komen of wel, madam?' Daar schrok ik toch even van. Nu kun je argumenteren dat dit vooral grof is door de manier waarop hij het zegt, los van de seks. Akkoord, maar doordat hij het zo bruut uitdrukte, flitste toch even dat beeld van die penis en die zogezegde te kleine mond voor mijn ogen. Ik merkte op dat zijn vrouw totaal niet verbaasd was. Zij wilde maar één ding: dat hij bleef. Ik heb toen even diep adem gehaald en gezegd dat ik begreep wat hij wilde zeggen. Dat hij over vele dingen in de relatie ontevreden was, zeker over de seks, en dat hij dacht dat in therapie komen niets ging opleveren. Anderzijds was hij toch meegekomen, wat te prijzen was. Ik vroeg dus wat ik wel voor hen kon doen.

Achteraf gezien weet ik nog steeds niet of ik met deze interventie volgens het boekje heb gewerkt – en de agenda van de therapie heb bepaald – of dat ik zijn opmerking heb vertaald in een zin waar ikzelf mee verder kon. Dat ik dus eigenlijk meer mezelf heb geholpen op dat moment. Toen ik het later met een collega besprak, bleek dat hij die uitspraak erg grappig vond. Totaal niet shockerend. Zo zie je weer eens hoe subjectief alles is.

Soms voel je je overvallen door bepaalde boodschappen en kan het helpen om er *even omheen te fietsen om er later op terug te komen*. Je stelt als therapeut het onderwerp uit en komt er later zelf op terug (zie voorbeeld).

Voorbeeld

Het komt regelmatig voor dat een collega van mij het intakegesprek doet en de cliënt nadien naar mij doorverwijst. Als ik, als seksuologe, de cliënt voor het eerst zie en deze begint in detail diens seksprobleem uit te leggen, zeg ik geregeld dat ik hoor dat het om een seksueel probleem gaat, dat het zo dadelijk aan bod kan komen, maar dat ik eerst nog wat algemene vragen ga stellen, over de relatie onder andere. Hoewel ik dit soort informatie over de cliënt al van mijn collega heb vernomen, doe ik dit voor mezelf om iets langer aan elkaars aanwezigheid te wennen voordat we ingaan op al die seksuele details.

Handvat 3 Blijf neutraal

Als cliënten op een exhibitionistische manier over hun seksleven vertellen, vragen therapeuten zich soms af hoe ze hierop het meest adequaat kunnen reageren. Er iets van zeggen of beter niet? Ik vind hier geen specifieke literatuur over, maar denk dat je best kunt terugvallen op je oorspronkelijke grondhouding als therapeut. Vanuit psychoanalytische hoek noemt men dit welwillend neutraal zijn, aanvaarden wat de cliënt zegt zonder goed- of afkeuring. De cliëntgerichte therapeuten spreken over de basishouding van onvoorwaardelijkheid.

Ikzelf ben geen voorstander van het aansnijden van het metaniveau en bijvoorbeeld te zeggen dat je het gevoel krijgt dat je cliënt ervan geniet om zoveel details uit te spreken. Hoe je het ook formuleert, het klinkt volgens mij altijd verwijtend. Trouwens, als de cliënt ontkent, kom je ook geen stap verder. Volgens mijn ervaring werkt het wel om neutraal te blijven en vriendelijk na te vragen wat de cliënt juist nodig heeft. Vragen als: *Wil je het vooral met me delen of heb je een vraag naar verandering? Waaraan moeten we precies werken in onze gesprekken? Je vertelt me heel wat, maar naar wat ben je op zoek: een goedkeuring? Een advies? Of wou je het enkel ventileren?* Zulke vragen brachten de therapie soms op gang.

Therapeuten nemen doorgaans een neutrale positie aan ten opzichte van teatraal of manipulatief gedrag. Waarom dan niet bij exhibitionistische uitingen? Het blijft natuurlijk altijd de vraag of de hypothese 'de cliënt krijgt er een kick van om me zoveel details te vertellen' te maken heeft met je eigen 'seksuele bagage' of met de seksuele bagage van je cliënt. Dat vergt weer zelfonderzoek of een bespreking in een intervisiegroep waar voldoende vertrouwen is.

Handvat 4 Trek grenzen

Een ander verhaal wordt het als cliënten daadwerkelijk over jouw grenzen gaan en je laat dit gebeuren.

Stel dat een cliënt verliefd op je is en dat je reeds besproken hebt dat deze gevoelens oké zijn. Dat jij niet verliefd bent, dat er geen liefdesrelatie mogelijk is, maar dat zijn of haar gevoelens worden gerespecteerd. Maar de cliënt begint seksuele fantasieën te bespreken of bekijkt je op zo'n manier dat je er ongemakkelijk onder wordt. Wat dan? Als je er een gewoonte van maakt niets te zeggen, dan geeft dat je waarschijnlijk alleen maar meer ongemak.

In zo'n geval kun je misschien afspreken dat je liever hebt dat de cliënt zich niet zo in detail uitdrukt. Dat de emoties oké zijn, maar dat het onaangenaam aanvoelt om er zo gedetailleerd op in te gaan. Ik hoor soms therapeuten zeggen dat ze niet tijdig ingrijpen en dan verkrampen. Ik stel voor om net zo te reageren in analogie met het gewone leven. Hoe zou je reageren?

Stel dat je een vrouw bent en een vriend vertelt je dat hij verliefd op je is. Oké, daar kun je misschien mee leven. Stel nu, dat deze vriend op een onaangename wijze avances maakt of in detail z'n seksuele fantasieën bespreekt. De meeste vrouwen zeggen dan toch: 'Stop daar mee!' Het enige verschil met therapie is dat deze vrouwen hun grens op een duidelijke, maar niet-veroordelende manier geven. Terwijl het in therapie vaak niet wordt aangepakt.

Het is een andere discussie of het al dan niet goed is om de therapie voort te zetten als de cliënt verliefd is op de therapeut. Naar mijn bescheiden mening is het erg moeilijk om de therapie te stoppen zonder de cliënt af te wijzen. Dus als je bepaalde grenzen stelt, en daartoe heb je als therapeut zeker het recht, kan de therapie volgens mij wel worden voortgezet. Wel is het zo, dat zulke therapieën het best meerdere malen in supervisie kunnen worden ingebracht.

Wat betreft het stellen van grenzen wil ik nog zeggen dat alles afhangt van de opleiding van de cliënt. Soms is gewoon psycho-educatie nodig over wat nog wel kan en wat te ver gaat? In het verlengde hiervan kan het voorkomen dat je als therapeut meemaakt dat een cliënt een erectie krijgt of zich wil uitkleden om iets (een verwonding?) te tonen. *Grenzen trekken* is de boodschap. Eerst een duidelijke grens, nadien mogelijk een bespreking. Doe je dit niet, dan bestaat het gevaar dat je als therapeut wordt bevangen door gevoelens van walging.

De therapeut die zich ongemakkelijk voelt bij het onderwerp

In deze paragraaf gaat het niet zozeer over gevoelens van afkeer, maar van ongemak. Als therapeut wil je tegenover je cliënt niet té openhartig over jouw privé-leven zijn – en al helemaal niet over je eigen seksleven. En daar wringt precies de schoen, want bij gebrek aan een kader om seksualiteit te spreken, voelt het soms alsof je iets over je eigen seksleven zegt door een bepaalde vraag te stellen of een bepaald advies te geven. Het lijkt alsof je met je vraag duidelijk maakt wat jij wel of niet belangrijk vindt bij seksualiteit en dat voelt ongemakkelijk aan. Daarom reik ik enkele theoretische kaders aan.

Handvat 1 Orden in je hoofd de seksuele problemen

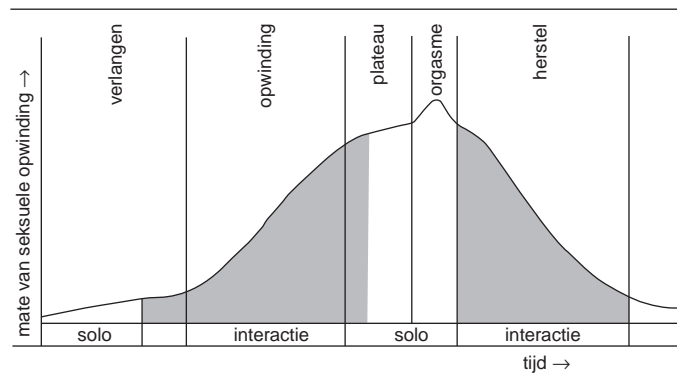
Het eerste en meest algemene kader is de seksuele-responscyclus (figuur 1) van Masters en Johnson (1970). Het kan je helpen om tijdens het verkennen van het probleem aan dit schema te denken en jezelf de vraag te stellen: *Over welk seksueel probleem heeft de cliënt het eigenlijk?* Want vaak verwoorden cliënten nogal vaag waarover het gaat.

Voorbeeld

‘Het lukt niet meer in bed’ of ‘Het werkt niet meer’. Maar wat bedoelen ze? Ik heb het al wel eens meegemaakt dat ik ervan uitging dat er geen seksueel contact was tussen het paar omdat het ‘niet meer ging’ volgens hen. Bij navraag bleek dat ze om de drie dagen vrijden en klaarkwamen, maar het gevoel hadden dat het niet meer ging zoals vroeger.

Het is een heel ander verhaal als (A) een vrouw zegt ‘ik heb geen zin in seks, voor mij hoeft het niet’, terwijl ze af en toe tegemoet komt aan het initiatief van haar man en dan erg geniet van seks, maar toch bij het standpunt blijft dat ze gemakkelijk zonder seks kan leven. Of (B) als een vrouw zegt ‘ik heb geen zin in seks, voor mij hoeft het niet’ en de ervaring heeft dat haar lichaam nooit opgewonden reageert, dat penetratie pijn doet waardoor zij nog geen enkele positieve ervaring heeft gehad.

Het is dus belangrijk dat je, als de cliënt hierover *wil* praten, navraagt wat precies het seksuele probleem is. Op die manier begrijp je de cliënt beter en verbreek je het isolement rond het seksuele probleem dat de cliënt ervaart. Precies bij deze probleemverkenning kan het schema helpen.



Figuur 1. De seksuele-responscyclus van Masters en Johnson. Bron: Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck, & Weijnenborg, 2004.

Masters en Johnson tekenden in de jaren 60 van de vorige eeuw een overzichtelijke voorstelling waarin verschillende fases van het seksuele reageren onderscheiden werden. Dit schema (aangevuld door Kaplan, 1979) is ondertussen achterhaald, maar daar kom ik zo dadelijk op terug. Ik vermeld het hier omdat de voorstelling met afgebakende fases als hulpmiddel werkt om probleemverhalen te ordenen. Niet meer, maar ook niet minder.

De eerste fase gaat over het verlangen naar of zin in seks. Dit wordt gevolgd door de fase van opwinding, het stadium waarin het lichaam reageert met tekenen van seksuele opwinding: het vochtig worden bij de vrouw en de erectie bij de man. Deze fase wordt gevolgd door de plateaufase, een fase waar de opwinding vrij constant en hoog blijft. Hierna kan een orgasme optreden, dat gepaard gaat met tal van spiercontracties in het lichaam en het subjectieve gevoel van orgasme. De laatste fase is de fase van herstel. Dan treden er weer andere lichamelijke veranderingen op: de bloedtoevoer stopt onder andere. Het is de fase waarbij seksuele stimulatie pijnlijk wordt in plaats van aangenaam.

Waarom is dit interessant? Omdat je met dit schema in je hoofd net zolang kunt doorvragen tot je weet waar precies in de seksuele responscyclus het probleem zich bevindt. Als een cliënt zegt 'het gaat niet meer in bed' bedoelt hij wellicht dat hij niet meer klaarkomt (fase 4). De kans bestaat dat zijn erectie onvoldoende is om te penetreren (fase 2). Misschien wil hij gewoon zeggen dat lichamelijk alles 'lukt' in bed (vrijen en klaarkomen), maar dat het voor hem niet meer hoeft.

Waar ik een pleidooi voor houd, is dat je als therapeut de moeite

neemt om een uitspraak in therapie over seks in dezelfde mate te verkennen als je andere uitspraken zou verkennen. Uiteraard steeds afgestemd op de wensen van de cliënt. Maar als de cliënt vertelt dat het 'niet goed gaat op dat vlak', mag je er volgens mij van uitgaan dat hij ervoor kiest dat de therapeut begrijpt wat er wel en niet gaat in bed. Of ten minste het aanbod krijgt. Om hier op een rustige manier zicht te krijgen, helpt het om vragen te stellen met de seksuele-responscyclus in je achterhoofd (zie dialoog).

Dialoog tussen een 50-jarige cliënt (Cl) en therapeut (Th).

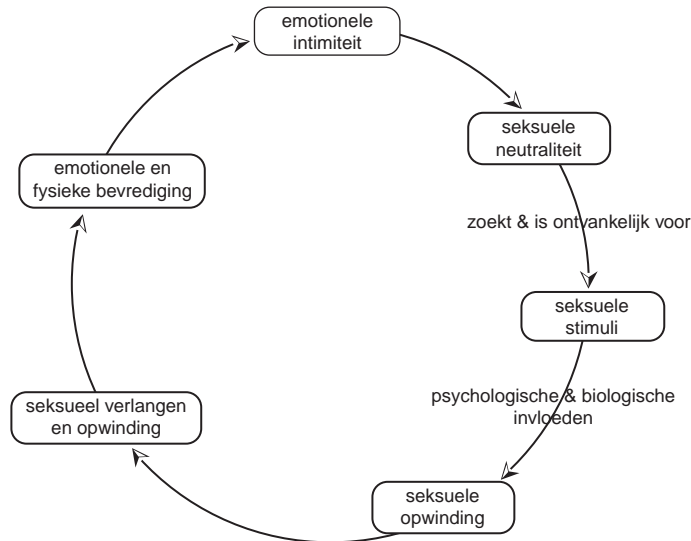
CL Mijn vrouw is niet meer voor het leven!
Th Wil je zeggen dat ze depressief is?
Cl Neen, neen (lacht), dat ze niet voor... je weet wel... voor contact is. Wij zeggen dat hier zo... niet voor het leven zijn.
Th Je vrouw wil geen seksuele contacten meer?
Cl Inderdaad.
Th Jullie vrijen niet meer?
Cl Jawel, af en toe laat ze mij begaan, maar ik merk dat het tegen haar zin is.
Th En dat vind je erg?
Cl Ah zeker.
Th En hoe merk je dat ze geen zin heeft?
Cl Omdat ze niet meer... je weet wel.
Th Niet meer wil vrijen?
Cl Ook, maar niet reageert zoals vroeger.
Th Ze geniet er niet meer van zoals vroeger?
Cl Geen hoogtepunt.
Th Je vrouw kan moeilijker klaarkomen dan vroeger? Of niet meer klaarkomen?
Cl Niet meer de laatste tijd en daardoor is ze minder voor het leven.

Handvat 2 Ken het verschil tussen 'zin in seks' en 'opwinding'

Op het schema van Masters en Johnson is in de loop der tijd veel kritiek gekomen, omdat het veel te normerend is. Het schrijft als het ware voor wat een 'normaal' seksueel proces is in tegenstelling tot alle andere 'abnormale' seksuele gebeurtenissen. Destijds waren de seks-therapieën gericht op het aanleren van een 'normaal' seksueel gedrag. Daardoor doet het schema te kort aan de individuele verschillen en verschillen tussen mannen en vrouwen.

Daarom bied ik een recenter en tweede handvat aan: een schema dat libidoproblemen bij vrouwen inzichtelijk maakt. Basson tekende in 2001 een cirkel als seksuele-responscyclus (figuur 2) in plaats van de lineaire lijn van Masters en Johnson. Hij benadrukt dat je moet uitgaan van een beginsituatie van seksuele neutraliteit. Pas wanneer iemand op zoek gaat naar of ontvankelijk is voor seksuele toenaderingen, kan hij (of zij) – door psychologische en biologische invloeden – lichamelijke opwinding ervaren. Dit lijkt evident, maar dit is

het vaak *niet* voor cliënten. Heel wat mensen blijven ervan uitgaan dat er iets aan de hand is als iemand niet geregeld zin in seks heeft.



Figuur 2. De seksuele-responscyclus van Basson.

Laat me even inzoomen op de therapeutische relevantie van dit gegeven. Je kunt aan je cliënten vragen welke stimulatie zij (vroeger) opwindend vonden en of het paar dit voldoende van elkaar weet. Nog belangrijker is het om te spreken over 'ontvankelijkheid' voor de seksuele aanrakingen of toespelingen. Mogelijke vragen in therapie zijn: *Zijn jullie bereid om zin te krijgen? Hoe zien jullie dat bij elkaar? Wanneer wordt er beslist een toenadering te staken, welke signalen maken dat je stopt? Hoe staan jullie tegenover het idee van zin 'maken'? Iets doen waardoor de zin (misschien en hopelijk) wel komt. Hoe lang kun je proberen zin te maken en kun je na verloop van tijd nog stoppen en de seks afblazen of lijkt dit voor jullie geen geschikte oplossing?* (Naar Luyens, Vansteenwegen, & Bogaerts, 2002.)

Ik heb nog maar een klein stukje van Bassons cirkel besproken. Door ontvankelijk te zijn voor seksuele stimuli, reageert het lichaam met seksuele opwinding en pas daarna, dus na de lichamelijke verschijnselen van opwinding (lees het vochtig worden of erectie krijgen), volgt de fase van het seksueel verlangen en opwinding. Dit leidt tot emotionele en lichamelijke bevrediging en mogelijk tot emotionele intimiteit.

Dit theoretische schema bevestigt de klinische verhalen die zoveel vrouwen vertellen, namelijk dat ze weinig zin in seks voelen vóór het

vrijen, maar wel goesting krijgen als ze aan het vrijen zijn. Daarom is het een zeer boeiend schema om aan je cliënten voor te leggen. Het kan hun visie op verlangen en opwinding verbreden, waardoor zij hun libidoverschil anders gaan bekijken. Mogelijke vragen die je kunt stellen: *Wanneer treedt bij jou (of bij je partner volgens jou) het verlangen op? Waarom kan de een gemakkelijker initiatief nemen dan de andere? Hoe verweven zijn verlangen en opwinding bij jou? Hoe verleiden jullie elkaar en wat werkt averechts? Kan de herinnering aan goede seks jou opwinden of niet?*

Het schema van Basson normaliseert het gebrek aan zin vóóordat het vrijen begint, terwijl vele paren hier juist een probleem van maken en het zien als een kenmerk van een slechte seks of onvoldoende passie. De theorie schept een kader om op een open, niet-veroordelende manier seksueel reageren te bespreken. Zoals je ondertussen wel begrepen hebt, diagnosticeerden Masters en Johnson ten onrechte – omdat zij uitgingen van het verlangen als allereerste fase – vele vrouwen met zogenaamde libidostoornissen. Alsof de zin in seks er in de eerste plaats bij beide partners in dezelfde mate moet zijn als voorwaarde om elkaar aan te raken en naar de tweede fase te kunnen overgaan.

Dus ook dit actuelere schema van Basson kan als achtergrondinformatie fungeren bij het bespreken van seksualiteit. Nadat je aan de weet bent gekomen wat er precies aan de hand is op seksueel vlak, kun je de cliënten uitnodigen om ruimer te denken over de complexe relatie tussen seksueel verlangen en lichamelijke opwinding en het concept om open te staan om zin in seks te krijgen.

Handvat 3 Stel intimiteit bevorderende vragen

Uiteraard spelen de individuele psychologie en de relationele dynamiek een belangrijke rol in het seksuele verhaal. De psychologische uitdieping die je als therapeut geneigd bent te doen (*Hoe voel je je daarbij? Wat betekent dit voor je relatie? Welke betekenis heeft dit voor jou, als vrouw? Als man?*) leidt uiteraard tot zinvolle interventies; dit is niet nieuw.

Maar ik behandel nog enkele andere mogelijkheden die een paar of een individuele cliënt op het spoor zetten van intimiteit. Het zijn vragen die, door te zoeken naar een antwoord, intimiteitbevorderend kunnen werken. Zeker als een paar in elkaars aanwezigheid naar het antwoord zoekt. Ik vond ze in een boek van de Australische seksuoloog David Schnarch (2006):

Op welk ogenblik voel je je het meest verbonden met je partner?
Dit kan een moment zijn voor of tijdens of na het vrijen of
totaal los van enige lichamelijkeheid.

Ik herinner me een paar van wie de man verschillende momenten opnoemde – het kussen, vlak na het vrijen, als zij was klaargekomen – en de vrouw dit beaamde en genoot van zijn opsomming. Bij een ander koppel vertelde de vrouw dat zij zich het meest verbonden voelde als ze naakt bij elkaar in bed lagen, vlak voor ze gingen slapen. Haar man haalde aan dat hij de verbondenheid voelde als hij in haar ogen keek en zag hoe zij zich voelde. Hier was het contrast groot. Zij koos een lichamelijk moment en hij een oogcontact ‘op afstand’. Toch voelde het voor allebei aan als ‘het dichtste moment’ en begrepen ze dat ze het elk op een andere manier invulden, wat spanning in hun relatie veroorzaakte.

Een ander, mijn persoonlijk favoriete thema, dat je kunt voorleggen gaat als volgt:

Elk paar staat voor de evenwichtsoefening om tegelijkertijd trouw te zijn aan zichzelf en tegemoet te komen aan de partner. Je wil enerzijds doen wat je zelf wilt en je eigen grenzen bewaken, maar je wilt ook de partner een plezier doen. Sommige paren slagen erin om samen hun grenzen te verleggen en te evolueren. Hoe doen jullie dit in het algemeen? Hoe doen jullie deze evenwichtsoefening op seksueel vlak? Op welke manier ben je in bed trouw aan jezelf en op welke wijze zet je een stap naar je partner?

Het zijn geen gemakkelijke vragen en het vergt van cliënten soms wat tijd om deze denkoefening te maken. De uitdaging voor jou, als therapeut, bestaat erin dat je het koppel zelf nieuwsgierig maakt naar hun eigen analyse, naar hun evenwichtsdans. Zo zoom je niet alleen in op wat er gebeurt op seksueel vlak, maar neem je de relationele interactie onder de loep.

De hypothese van Schnarch is dat je een beter seksleven hebt als je voldoende opkomt voor je zelf, voldoende eigenheid hebt opgebouwd én als je voldoende kunt verbinden met iemand. Wie de confrontatie durft aan te gaan, krijgt een hechtere en intiemere relatie en mogelijk betere seks. Hij schrijft dat seks in een langdurige relatie gaat over angsten overwinnen – angst om te presteren, angst om te falen, angst voor controleverlies en angst om gewoonten te moeten veranderen. De partner ‘kan meegaan in de angsten’ en ze zo bezweren, of kan de angst trotseren. Als partners elkaar nooit angstig

maken en altijd snel toegeven of als partners heel halsstarrig bij hun gelijk blijven, wordt de relatie op termijn onbevredigend. De seksuele relatie ook.

Ik gebruik de theorie als een hypothese die ik aan het paar voorleg. Ik nodig hen uit om over dit thema een standpunt in te nemen. In mijn praktijk maak ik het wel eens mee dat deze gezamenlijke zoektocht intimiteitbevorderend werkt. Door deze zoektocht wordt duidelijk wat ze voor elkaar proberen te doen – ook al kwam dit soms anders over – en hoe ze opkomen voor zichzelf.

De therapeut die seksuele verlangens koestert voor zijn cliënt

Tot zover de gevoelens van ongemak. Laat me nu inzoomen op seksuele verlangens die kunnen opduiken tijdens een van je therapieën, misschien door iets wat over seks wordt gezegd, misschien alleen al door de verschijning van de cliënt of door de intieme, vertrouwelijke relatie die tussen jou en je cliënt ontstaat. Stel dat je op een bepaald ogenblik seksuele verlangens voelt voor een bepaalde cliënt. Je denkt aan seks met je cliënt, je droomt ervan of je wilt het. Dat het geen denkbeeldige situatie is, moge blijken uit het volgende citaat:

'Afgezien van de prostitutie en de horeca zijn er weinig beroeps-
velden waar zoveel gelegenheid is voor het ontstaan van seksuele
gevoelens en contacten als in de hulpverlening' (Heemelaar,
1997).

Toen ik deze uitdagende stelling voor het eerst las, wilde ik weten hoe vaak het eigenlijk voorkomt (seks tussen therapeut en cliënt) en of dit ooit onderzocht werd. In de vakliteratuur vond ik de veelgenoemde schatting dat ongeveer 5 à 10 procent van de mannelijke hulpverleners wel eens erotisch seksueel contact heeft gehad met één of meer (vrouwelijke) patiënten. Bij de vrouwelijke hulpverleners ligt het percentage tussen de 0,5 en 1 (Lens & Van der Wal, 1997; Pope, Sonne, & Holroyd, 1996; Trijsburg, Corey, Schneider-Corey, & Callanan, 1994). Het is een vage schatting en een weinig gedefinieerd concept, maar het geeft aan dat het vrij veel voorkomt.

Als ik een lezing hou over dit thema, stel ik de aanwezige therapeuten soms de vraag wie van hen wel eens een cliënt heeft horen zeggen dat hij of zij seksueel contact heeft gehad met een vorige therapeut. Dan gaat er gemiddeld eenderde van de handen de lucht in. Dit is uiteraard geen wetenschappelijk bewijs voor mijn betoog, dit is een

selectieve bevraging, maar ik ga er wel van uit dat het regelmatig voorkomt, al zullen de exacte cijfers nooit op tafel liggen.

Nu zou het voor jou en mij veilig en interessant zijn als er twee soorten therapeuten zouden bestaan. 'Zij' die gestoord zijn, gewetenloos, seksueel geobsedeerd én seksueel contact hebben met hun cliënten. En 'wij' die plichtsgetrouw, evenwichtig en gewetensvol zijn én dus geen seksueel contact hebben met onze cliënten. Ik vrees echter dat deze strakke tweedeling geen stand houdt.

Zoals Yalom (2001) schreef, zijn sterke seksuele gevoelens de normaalste zaak in de wereld van therapie. Hoe kan het ook anders, gezien de bijzondere intimiteit tussen patiënt en therapeut? Cliënten ontwikkelen vaak verliefde en seksuele gevoelens voor hun therapeut. Sommige vrouwelijke cliënten denken dat hun seksualiteit het enige middel is waarmee ze hun dankbaarheid voor zoveel begrip kunnen tonen. De dynamiek van een positieve overdracht is krachtig, waardoor sommige therapeuten in de problemen komen. Yalom stelt voor om overdrachtsadoratie niet als een bewijs te zien van je onweerstaanbare charme, want een ego dat dermate gestreeld wordt is kwetsbaar en vatbaar voor eigen seksuele verlangens. Zeker als je, als therapeut, jezelf onaantrekkelijk vindt en geen bevredigend seksleven hebt, aldus Yalom (2001). Je kent het spreekwoord: de gelegenheid maakt de grootste dief.

In dit spreekwoord is geen plaats voor ethiek en plichtsbesef – in een therapeutische setting hopelijk wel. Ik verwacht dan ook dat ik een open deur intrap door te stellen dat het te allen tijde een rampzalig keuze is om een seksueel contact aan te gaan met je cliënt, maar ik wil graag de aandacht vestigen op een nieuw taboe. Heemelaar schrijft:

'Seksueel contact tussen therapeut en cliënt is verboden, maar er is een nieuw taboe ontstaan bij therapeuten, namelijk het niet mogen ervaren van seksuele gevoelens' (Heemelaar, 1997).

Dit vind ik een ongunstige ontwikkeling.

Handvat 1 Voel wat je voelt zonder te veroordelen

Door de verbodssfeer (geen seks met je cliënten) is er bij sommige therapeuten verwarring ontstaan tussen seksueel contact en seksuele gevoelens. Waar het eerste verboden is, is het laatste de gewoonste zaak van de wereld. Je werkt met jezelf als instrument, waarbij echtheid als een belangrijke eigenschap wordt gezien van de therapeutische relatie. Dit betekent dat je als therapeut tijdens de therapie ook

als seksueel wezen aanwezig bent en dat je hierop kunt worden aangesproken. Misschien wek je seksuele gedachten op bij je cliënt, mogelijk zinspeelt je cliënt hierop. Soms duiken er gevoelens op bij jou die je wegmoffelt of (onbewust) toch uitzendt? Waar ligt de grens tussen oprechte sympathie en een therapeutisch bedoeld compliment en flirten? Het is zeer belangrijk dat je dit voor jezelf analyseert en er bewust mee omgaat.

Het is gangbaar om intieme en seksuele gevoelens van je cliënten te aanvaarden en niet te veroordelen. Therapie bestaat er in deze verlangens 'te laten zijn' en je cliënt uit te nodigen om hier op een rustige, niet-veroordelende manier over te reflecteren. Cliënten krijgen vat op hun emoties door er niet langer bang voor te zijn, door ze in alle openheid te mogen ervaren en ze op die manier te leren aanvaarden. Therapeuten ook! Erkennen en aanvaarden van je seksuele gevoelens is 'de weg' naar het hanteren van deze verlangens, schrijft Van de Veire (2010). Pope et al. (1996) benadrukken het openstaan voor je eigen fantasieën en gedachten, maar ook voor de seksuele fantasieën van je collega's. Zij leggen uit waarom het zo lastig aanvoelt als je heftige emoties ondervindt. Je gedrag kun je beheersen: je kunt beslissen om iets al dan niet te doen, bijvoorbeeld niet tegen je cliënten zeggen dat je hen wilt kussen en niet dichterbij komen om te kussen. Gevoelens zijn evenwel niet beheersbaar en juist dat maakt het bedreigend. Je kunt niet beslissen om iets niet meer te voelen, ook al wordt dit zo vaak geprobeerd, met het risico op zelfbedrog en hypocriet gedrag. Vandaar het pleidooi om het nieuwe taboe te doorbreken.

Het nieuwe taboe (het doen alsof seksuele gedachten en verlangens niet voorkomen) parachuteert ons terug naar de jaren 20 van de vorige eeuw, werd toen beschouwd als 'een negatieve biologische drift' – iets natuurlijk, misschien wel dierlijks, dat opborrelt en dat je zo goed als je kon, moest onderdrukken. De religie hielp je daarbij door te spreken over 'zonde' en de wetgevers door regelgeving en straf. Pas in de jaren 70 en 80 veranderde dit beeld en werd de lichamelijke drift enkel 'de mogelijkheid' voor seks genoemd. Het belang van psychologische beslissingsprocessen en sociale aspecten werd duidelijk en het accent kwam ten volle te liggen op de individuele verantwoordelijkheid en de keuzemogelijkheid van de persoon zelf (IJf, 2006).

Ik maak deze uitweiding omdat het wel lijkt alsof sommige therapeuten nog in de jaren 20 leven en seksuele verlangens beschouwen als iets onaangenaams en ongepast wat zo snel mogelijk en in alle stilte onderdrukt moet worden, terwijl het ervaren van seksuele tintelingen op zich oké is en niet ontkend mag worden. Het biedt de

mogelijkheid om rustig te bekijken en te bespreken wat je ermee kunt doen. In het beste geval doven de verlangens uit omdat je het geheim en de spanning niet langer alleen draagt en enkele collega's van achter je schouders meekijken naar wat er gebeurt in de sessie. Het doel van herhaaldelijke besprekingen is dat de therapie op een professionele wijze kan verdergaan en er geen flirterige sfeer ontstaat. Als de therapeut opgewonden of verliefd blijft en zelf aanvoelt dat deze gevoelens de therapeutische relatie vertroebelen, kan er doorverwezen worden naar een collega. Al zal dit goed voorbereid moeten worden zodat de cliënt het niet verkeerd begrijpt (het niet opvat als een uitnodiging voor een relatie) en zich niet persoonlijk afgewezen voelt door de beëindiging van de therapie.

Handvat 2 Creëer openheid tijdens een intervisie

Eerlijkheid tegenover jezelf en jezelf toelaten te voelen wat je voelt is één, gebruikmaken van intervisiegroepen of besprekingen met collega's is een ander verhaal. Dit tweede punt is volgens mij nog onvoldoende geaccepteerd in ons vak, ondanks het feit dat het algemeen bekend is dat intervisie de therapeut enorm helpt en daarnaast in het belang van de cliënt is. Misschien denk je nu: dit is toch niet nieuw. Daar heb je inderdaad gelijk in, maar ik vraag me af hoeveel intervisiegroepen dit onderwerp uitgebreid bespreken. En ook zou ik graag willen weten hoe een intervisiegroep zou reageren als een collega-therapeut zegt dat hij, als hij daartoe de kans had, met twee van zijn cliënten naar bed zou willen gaan. Zou de groep hem prijzen om zijn oprechtheid en openheid, en hem een gezonde man en zeer bekwame therapeut noemen door wat hij net zei? Of zou hij met achterdocht bekeken worden? Wel positief dat hij het openlijk zegt, maar toch...

Seksueel contact is 'over de grens', daar is iedereen het over eens. Maar het debat hierover raakt aan een ruimere discussie van gedragingen die 'op de grens' liggen. Ik hoor bijvoorbeeld therapeuten vertellen dat sommige cliënten bij het afscheid zelf het initiatief nemen om een kus op de wang te geven. Dat sommige therapeuten dit niet echt appreciëren, maar evenmin durven zeggen dat de cliënt dit niet meer mag doen.

Een ander voorbeeld: kan een therapeut een arm leggen om een cliënt die huilt? Een hand leggen op haar been? Zelf sta ik heel huiverachtig tegenover elk lichamelijk contact, behalve het geven van een hand. Maar het allerbelangrijkste lijkt me dat de discussie wordt gevoerd over 'de kus' en 'het hand op de schouder' en dat er per geval wordt geanalyseerd wat het betekent, wat de gevaren zijn, wat

het beste is. En hoe je je grenzen het beste aan je cliënt kenbaar kunt maken. Keer op keer, in alle openheid, samen met je collega's in een vertrouwde sfeer. Of, als er daar onvoldoende vertrouwen is, kan het aan bod komen in een individuele therapie.

Er zal altijd wel verschil van mening bestaan tussen therapeuten over de gedragscode ten opzichte van de cliënt. Deze gedragscode is onderhevig aan de tijdgeest en de hype in de wereld van de psychotherapie. Daardoor zullen nooit scherpe grenzen vastgelegd kunnen worden over wat geoorloofd is of niet.

Hopelijk en waarschijnlijk willen de meeste therapeuten niet onmiddellijk naar bed met hun cliënten en ontstaat er in eerste instantie een bepaalde aantrekkingskracht. Maar sommige therapeuten hanteren op dat moment het kader iets losser zonder dat er grensoverschrijdende gedragingen plaatsvinden. Hierna gaan ze misschien een stap verder en een daarna nog een stap...

Het is belangrijk om over tal van deze gevoelens en tussenstadia in alle openheid te spreken. En juist daarvoor zijn intervisiegroepen en collega's bijzonder geschikt.

Besluit

Het was de bedoeling om je in deze tekst te verleiden om je eigen positie te onderzoeken ten opzichte van het belang van seks op dit moment in je leven. Om even stil te staan bij je eigen normen over 'goede' en 'normale seks'. Kortom, een zicht te krijgen op je eigen seksuele bagage om van daaruit de vraag te stellen of je cliënten wel voldoende kans geeft om hun seksuele zorgen te bespreken. Vooral als je ervan uitgaat dat zij vaak een drempel moeten overwinnen en jouw steun hierin nodig hebben. In die zin is dit artikel een aanmoediging om cliënten die dit wensen, meer gelegenheid te geven om hun seksuele problemen te bespreken.

Deze tekst is tevens een pleidooi om te aanvaarden wat je voelt voor je cliënten en dit te hanteren met het oog op het vermijden van elke vorm van seksueel contact. Het bespreken van je eigen ambivalente gevoelens en het creëren van een open, veilige sfeer tijdens intervisie lijkt hierbij cruciaal. Het is jammer dat er in de opleidingen psychotherapie zo weinig aandacht wordt besteed aan dit onderwerp. In elk geval hoop ik de reflectie en discussie bij deze te bevorderen.

ABSTRACT This article purposes to give therapists more awareness in dealing with sexual feelings, within and outside the therapeutical

context. The author asks the reader to explore his or her own values and norms about sexuality en gives a theoretical framework and concrete pointers about how to address feelings of discomfort, disgust or sexual attraction.

Referenties

- Basson, R. (2001). Human sex-response cycles. *Journal of sex and marital therapy*, 27(1), 33-43.
- Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I., & Weijnenborg, P. (red.) (2004). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Groen, M. & Lawick, J. van (2007). *Intieme oorlog. Over de kwetsbaarheid van familierelaties*. Amsterdam: Van Gennep.
- Heemelaar, M. (1997). *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- IJf, M. (2006). *Sexcounseling. Handleiding voor seksuologische hulpverlening*. Assen: Van Gorcum.
- Kaplan, H. (1979). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lens, P. & Wal, G. Van der (red.) (1997). *Problems Doctors. A conspiracy of silence*. Amsterdam: IOS Press.
- Luyens, M., Vansteenwegen, A., & Bogaerts, F. (2002). Het seksuele verlangen. Terugblik en pragmatisch perspectief. In: A. Vansteenwegen & J. van Bussel (red.), *Seksuologie vandaag* (pp. 103-112). Leuven: Peeters.
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Pope, K.S., Sonne, L., & Holroyd, J. (1996). *De seksuele gevoelens van de psychotherapeut. Hanteren in plaats van ontkennen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schnarch, D. (2006). *Sex drive. Zo houd je je seksuele relatie boeiend*. Tiel: Lanno.
- Trijsburg, R.W., Corey, G., Schneider-Corey, M., Callanan, P., (1994). *Issues and ethics in the helping professions* (4e druk). Pacific Grove: Brooks/Cole (recensie).
- Yalom, I.D. (2001). *Therapie als geschenk*. Leuven: Van Halewyck.
- Veire, C. Van de (2010). *Omgaan met seksuele gevoelens van hulpverleners*. <http://users.skynet.be/kern/omgaan%20met%20seksuele%20gevoelens%20van%20hulpverleners.pdf> [geraadpleegd op 10 juni 2010]