

FRENKEN, J. en VENNIX, P.,

De objektieve evaluatie van het effect van seksuele therapie

Het hulpverleners aan mensen met seksuele moeilijkheden roept een hele reeks vragen bij je op :

- hoe identificeer ik een seksueel probleem
- hoe kom ik erachter of die mensen nu wel een behandeling nodig hebben voor hun seksuele probleem of eerder voor een relationeel of intrapsychisch probleem
- hoe "meet" ik verbetering door therapie en wat is nou eigenlijk precies 'verbetering' en wat niet
- welke termen moet ik gebruiken om het effect van mijn behandeling voor mezelf en anderen te beschrijven
- en tenslotte : als ik in een artikel lees dat "80 % van de cliënten met seksuele problemen met succes werden behandeld", hoe kan ik er dan zeker van zijn dat zo'n uitspraak betekenisvol en akkuraat is.

#### Kriteria bij het beoordelen

Het beoordelen of en welke effecten je therapie of vorm van hulpverlening heeft is niet eenvoudig. Welk criterium neem je bij het beoordelen van het effect van je helpen bij seksuele problemen ?

Er zijn een drietal criteria relatief te onderscheiden (Bording, 1974) :

- een intrinsiek criterium b.v. afgaan op het oordeel van de cliënt(en) over zijn (hun) seksueel functioneren;
- een empirisch criterium, b.v. een nauwkeurig omschreven aspect van het seksuele gedrag zoals 'weer een erectie of orgasme krijgen in situaties waarin de cliënt dit wil';
- een criterium uit een 'theorie' over adequaat seksueel functioneren, b.v. in de helft van de kostussituaties een orgasme krijgen (Masters en Johnson, 1970) of -vager - 'lekker in je lijf zitten' of 'weer genieten van het vrijen met de partner ongeacht of je daarin klaarkomt' (Barbach, 1975).

Deze criteria verschillen zowel in mate van specificiteit als in aard van de beoordelaar van het 'succes' : de cliënt zelf of de therapeut. Van het criterium 'lekker in je lijf zitten' is het aanzienlijk moeilijker vast te stellen of het na de therapie bereikt is dan van het specifiekere criterium 'weer een

erektie krijgen in geëigende situaties'.

#### Wie beoordeelt ?

Je eigen oordeel als therapeut over het succes van de therapie - welk criterium je ook neemt - is nooit geheel zuiver. Vaak wordt dit gekleurd doordat je wil dat je manier van hulpverleners of therapie-doer inderdaad 'werkt'. Ook het vragen aan de cliënt 'wat hij nu aan de therapie gehad heeft' is problematisch. Cliënten willen 'beter' worden en om die reden zijn ze niet objectief in het evalueren van de therapie, waarin ze zoveel emoties, tijd en geld hebben geïnvesteerd. Zelfs als de cliënt weet dat hij niet 'verbeterd' is, dan nog kan hij weigerachtig zijn dit aan de therapeut genuanceerd uit de doeken te doen. Hij wil de therapeut niet op zijn ziel trappen en geen on dankbare cliënt zijn : "ja, ik heb er toch wel wat aan gehad".

#### Beoordelen : in welke termen ?

Ook therapeuten zijn - in hun communicatie naar collega's toe - erg vaag als ze rapporteren over hun therapieresultaten. Ze gebruiken zeer grove categorieën zoals "verbeterd" of "niet-verbeterd" of "enigszins verbeterd", zonder scherp de criteria aan te geven voor hun oordeel. Het kan dus zijn dat wat de ene therapeut als 'verbeterd' beoordeelt, door een collega als 'niet verbeterd' of juist 'sterk verbeterd' geklassificeerd wordt. Bij globale oordelen weet je nooit welke specifieke criteria - gerelateerd aan specifieke therapiedoelen - gehanteerd zijn in het beoordelen van therapie-effekt.

Uit gesprekken met seksuologische hulpverleners wordt ons duidelijk dat - in toenemende mate - veel hulpverleners niet slechts globaal willen weten of er 'iets' is gebeurd in een seksuele therapie; zij willen helder gespecificeerde criteria hebben om vast te stellen of en welke veranderingen zich bij de cliënten hebben voorgedaan als gevolg van de therapie. Er is dan ook behoefte aan gestandaardiseerde en objectieve criteria om het resultaat van een behandeling vast te stellen.

Een fundamentele stap in het beoordelen van veranderingen in cliënten in seksuele therapie is het gedetailleerd en akkuraat vaststellen van "de toestand" waarin de cliënten binnenkomen. Dit brengt met zich mee een gestandaardiseerde methode van interviewen en van vastleggen van de informa-

tie. Teneinde veranderingen vast te stellen over de loop van de therapie, moeten dezelfde vragen op dezelfde wijze worden gesteld vóór en na de behandeling. En steeds als gevraagd wordt moeten de antwoorden op een systematische wijze worden vastgelegd; pas dan is vergelijking der antwoorden mogelijk over de tijdsperiode dat de behandeling wordt gegeven of gedurende perioden dat geen behandeling wordt gegeven.

Omdat je als therapeut niet direct het gedrag kunt observeren waarover het gaat in een seksuele therapie is het het beste dat je een gestructureerde vragenlijst over seksueel gedrag en beleving afneemt bij je cliënten. Onder andere om die reden hebben wij in de afgelopen jaren een vragenlijst ontwikkeld om een aantal fundamentele kenmerken van seksueel gedrag en beleving te meten. Deze 'Seksualiteitbelevingsschalen' (SBS) zijn zojuist gepubliceerd (Frenken en Vennix, 1978; Frenken, 1976). Dit meetinstrument kan gebruikt worden zowel ter aanvulling van de diagnostiek bij seksuele moeilijkheden ('waar zitten de specifieke knelpunten') als ook om veranderingen in de seksualiteitbeleving te meten die door therapie geacht worden te zijn teweeggebracht. Je kunt het afnemen van de SBS opvatten als een gestandaardiseerde manier van interviewen en het op een gestandaardiseerde manier weergeven van het interview-verslag (nl. door middel van scores op een reeks schalen). De standaardisering maakt vergelijking mogelijk tussen de 'interviewgegevens' voor en na de therapie.

Het gebruik van zo'n objectieve meetmethode bevelen wij aan om - zoals Soudijn (1977) het formuleert - althans een aantal intuïtieve oordeelsfouten enigermate onder controle te houden en om de beslissingen van de individuele therapeut met deze en volgende cliënten op bepaalde punten te verbeteren. Hopelijk kan de SBS een aanvulling zijn van de meer primitieve 'metingen' die meestal door seksuologische hulpverleners en therapeuten gehanteerd worden, zoals daar zijn het 'blote oog', de 'klinische blik' of 'het gevoel'.

Gedetailleerde informatie over de SBS is in de Handleiding te vinden. We volstaan hier met de globale informatie die in de bijgesloten folder is vermeld.

De rest van ons artikel besteden we aan het bespreken van een voorbeeld van een cliënte die meedeed aan een zgn. preorgastische therapiegroep

(Barbach, 1975) en waarbij de SBS door de therapeuten werd gebruikt als diagnostisch hulpmiddel en als hulpmiddel bij het evalueren van het effect van deze seksuele therapie op haar seksualiteitbeleving. De lezer kan dan zien 'wat hij er aan heeft' als hij de SBS wil gebruiken binnen zijn seksuologisch hulpverleners. Het gaat in dit artikel uitdrukkelijk niet om het uitdiepen van deze casus maar louter om het demonstreren van het gebruik van de SBS in een therapiesituatie.

Voordat de lezer verder leest is het nuttig thans de bijgesloten folder over de SBS te lezen.

#### De cliënte op de folder

De vrouw in kwestie meldt zich aan bij een zgn. preorgasmegroep die door twee vrouwen wordt geleid. In het intake-gesprek vertelt ze dat ze 30 jaar is, 7 jaar getrouwd is en twee kinderen heeft. Het huwelijk is niet erg harmonisch. Seks vindt ze "niets meer aan". Zij vindt het met name heel vervelend dat ze nagenoeg nooit klaarkomt in het vrijen met haar partner, hoewel ze meent voldoende stimulatie te krijgen van zichzelf en haar partner. Bij de weinige keren dat ze nog vrijen - vooral op instigatie van hem - wordt ze wel opgewonden maar 'blijft steken' voor het orgasme. Haar man - zo rapporteert ze - heeft geen expliciete seksuele funktiestoornissen maar is wel steeds erg teleurgesteld over haar niet klaarkomen; dit leidt tot voortdurende conflicten. Zij komt naar deze vrouwengroep toe 'om te leren klaar te komen in het vrijen' en te voldoen aan de verwachtingen die haar man heeft over haar seksualiteit-beleving.

Na de intake volgt een individuele anamnese-afname. In de eerste groepsbijeenkomst wordt de SBS afgenomen. Het invullen van de vragenlijst - dat in stilte gebeurde - geeft naderhand aanleiding tot een levendig gesprek tussen de vrouwen over allerlei 'punten' die ze in de vragenlijst zijn tegengekomen en waar ze 'ook zo'n moeite mee hebben'. De therapeuten gebruiken dit gesprek om zulke specifieke knelpunten in de seksualiteitbeleving van de vrouwen naar boven te halen en te bespreken in de groep.

Na afloop van de eerste groepsbijeenkomst vullen de therapeuten het scoringsformulier in dat achter in de Vragenlijst is opgenomen. Het formulier werd opgestuurd naar het NISSO dat de computerskoring voor zijn rekening nam.

#### Beschrijving van de komputergegevens der voormeting

Na enkele dagen ontvingen de therapeuten de informatie over de cliënte zoals aan de achterkant van de folder is weergegeven, met dien verstande dat alleen in de kolommen waarboven een 1 staat (voormeting) gegevens staan vermeld. De kolommen waarboven een 2 staat (tweede meting of nameting) waren uiteraard nog leeg, evenals de kolom onder 'SIG' (signifikant verschil tussen voormeting en nameting).

In de kop van de eerste tabel zie je dat de gegevens van onze cliënte worden vergeleken met of afgezet tegen de gemiddelde scores op de SBS-schalen van een 'random groep', t.w. een willekeurige steekproef van 250 gehuwde vrouwen uit de middenklasse. In de tweede, kleinere tabel worden haar scores op SBS-3 en zijn subschalen afgezet tegen de gemiddelde scores van een 'klinische groep' van 92 vrouwen die op grond van seksuele belevingsklachten in therapie kwamen. De vier SBS-schalen die onze cliënte heeft ingevuld bestrijken de volgende dimensies :

- de mate waarin ze een permissieve of restriktieve seksuele moraal 'heeft' (SBS-1),
- de mate waarin ze psychoseksuele (symbolische seksuele) stimuli zoekt en toelaat of juist vermijdt en afweert (SBS-2),
- de mate waarin ze zich tot haar eigen huwelijk voelt aangetrokken (SBS-4),
- de sterkte van haar seksuele motivatie in de seksuele interacties met haar man (SBS-3).

Naast een algemene score van onze cliënte op elk der SBS-schalen zie je ook haar scores op een aantal deelaspekten binnen elke schaal. Elke schaal draagt dus enkele subschalen in zich die deelaspekten meten van het bredere begrip dat door de totale schaal wordt gemeten.

Achter de namen van de (sub)schalen zijn steeds de dimensies weergegeven die met die schalen worden gemeten. Hierbij is met behulp van een + of - teken aangegeven welke betekenis men aan een negatieve, respectievelijk positieve score moet toekennen. Van elke normgroep is de gemiddelde score op elke (sub)schaal steeds 0. Naast de scores op de schalen zie je per schaal een betrouwbaarheidsindikatie die kan variëren van A t/m D, met de volgende betekenis :

A = de score is voldoende betrouwbaar om individueel diagnostisch geïnterpreteerd te kunnen worden.

B = de score heeft een zodanige betrouwbaarheid dat deze slechts met voorzichtigheid individueel diagnostisch geïnterpreteerd kan worden.

C = de betrouwbaarheid van de score is ontoereikend voor individueel diagnostisch gebruik, maar wel voldoende voor therapie-evaluatie (verschillen tussen opeenvolgende metingen) en uitspraken over grotere groepen.

D = de score is dermate onbetrouwbaar dat interpretatie hiervan achterwege dient te blijven.

Tenslotte vind je in de rechterkolom onder 1 per score een percentielscore. Deze score geeft nadere informatie over de plaats van onze cliënte ten opzichte van de betreffende normgroep (random groep of klinische groep). Zo betekent een percentielscore van 10-15 op 'premarital sexual experience and attitude' dat slechts 10 tot 15% van de vrouwen uit de random groep permissiever scoorde dan onze cliënte en dat 85 tot 90% uit deze groep restriktiever scoorde dan onze cliënte.

Van elke normgroep is de gemiddelde percentielscore op elke (sub)schaal steeds 50%.

#### Onze cliënte vóór de therapie

Bekijk nu wat je aan de hand van de resultaten van de eerste meting van de cliënte te weten kan komen. Hierbij vergelijk je de scores van de vrouw met die van de vrouwen uit de 2 normgroepen aan de hand van de percentielscores en het plus of min teken van de scores. Scores met een betrouwbaarheidsindicatie A laat je het zwaarst meetellen; scores met een C-indicatie verdienen minder aandacht.

In vergelijking met de vrouwen uit de randomgroep zie je dat onze cliënte:

- een permissieve seksuele moraal heeft, hetgeen natuurlijk ook in de scores op de subschalen tot uiting komt (negatieve scores, lage percentielscores);
- psychoseksuele stimulatie zoekt en toelaat en deze niet vermijdt of afweert (negatieve scores, lage percentielscores);
- een relatief lage attractie tot het eigen huwelijk heeft, ook hier weer terug te vinden in de scores op de subschalen, die allen positief zijn met percentielscores ver boven het groepsgemiddelde van 50%;
- een tamelijk zwakke seksuele motivatie.

Je ziet echter dat dit niet voor alle aspecten binnen de seksuele motivatie opgaat. Naast een in het oog springende zwakke orgasticiteit - haar hoofdklacht - en een aversie ten opzichte van seks in het algemeen zie je dat ze toch redelijk in staat is van de seksuele interactie te genieten.

Als je onze cliënte vergelijkt met vrouwen die op grond van klachten in de seksualiteitbeleving in therapie gaan zie je dat alleen haar geringe orgasticiteit (55e percentiel) vergelijkbaar is met de doorsnee-vrouw uit deze klinische (anorgastische) groep. Met betrekking tot andere aspecten van de seksuele motivatie steekt ze gunstig af ten opzichte van deze groep: steeds percentielscores lager dan het 50e percentiel.

#### De therapie

Na de kennismakingsbijeenkomst startte de kortdurende groepsterapie volgens de methode van Lonnie Barbach. Haar partner was hier niet rechtstreeks bij betrokken. In de sessies werd haar geleerd meer van haar lichaam te genieten en zich lekkerder in haar lijf te voelen. Daarnaast werd gewerkt aan een attitudeverandering t.o.v. masturbatie, orgasme-dwang en seksualiteit in het algemeen. Benadrukt werd hierbij dat ze moet leren plezier voor zichzelf toe te laten en niet uitsluitend gericht moet zijn op het plezier van de partner. Haar werd door rollenspel en huiswerkopdrachten geleerd voor haar eigen seksuele wensen op te komen. Het belang van het orgasme als alléénzaligmakend 'doel' van de seksuele interactie werd gerelativeerd ten gunste van een bredere attitude ten aanzien van seksualiteit in termen van het beleven van lustvolle lichamelijke intimiteit. Diagnostische gegevens uit de resultaten van de eerste meting op de SBS-schalen vormden voor de therapeuten mede een leidraad voor bepaalde therapeutische interventies en huiswerkopdrachten die speciaal op onze cliënte waren gericht.

#### Interpretatie komputerresultaten na de nameting

Vier weken na afloop van de therapie vulde onze cliënte opnieuw de SBS in. De scores op de items werden op het komputerformulier ingevuld en naar het NISSO gezonden. Hierop ontvingen de therapeuten naast informatie over de eerste meting nu ook de resultaten van de tweede meting zoals op de achterzijde van de folder is weergegeven. Hierdoor is het mogelijk in één oogopslag te zien in hoeverre de cliënte in de periode tussen de twee metingen

is veranderd. In de kolom onder 'SIG' is met behulp van een kode weergegeven hoe men verschillen tussen 2 metingen dient te interpreteren :

++ de score op de latere meting is significant lager dan de score op de voorafgaande meting. 'Lager' staat in het algemeen voor 'verbetering'.

+ de score op de latere meting is aanzienlijk, maar niet significant lager dan de score op de voorafgaande meting.

blank : aan de verschillen tussen beide scores mogen we geen betekenis toekennen.

- de score op de latere meting is aanzienlijk, maar niet significant, hoger dan de score op de voorafgaande meting. 'Hoger' staat in het algemeen voor 'achteruitgang'.

-- de score op de latere meting is significant hoger dan de score op de voorafgaande meting.

#### Onze cliënte na de therapie

Wat kom je, naar de resultaten kijkend, te weten. We onderscheiden de volgende vergelijkingsmomenten :

- waar staat onze cliënte nu (na afloop van de therapie) in vergelijking met de vrouwen uit de random groep (letten op de scores onder 2)
- waar staat onze cliënte nu in vergelijking met de vrouwen uit de klinische groep (letten op de scores onder 2)
- in hoeverre is ze veranderd in vergelijking met haar scores voor de therapie (letten op gegevens onder 'SIG').

ad a. In vergelijking met de vrouwen uit de random groep zie je nu met betrekking tot seksuele moraal en psychoseksuele stimulatie hetzelfde beeld als voor de therapie : een permissieve seksuele moraal en het zoeken en toelaten van psychoseksuele stimulatie.

Haar attractie tot het huwelijk is gemiddeld te noemen. Naast een permissieve houding ten opzichte van buitenechtelijke relaties vind je een redelijke huwelijkssatisfactie en onder voorbehoud (gezien de betrouwbaarheidsindicatie C) een redelijke evaluatie van de partner als sekspartner.

Haar seksuele motivatie is in het algemeen appetitief te noemen. Opvallend is hierbij een sterk in staat zijn om te genieten van de seksuele interactie naast een zeer zwakke orgasticiteit.

ad b. In vergelijking met de klinische groep zie je dat onze cliënte niet langer meer tot deze groep gerekend kan worden. Op één punt na echter : ze is even anorgastisch (45-50e percentiel) als de anorgastische klinische groep. Daarentegen is ze beslist minder geremd dan deze groep en in staat om meer plezier aan de seksuele interactie te beleven dan de vrouwen uit deze groep. Het belang van deze gegevens is dat de verandering in seksbeleving van onze cliënte na de therapie vergeleken kan worden met de seksbeleving van 90 vrouwen met soortgelijke klacht vóór de therapie. Onze cliënte wordt dus vergeleken met een "wachtlijstkontrolegroep". (Zo'n vergelijking is essentieel voor methodologisch korrekt therapie-evaluatieonderzoek).

Als je het scoreprofiel van onze cliënte na de therapie vergelijkt met het profiel vóór aanvang van de therapie zie je, gelet op de kodes in de 'SIG'-kolom, dat haar seksuele normen ongewijzigd zijn gebleven. Hetzelfde geldt voor de mate waarin zij seksuele stimulatie zoekt of toelaat. Gezien haar scores vóór de therapie mochten we ook nauwelijks verwachten dat hierin nog verandering zou optreden (plafond-effekt).

Duidelijke veranderingen zie je echter rondom haar seksuele motivatie, die in het algemeen is toegenomen. Zij is nu nog meer in staat van de seksuele interactie te genieten. Haar afkeer van seks is sterk verminderd. Als je naar de klinische groep kijkt zie je dat bovendien haar seksuele geremdheid sterk is afgenomen. Deze verbeteringen bleken echter nog onvoldoende voor haar om klaar te komen tijdens het vrijen.

Tenslotte suggereren de resultaten ook een verbetering in de relatie met de partner. Haar satisfactie met de huwelijksrelatie is wat toegenomen en ze heeft nu wat meer waardering voor haar partner als seksuele partner. Of we de therapie, gelet op de resultaten als geslaagd mogen beschouwen hangt af van de criteria voor succes die de therapeut en/of cliënt heeft. Indien de doelstelling van de therapie was de anorgasmie op te heffen moeten we zeggen dat deze gefaald heeft. Indien het er om ging dat ze leert weer te genieten van het vrijen met de partner ongeacht het klaarkomen, dan is de therapie in alle opzichten geslaagd.

Een follow-up meting - wederom met de SBS - een half jaar of langer na de therapie is evenwel noodzakelijk om na te gaan of er sprake is van terugval of verdere doorzetting van de verbeteringen.

Tot slot : bij de partners van de cliënten in de vrouwengroep werd vóór en na de therapie de SBS afgenomen. De vrouwen namen de vragenlijsten voor hun partners mee naar huis en instrueerden hun mannen de lijsten alléén in te vullen en op te sturen naar de therapeuten. De SBS-data van de man boden de therapeuten de gelegenheid additionele informatie te krijgen over de seksualiteitbeleving van de man in kwestie en - als je de gegevens van man en vrouw naast elkaar legt - over aspecten van de seksuele interactie. Deze informatie werd zowel in de therapie gebruikt als bij een tweetal gespreksavonden die de therapeuten belegden voor de partners van de vrouwen uit de vrouwengroep, teneinde de effecten te bespreken van de therapie op de partnerrelatie. Het is in het kader van dit artikel niet mogelijk in te gaan op de kompleksiteit van de seksuele en niet-seksuele interactie tussen onze cliënten en haar man vóór de therapie, tijdens de therapie en na de therapie.

Deze therapie-evaluatie is een van de ongeveer 150 seksuele therapieën die vanaf 1972 met behulp van de SBS zijn geëvalueerd (zie bv. Everaerd, 1977). Dank zij een subsidie is het thans voor de seksuologische hulpverlener (ook in België) mogelijk om kosteloos gebruik te maken van de SBS Computer Service. Men raadplege de Handleiding voor nadere instructies bij het gebruik maken van deze service.

#### Literatuuropgave

- BARBACH, L. G., "For Yourself" : the fulfillment of female sexuality, New York, 1975.
- BORDING, E. S., Research strategies in psychotherapy, New York, 1974.
- EVERAERD, W., Comparative studies of short-term treatment methods for sexual inadequacies. In : Gemme, R. en C. C. Wheeler (ed.), Progress in Sexuology, New York, 1977.
- FRENKEN, J., Afkeer van Seksualiteit; sociaal-seksologisch onderzoek onder 600 gehuwden, Deventer, 1976.
- FRENKEN, J. en P. VENNIX, Seksualiteitsbelevingsschalen (SBS); Handleiding en vragenlijsten voor de man en de vrouw, Amsterdam, Swets & Zeitlinger, 1978.
- MASTERS, W. H. en V. E. JOHNSONS, Human Sexual Inadequacy, London, 1978.
- SOUDIJN, K. A., Onderzoek naar therapieën, Tijdschrift voor psychotera-

pie, (1977), 3, nr. 1, blz. 8-31.

#### Over de auteurs

Dr. Jos Frenken studeerde sociale psychologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Vanaf 1967 werkt hij op het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (N. I. S. S. O.) te Zeist, Nederland. In 1976 promoveerde hij op het proefschrift 'Afkeer van seksualiteit'. Hij is thans bezig met onderzoek naar de effectiviteit van verschillende psychotераpeutische methoden voor de behandeling van seksuele disfuncties. Geeft seksuele therapie.

Dr. Paul Vennix studeerde klinische psychologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Na aan de Nijmeegse universiteit te hebben gewerkt is hij in 1978 medewerker geworden van het N. I. S. S. O. Hij voert samen met Frenken het landelijke onderzoek uit naar de effectiviteit van seksuele therapie en houdt zich daarnaast bezig met onderzoek naar seksualiteitbeleving en sekserolproblematiek.