

het meer op een obsessie gaat lijken, dan zou ik hem verwijzen naar een psychotherapeut (psycholoog of psychiater) voor een individuele therapie. Wil hij samen met zijn vrouw zijn probleem in verband met haar masturbatie bespreken dan zou ik zijn vrouw erbij betrekken. Dan zien of en hoe deze elementen voor haar een probleem zijn. Wat is haar visie? Heeft zij een vraag? Vindt zij het belangrijk genoeg om er iets aan te doen? M. a. w. in deze situatie zou een afzonderlijk gesprek met de vrouw eerst gewenst zijn. Vindt hij zijn seksleven onbevredigend dan zou ik er bij voorkeur zijn vrouw bij betrekken en op zoek gaan naar hun verlangens en wensen en samen met hen zoeken hoe deze verenigbaar zijn. Wellicht zou ik dan een eerste voorstel maken van een 5-tal gesprekken en nadien een evaluatie om te beslissen of zij wensen verder te gaan of niet. Deze gesprekken zou ik wel koppelen aan opdrachten van vrijen.

Uiteraard zijn dit maar enkele hypothetische voorstellen. De exploratie van de verschillende elementen kan ook nog andere problemen aan het licht brengen die de aard van de gesprekken zouden beïnvloeden. Wat betekent die uitgedoofde seks? Is er geen aantrekking meer? Is ze er ooit geweest? Wat heeft dat voor consequenties? Wat willen deze mensen nog met elkaar? Of wil hij alleen maar terug kunnen slapen?

P. S. Hoe de uiteindelijke behandeling er theoretisch zou kunnen uitzien vindt men beschreven in volgende bijdrage:

LUYENS, M., Een kliniek voor seksuele dysfuncties. Achtergronden en werking.

In: Nieuwe vormen van seksuele therapie. (Leuvense Cahiers voor Seksuologie, nr. 3) Kapellen, De Nederlandse Boekhandel, 1978, pp. 46-54.

Rita STEENS

Systeem- en kommunikatietheoretische benadering van voorgestelde kasus (a)\*

1. Eerste indrukken

Als er iemand me persoonlijk komt spreken, luister en kijk ik altijd naar de manier waarop iemand over zijn moeilijkheden spreekt: houding, stemtoon, blik, tonus. Deze informatie heb ik hier niet. Ik heb alleen de woorden die deze man gebruikt om zijn probleem te brengen. De eerste vraag die ik me nu stel is: "Waar heeft deze man gehoord of geleerd zijn moeilijkheden op deze manier te verwoorden, te vertalen, te bekijken?" Kortom, ik vraag me af hoe hij aan deze perceptie van zijn moeilijkheden komt. En ik veronderstel dat reeds vooraf het probleem op de voorgestelde manier is 'geëti-keerd'.

Bovendien mis ik bij het lezen van de kasus ook nog de belevingsdimensie, de pijn, verdriet, angst, boosheid, irritatie, machteloosheid enz. en wat deze pijnlijke geschiedenis voor deze man betekent. De betekenis zal ik verder moeten invullen. Wat ik vooral aangeboden krijg zijn symptomen (o. a. slapeloosheid en seksuele onbevrediging) en gevoelens van schuld (o. a. over ontrouwgedachten).

Verder onderstel ik dat deze man gespannen is, angstig ook en derhalve ook niet veel kan voelen, zeker niet genuanceerd kan voelen (b)\*. Bovendien vermoed ik dat deze man erg kritiek-gevoelig is en besef ik dat ik in mijn gedrag en mijn verbale tussenkomsten zeer bedacht zal proberen te zijn op mogelijke kritiek van mijnentwege.

2.1. Eerste hypothese

Deze man ervaart seksuele moeilijkheden en verwoordt via somatische klachten (zoals slapeloosheid, hartkloppingen en oververmoeidheid), dat dit hem bezighoudt. Hij kan er blijkbaar niet rechtstreeks over praten. Hetzelfde lees

\* Literatuurverwijzingen en voetnoten zijn op het einde van het artikel samengebracht.



ik voor mevrouw die 's nachts in haar slaap en 'onbewust' masturbeert : we menen te horen dat mevrouw over haar seksuele wensen en belevingen niet rechtstreeks durft te spreken met haar man. Het feit dat de man naar aanleiding hiervan ontrouw-gedachten heeft over zijn vrouw staft mijn hypothese. Seksualiteit moet voor hen inderdaad zeer belangrijk zijn. En toch vraagt deze man, hierin gesteund door zijn vrouw, deze belangrijke zaken via medische weg onbelangrijk te maken.

Ik ben dus geneigd te denken dat dit echtpaar geen wegen heeft gevonden om iets belangrijk bespreekbaar te maken. Mijnheer heeft bv. tien dagen nodig om zijn vrouw mee te delen wat er scheelt, en dan nog op haar aandringen (zij had wat gemerkt). Toch zie ik dat deze man naar mij toe zaken durft benoemen (hij gebruikt de woorden masturbatie, bij coïtus zijn vrouw niet bevredigen) die doorgaans in de bevolking moeilijk benoembaar zijn. Kliënt kan dus op zekere momenten de zaken benoemen die op andere ogenblikken ononderkend moeten blijven. Hierop zal mijn eerste interventie steunen.

## 2.2. Interventiemogelijkheid

"Ik vind u erg moedig dat u het onderwerp van de seksualiteit met een vreemde durft aansnijden". De bedoeling is dat ik deze man wil laten zien dat ik onderken wat het binnen dit paar moeilijk maakt om over seks te praten, want er kan alleen bij hen over seks gepraat worden onder de vorm van 'niemand zit er voor iets tussen' (1<sup>o</sup> axioma kommunikatietheorie) : m. a. w. wanneer er op seksueel gebied iets niet goed loopt, dan is het totaal onbespreekbaar. Ik heb derhalve respect voor het feit dat hij het met mij bespreekt en wil hem dat ook om bovenvermelde redenen te kennen geven.

## 3.1. Tweede hypothese

Ik lees dat de vrouw de man aanzet om ook naar een seksuoloog te gaan : zij is (denk ik) ook begaan met hun probleem. Als de man nu aan de seksuoloog vraagt hem te helpen alles uit zijn hoofd te zetten, negeert of diskwalificeert hij zijn vrouw en wat er relationeel gebeurt, nl. hij ziet niet hoe dit probleem ook door zijn vrouw au sérieux wordt genomen (al was het maar onder de vorm dat hij het zich niet meer zou aantrekken). Ik weet uit ervaring dat ik - indien ik deze diskwalifikatie probeer te doorbreken - de kans vergroot dat de man zijn vraag "het uit zijn hoofd te zetten" blijft doorzetten, de zgn. "weerstand". Als ik bv. zou zeggen dat ik door zijn verhaal merk dat seks

voor hun beiden een belangrijk probleem is, loop ik het risico dat hij mij hoe langer hoe heviger zal trachten te overtuigen van het tegendeel. Immers voor hem zijn er belangrijke "somatische aandoeningen".

## 3.2. Interventie

Daarom zou ik een ander soort interventie uitproberen. Ik zou het erop wagen kliënt te feliciteren met de moed die hij opbrengt zo weinig belang te willen hechten aan seks, daar waar andere paren er juist zoveel belang aan hechten. Dit getuigt van een sterke persoonlijkheid en van grootmoedigheid om zijn vrouw ook te gunnen wat ze doet.

## 3.3. Opletten geblazen

Met deze twee positieve herbenoeringen of perceptiewijzigingen (2.2. en 3.2.) zou ik zeer omzichtig omspringen en haarscherp letten op het effect bij de man : ik vrees nl. dat binnen de relatiekontekst van diskwalifikatie (uit mijn hoofd zetten, het overkomt me 's nachts) man en vrouw zich door elkaar zo weinig gezien weten en voelen, dat ook de herbenoeringen kans lopen op zgn. "weerstand" of gevecht om de eigen perceptie of waarheid.

## 4.1. Hypothese rond "kritiek" in de relatie

Ik veronderstel blind dat binnen dit paar geen duidelijke kritiek mogelijk is. De man maakt zich niet boos tijdens zijn verhaal. De vrouw masturbeert 's nachts om te signaleren dat er met hun seksleven wat misloopt. Hij moet tandpijn hebben en zij beleeft allerlei in haar slaap... Dit zegt mij iets over wat binnen dit paar al dan niet bespreekbaar is. Ik vrees dat bespreken voor hen de betekenis heeft van kritiek krijgen, fout zijn. (Toch levert het paar zware kritiek op elkaar, maar onder een vorm die niet als zodanig door hen onderkend wordt).

In plaats van te kijken naar wat dit alles als signaal betekent binnen de eigen relatie, wordt het vertaald (en ik citeer uit de kusus) : "er zal wel een ander in het spel zijn". Ook al heeft de man haar niets te verwijten, ontrouwgedachten over zijn vrouw duiken "zonder reden" op. Dit noem ik zware kritiek nl. gedachten over de partner waarover ik geen verantwoordelijkheid neem en die niets met de relatie te maken hebben. Vernietigend voor een relatie is wel : ik vrees ontrouw, maar laat ik er maar niet aan denken. De diskwalifikaties of negaties liggen ook op dit niveau. En zeker



niet alleen van de man uit. De nachtelijke masturbatie van de vrouw kan ook betekenen : "ik verlang meer en bevredigender seks met jou, maar ik kan er niet over praten en ik kan er ook niets aan doen".

#### 4.2. Spoor

Waar deze kommunikatiefenomenen zich binnen een paar installeren denk ik er geenszins aan mij bij verdere interventies op het domein van de seksualiteit te wagen en dit omdat seks het terrein is, waar negaties zo moeilijk kunnen doorbroken worden (c, d, e). Ik zal het dus niet meer met hem over hun seksuele leven en beleven hebben. Ik zal het wel hebben over hun onmacht hierover te praten. Ook deze onmacht zal ik niet als een tekort van henzelf benoemen. Deed ik dit wel, dan bezorgde ik hem een nieuw schuldgevoel (cfr. f).

#### 5.1. Vierde hypothese en focus

Na vorige analyse denk ik dat ik deze cliënt vrij snel in zijn verhaal zou onderbreken. Ik wil daarmee voorkomen dat hij deze voor hem pijnlijke geschiedenis verder uitdiept : het gevoel van minderwaarde en schuld kan ik inleven zonder dat dit in 't lang en breed wordt verwoord. Ik zal mijn inleven uitdrukken en mijn perceptie geven : "Wat mij opvalt en treft, is dat u over seks en seksuele moeilijkheden kan praten. Waar heeft u dat geleerd ? Ik veronderstel dat u dit niet heeft geleerd in uw gezin van herkomst, noch op school. . .".

Met deze interventie en met mijn empathie hoop ik een poort geopend te hebben om onmachtsgedoevens naar voor te laten komen. Als deze man mij kan te kennen geven dat hij moeite heeft om over deze zaken te praten en dat dit niet uitsluitend aan hem ligt (maar bv. aan zijn opvoeding) kan hij een stuk vrijkomen van zijn schuldgevoelens. Ik hoop dan dat hij zich wat sterker gaat voelen (egosterkte) en zijn gevoel van minderwaarde en mislukking plaats maakt voor opluchting : "ondanks alles kan ik toch wel wat" (zie ook 2.2. en 3.2.).

Ik wil zijn pijnlijke beleving situeren in een bredere kontekst : seks is heel belangrijk, maar niemand mag dit als belangrijk onderkennen. De kans vergroot dat zijn geschiedenis bespreekbaar wordt : het niet mogen zien dat lichaamstaal belangrijk is, kan hij dan stilaan onderkennen als iets van zijn

geschiedenis. Zo kan hij zien dat dit voor hem, voor zijn vrouw, voor hun beiden wel belangrijk is, maar dat zijn geschiedenis hem niet toelaat dit belangrijk te vinden. Ik wil aldus vermijden dat de cliënt bij mij een nieuw probleem krijgt nl. "ik moet in staat zijn om over deze problemen te praten".

#### 5.2. Antwoord op de gestelde vragen

##### 5.2.1. Zou ik de vrouw mee vragen ?

Aangezien ik veronderstel dat man noch vrouw over de taal beschikken om te bespreken wat hen bezighoudt, zou ik de situatie maar moeilijker maken wanneer ik nu reeds de vrouw in de gesprekken betrek. Ik zou wel in het eerste gesprek werken met de man rond het bespreekbaar maken met zijn vrouw van wat er tussen hen speelt; dit in de hoop, dat de vrouw, die dezelfde moeilijkheden ondervindt als haar man, mee kan evolueren.

Als men de kasus leest, is het net of het is de man die nog veel moet leren, aangezien mevrouw hem naar een seksuoloog zendt. Onze hypothese ligt anders : dat deze man niet kan praten over seks, heeft te maken met hun omgangsvormen, die maken dat er over dergelijke belangrijke zaken niet kan gesproken worden. Ik meen dat de vrouw dit haarscherp aanvoelt en er ook niet over praat. Zij van haar kant geeft uiting aan haar seksuele wensen op een manier waar ze geen verantwoordelijkheid kan over nemen (het gebeurt immers tijdens haar slaap). Zij geeft dus aan dat ze loyaal is naar haar man toe : ze signaleert de dingen op een manier die tussen hen mogelijk is, nl. de zaken aan de orde stellen zonder ze rechtstreeks aan de orde te stellen.

Deze ingewikkelde kommunikatiepatronen hebben zij niet uitgevonden, het zijn omgangsvormen die ze m. i. al lang kennen, zowel tussen hen beiden als vroeger (thuis, op school). Indien ik als psychotherapeut direkt op de seksuele vragen inga, ben ik deloyaal met de omgangsvormen die ze geleerd hebben en ik zal waarschijnlijk bekomen wat de man op het einde van de kasus zegt : "ik zal het maar laten zitten". Dit laatste betekent dat de man kiest loyaal te zijn met de omgangsvormen die ze zo goed kennen. Indien de seksuoloog "direkt" op de seksualiteit ingaat, is hij derhalve deloyaal en uit ervaring weet ik dat hij zijn cliënt "verliest".



#### 5.2.2. Zou ik verder afspraken maken ?

Dit weet ik niet, gezien het einde van de kasus. Indien de man blijft zeggen: ik laat het erbij zitten, zou ik met de lezing van deze man, wiens waarheid waarschijnlijk al zo vaak is betwijfeld geweest, zeker meegaan. Ik zit wel met de moeilijkheid dat gezien mijn interventies, ik mij niet kan voorstellen dat deze man uit deze gesprekken zal komen met nog een versterking van zijn kijk op zijn problemen. Indien dit toch het geval is zou ik een zware fout begaan hebben in mijn intake-gesprek. De fouten zouden dan (technisch gesproken) fouten tegen het 1° axioma zijn: ik zou dan de moeilijkheid van de situatie voor deze man hebben onderschat. Dit zijn ernstige empathiefouten niet alleen naar de persoon toe, maar ook naar de omgangsvormen, waarin deze man gevangen zit en die zou ik trachten op te nemen via de vroeger aangegeven interventies (2.2. en 3.2.).

#### 5.2.3. Welke veranderingen verwacht ik ?

Als ik erin slaag dat deze man met een positievere kijk op zichzelf terug huiswaarts keert, zal hij gedeeltelijk ontlast zijn van schuldgevoelens wat zijn vrouw wel zal aanvoelen. Als zij ziet dat hij het beter maakt, is er kans dat zij zich ook opgelucht voelt, en de kans neemt toe dat ze het even goed met elkaar hebben.

#### 5.2.4. Zou ik met opdrachten werken ?

Ik denk het wel, maar zonder strikt behandelingskontraat. Ik zou deze man zeggen dat - indien hij het nodig vindt - hij mij kan opbellen. Verdere afspraken zou ik niet maken. Waarom? Mijn hypothese is dat in dit kader van menselijke omgang, in de <sup>e</sup>contact van hoe deze mensen naar de samenleving kijken, je al zwaar ziek of gek moet zijn als je regelmatig met derden gaat praten. Ik meen dat een voorstel van wekelijkse gesprekken door de vrouw zou bevochten worden, niet omdat ze dat persoonlijk wil, maar omdat dit zou betekenen dat je er erg aan toe bent. Ik wens hun nl. geen zware problemen te geven. Wel wil ik het hebben over concrete feiten of gebeurtenissen, waarvan ik meen dat ze kaderen in hun manier van leven, binnen hun omgangsvormen.

- Voorschrijven van symptoom (zoals bv. meer masturberen, minder slapen) zal hier zeker niet lukken, aangezien dit onderstelt dat beiden verant-

woordelijkheid opnemen voor hun beïnvloeding, wat in strijd is met onze vorige analyse.

- Hun geschiedenis zou ik oppakken via de man; hen vragen samen te praten over vroeger thuis, over de school, met de bedoeling hen te laten uitwisselen hoe weinig ze geleerd hebben om over seks te praten. Strategie: terwijl ze de verantwoordelijkheid over het niet kunnen kommuniseren op anderen kunnen schuiven, zijn ze bezig om over seks te praten. Het meegaan met deze waarheid (of interpunctiefout) haalt deze mensen uit hun fout (nl. inzet en verantwoordelijkheid).

- Een andere opdracht zou kunnen zijn de man aan zijn vrouw te doen vragen of zij ook de indruk heeft dat hij over meer mogelijkheden beschikt dan deze die hij toont (niet op seksueel vlak).

Analyse: 's nachts masturberen kan betekenen: "ik wil meer met jou genieten, ik weet niet hoe het tussen ons moet, ik kan het niet bespreken". Ik zou de man dus zeggen dat ik het "gekke" idee heb dat zijn vrouw meent dat hij wel meer kan dan dat hij durft inzetten. Dit zeker niet op het vlak van de inhoudelijke problemen die aan de orde gesteld worden, maar andere domeinen waar ze samen zijn (bv. op bezoek gaan, helpen in het huishouden, enz.). Deze opdracht kadert in onze vroegere analyse: de man heeft een laag zelfwaardegevoel hij beschikt over meer inviduatiemogelijkheden dan de omgangsvormen hem toelaten. Dit is de essentie van het gestelde probleem: de existentie van de man.

Waarom ik niet op seks inga is omdat ik niet zomaar kan ingaan tegen omgangsvormen. Immers, alleen wie het seksueel goed heeft met elkaar, kan over seks praten. Wie seksuele moeilijkheden heeft, beschikt niet over een taal die ontsnapt aan het aanduiden van een zieke of schuldige, frigiede of impotente... Het cirkulaire denken rond seksualiteit is in de bevolking zo ongewoon, dat ik een grove fout zou maken, van deze man te verwachten dat hij dit wel kan. Dan geef ik zijn zelfwaardegevoel, dat al op een laag pitje staat, nog een deuk bij.

#### 5.2.5. Waarvoor zou ik op mijn hoede zijn ?

In mijn tekst wees ik op het belang van de effecten van elke interventie. Ik zou bovendien vermijden het aandeel van de man te benoemen, aangezien dit in zijn beleving negatief is: als ik er iets mee te maken heb is dit mijn



schuld.

## 6. Konklusie

Uit mijn analyse van deze kasus blijkt dat de meest strategische psychotherapie voor seksuele moeilijkheden de niet-direktieve (i. p. v. direktieve) therapie is, d. w. z. niet direkt op de seksuele problemen ingaan.

## Literatuur

(a) De theoretische achtergronden van de systemenbenadering en communicatietheorieën worden hier toegepast en geïllustreerd zoals uitgewerkt door Annie Mattheeuws, opleider systemtherapie. Zie o. a.

MATTHEEUWS, A., Systeembenadering en communicatietheorieën.

In : Leren en leven met groepen, Alphen a/d Rijn, Samson, 1977, 4110-33.

MATTHEEUWS, A., Basisconcepten uit de communicatietheorieën en de algemene systemtheorie. Toepassing in echtpaartherapie.

In : Benadering van gezinsproblemen. Kapellen, De Nederlandse Boekhandel, 1977, pp. 77-112.

(b) In mijn hypothesenvorming gaan gevoelens van spanning en angst niet samen met gevoelens van verdriet of pijn of boosheid. Spanning en angst hebben een signaalwaarde voor iets dat in de communicatie fout loopt.

(c) STEENS, R., Een echtpaartherapie. Tijdschrift voor Psychotherapie, 1978, 4, 141-150.

(d) STEENS, R., VAN USSEL, M., "Seksuele stoornissen" kommunikatietheoretisch benaderd en geïllustreerd. Huisarts Nu, 1977, n° 3 en 4.

(e) STEENS, R., Seksualiteit en seksuele moeilijkheden, kommunikatiethereoretisch benaderd. Een didaktische groepstraining voor hulpverleners. In : Leren en leven met groepen, Alphen a/d Rijn, Samson, 1977, pp. 4151-21.

(f) MATTHEEUWS, A., Over gevoelens van verlegenheid, minderwaardigheid, schuld en over angst. Samenspraak, 1976, n° 29 (sept.), 4-9.

Onno VAN DER HART

## Voor seksuele moeilijkheden naar een sociaal-psychiatrische dienst

"Een man van 28 jaar raadpleegt een seksuoloog op aanraden van zijn vrouw". Bij mij hoort hij niet, want ik ben een directieve therapeut verbonden aan een sociaal-psychiatrische dienst (s. p. d.). Was dat wel het geval, dan zou de huisarts hem wegens zijn psycho-somatische klachten en overwerkt-zijn naar de dienst verwezen hebben. Laat ik hier maar van uitgaan, want anders zou mijn verhaal nu beëindigd zijn.

## De aanmelding

Klaas meldt zich telefonisch aan bij de s. p. d. en vertelt ruwweg hetzelfde verhaal dat hij bij de huisarts opgehangen heeft. Het behandelingsteam neemt de aanmelding aan - niet zonder aarzeling, want de klachten lijken niet al te ernstig. Bij toeval word ik degene die hem zal uitnodigen voor een eerste gesprek. Ik bel hem op, maar krijg zijn vrouw, Marie, aan de telefoon. Haar stel ik een afspraak voor. Ik vraag of ze kinderen hebben - laten we aannemen dat dit niet het geval is. Dan nodig ik man en vrouw uit voor dat eerste gesprek. Wordt daar aarzelend of afwerend op gereageerd, dan doe ik veel moeite om Marie - en indirect Klaas - te motiveren tot een gezamenlijk gesprek; ik ben ook geïnteresseerd in haar visie op de problemen; het gaat om een kennismaking, we kunnen daarna altijd nog zien met wie en hoe we verder gaan. Zou Klaas toch alleen komen, dan zou mijn persoonlijke neiging zijn het gesprek niet te laten doorgaan. Maar dat is niet de regel in een s. p. d., waar we ervan uitgaan dat de "drempel zo laag mogelijk moet zijn voor de aspirant-kliënt".

## Het eerste gesprek

Ik ontvang hem wel, maar laat tevens merken dat ik het betreurt dat zijn vrouw er niet is. Ik informeer uiteraard naar de "reden". Ik stel voor dat we dit gesprek kort houden, zodat we de volgende keer met z'n drieën uitgebreider kunnen praten. Laten we aannemen dat Klaas in dit eerste gesprek het probleem van de seksualiteit zoals in de kasuïstiek vermeld - op tafel legt. Ik onderstreep dan dat bij dergelijke klachten de aanwezigheid van de