

**Drs. Woet L. GIANOTTEN**

Heemskerkstraat 4, NL-1212 CD Hilversum

## Groepstherapie voor mannen met seksuele dysfuncties

### Inleiding

Van Emde Boas komt de eer toe als eerste te hebben gepubliceerd over groepstherapie bij seksuele dysfuncties. In 1950 schreef hij over de behandeling van een groep van anorgastische vrouwen met hun partner. Daarna duurde het eigenlijk tot de zeventiger jaren.

In 1974 schrijft Barbach over haar groepstherapie voor preorgastische vrouwen. Vanaf 1976 vindt ook in Nederland deze behandeling plaats bij Van der Does en Van de Pool (1978), bij de Rutgersstichting en bij MR 70. In 1975 komen de eerste berichten over groepstherapie bij mannen. Zilbergeld (evenals Barbach uit Californië) is de promotor.

In 1978 gaat Everaerd op het IKPP te Utrecht van start met mannen-groepen en de Rutgersstichting volgt.

Deze bijdrage zal achtereenvolgens handelen over:

1. Waarom groepstherapie bij seksuele dysfuncties?
2. Hoe ziet groepstherapie er uit bij vrouwen?
3. Hoe ziet groepstherapie er uit bij mannen?
4. Overpeinzingen nav. deze vorm van groepstherapie.

### Waarom groepstherapie bij seksuele dysfuncties?

Masters en Johnson (1970) behandelen slechts paren. Ook bij hun behandeling van homoseksuele dysfunctie en dissatisfactie (1980) wordt een cliënt alléén niet geaksepteerd. Als geen vaste partner voorhanden is wordt desnoods een surrogaatpartner ingeschakeld.

Zowel bij cliënten als bij therapeuten stuit dit principe om alleen paren te behandelen op moeilijkheden. Een aantal cliënten zou dan, wegens gebrek aan een partner, niet kunnen worden behandeld. Daarnaast kunnen er andere redenen zijn om ondanks de aanwezigheid van een partner toch de cliënt alleen te behandelen.

Redenen aan de kant van de partner: de partner kan weigeren omdat hij/zij de relatie niet meer de moeite waard vindt; omdat hij/zij bang is als patiënt gelabeld te worden; omdat hij/zij slechte ervaringen heeft vanuit een vorige therapie; of uit schaamte.

Redenen aan de kant van de cliënt: een enkele keer wil de cliënt alleen komen, uit trots ('ik wil het zelf klaren') of uit angst dat samen-in-therapie verplichtingen zal geven tov. de (meestal nieuwe) partner.

Het is uiteraard niet zo dat we altijd met deze bezwaren mee moeten gaan, maar in deze situaties kan er voorkeur zijn voor behandeling zonder partner. Dat kan dan individueel of in een groep gebeuren.

#### *Wat zijn de voor- en nadelen van groepsbehandeling?*

Economisch gezien zijn er duidelijke argumenten vóór (Golden ea., 1978). Sekstherapie bestaat voor een deel uit voorlichting, dus het verschaffen van informatie. Het is efficiënter die informatie aan 5-8 mensen tegelijk te verschaffen dan iedere keer te moeten herhalen.

Daarnaast lijkt het zo, dat gestoorde kommunikatie over seks sneller verandert in een groep dan in een individuele setting.

Aan de andere kant zijn er de praktische bezwaren van de therapeut. Het kost veel moeite om een groep cliënten regelmatig bij elkaar te krijgen.

Voor de cliënt kunnen de voordelen groot zijn. Hij hoort anderen die een gelijksoortig probleem hebben. Hij ziet hoe hij en de anderen vastgelopen zijn in dezelfde taboes en verwachtingspatronen, en ook hoe de ander zit met dezelfde faalangst. Hij zal zich dan minder abnormaal voelen. Dat werkt geruststellend en het bevordert de groepscohesie. Hij kan zich identificeren met groepsleden die problemen hebben opgelost die vergelijkbaar zijn met de zijne en dat geeft hoop. Als de cliënt ten tijde van de therapie ziet hoe een ander met een moeilijke huiswerkopdracht omgaat, kan hem dat veel steun geven. Daarbij blijkt dat de toestemming van de groepsleden vaak een goede stimulans is om een taboe te doorbreken.

In een groep kan men leren communiceren en onderhandelen over seks en over de eigen condities om plezieriger seks te beleven.

Er zijn natuurlijk ook nadelen verbonden aan groepstherapie. Voor sommigen zal een groep te beangstigend zijn. Bij het afwerken van een gedragstherapeutisch programma kan het verschil in tempo van de cliënten en ook het verschil in toegepaste technieken een duidelijk nadeel zijn bij groepsbehandeling. Daarnaast is het natuurlijk zo dat de cliënt relatief het meeste baat zal hebben bij die vorm van therapie waar de therapeut zich het beste bij thuis voelt.

#### **Hoe ziet de groepstherapie bij vrouwen er uit?**

Lonnie Barbach (1974) ontwikkelde een groepstherapie programma voor vrouwen met anorgasmie. Deze vrouwen hadden overigens meestal wel een partner. Zij noemde dit 'preorgastische groepsbehandeling'.

De vrouwelijke therapeuten in Nederland (oa. Van der Does en Van de Pool, 1978) gebruikten oorspronkelijk ook die naam, maar zij kregen steeds meer moeite met de orgasmegerichtheid die daaruit spreekt. Men probeert veeleer de vrouw te helpen vorm te geven aan haar eigen specifieke seksuele behoefte en beleving, ook als dat inhoudt dat ze geen orgasme zal bereiken.

Daarnaast kwamen er ook groepen voor vrouwen die graag zin wilden hebben in vrijen, en groepen met gemengde problemen met daarin bijv. ook vaginistische vrouwen.

Het programma van deze groepen bevat meestal 3 basiselementen:

1. Attitudeverandering.  
Hier worden hinderlijke seksuele mythes geattakeerd (bijv. seks is vies, seks moet samen).
2. Assertiviteitstraining.  
Dit houdt bijv. in: nee zeggen tegen de partner als de vrouw geen zin heeft in vrijen, maar ook tijd leren nemen voor jezelf. Hierin past ook het herwaarderen van de eigen lichamelijkeheid. Veel vrouwen met seksuele problemen kampen met negatieve ideeën en handelingen mbt. hun lichaam.
3. Masturbatietraining.  
Veel vrouwen hebben deze oefenfase vroeger overgeslagen.

In het recente verleden waren veel relatietherapeuten bang dat een behandeling zonder partner er toe zou leiden dat de vrouw haar man niet meer nodig zou hebben, dat ze meer zou neigen tot masturbatie ipv. tot coitus. Die angst is ongegrond gebleken.

Tegen de tijd dat men het nieuw verworven gedrag kan overbrengen op de partner halen sommigen een mannelijke therapeut in de groep. Anderen hebben een zitting met de mannen erbij. Bij de Rutgersstichting kennen wij de parallelgroepen. De partners komen 1 of 2 keer bij elkaar met een mannelijke therapeut. Hier worden de vele vragen beantwoord en hier wordt gepraat over het effect van de therapie op de man en over zijn aandeel in de verandering.

### **Hoe ziet groepstherapie bij mannen er uit?**

Bernie Zilbergeld (1975) ontwikkelde een groepstherapieprogramma voor mannen met erectie- en ejakulatieproblemen met daarin ongeveer dezelfde elementen als bij vrouwengroepen.

1. Attitudeverandering.  
Zilbergeld noemt 10 mythes waar veel mannen in vast lijken te lopen, (bijv. bij seks gaat het om de prestatie; zonder erectie is er geen seks mogelijk; elk lichamenlijk contact moet tot seks leiden en seks is geen seks zonder coitus).
2. Assertiviteitstraining.  
Vrouwen voelen zich vaak onprettig omdat ze geen nee kunnen zeggen tegen hun partner. Mannen daarentegen voelen zich vaak onprettig omdat ze geen nee kunnen zeggen tegen de vermeende verplichtingen van zichzelf, ook als de ander het niet vraagt of zelfs niet wenst. Men moet leren of er voldaan is aan de eigen condities voor plezierige seks.

Everaerd (1980) ontwikkelde een programma met 3 fasen.

Eerst een aangepaste versie van de Rationeel Emotieve Therapie, dan Sensate Focus en masturbatietraining, en tenslotte training in sociale vaardigheden rond de seksualiteit. Dit laatste gaat bijv. in de vorm van rollenspelen rond contact leggen met een partner.

De Rationeel Emotieve Therapie (RET) heeft een belangrijke plaats gekregen. Deze vorm van cognitieve therapie, oorspronkelijk ontwikkeld door Ellis (1974), wordt gebruikt voor de volgende doeleinden:

- Om cliënten duidelijk te maken dat zij zelf de kondities voor opwinding kunnen realiseren.
- Om de specifieke maskuliere weerstand tegen sekstherapie te overwinnen.
- Om op cognitief nivo faalangst, toeschouwersrol en een negatief zelfbeeld tgv. de seksuele dysfunctie te attackeren.
- Om de cliënt, indien nodig, te helpen zijn lichamelijke sensaties te interpreteren.

Bij Sensate Focus oefeningen blijken mannen vaak moeite te hebben om strelingen te ondergaan. Zij gaan dan zelf maar aan de slag met hun partner. Met dit 'approach-gedrag' houdt men dan emotionele controle over lichamelijke gevoelens. Terwijl de lichamelijke gevoelens als onprettig worden ervaren, zijn het juist die sensaties die een belangrijke konditie vormen voor seksuele opwinding. Dezelfde weerstand treedt ook op als de man Sensate Focus oefeningen bij zichzelf doet. Met de RET wordt deze weerstand direkt aangepakt.

Bij Everaerd (1980) werden de groepen geleid door speciaal daartoe getrainde psychologiestudenten met gevolg dat dan zeer duidelijk aan een vast therapieplan wordt vastgehouden. Dat is noodzakelijk in hun researchopzet en het voorkomt onzekerheid bij de therapeuten. Juist het niet bewandelen van zijwegen (waartoe veel therapeuten verleid worden) lijkt produktief en economisch.

De resultaten waren als volgt:

- 21 cliënten met erectie- of ejakulatieproblemen volgden in vijf groepen het programma van 15-20 zittingen;
- bij tien cliënten verdween de dysfunctie volledig;
- acht cliënten rapporteerden aanzienlijke vooruitgang en bij drie bleek de dysfunctie onveranderd;
- bij de groep als geheel bleek er een significante verbetering op de drie Seksuele Belevingsschalen (SBS: Frenken, 1978).

Er zijn diverse variaties, maar eigenlijk bestaat bij de meeste groepstherapieën voor mannen met seksuele dysfuncties het programma uit deze drie onderdelen: masturbatietraining, training in sociale vaardigheden en een of andere vorm van cognitieve herstructurering.

De duur varieert van 7 tot 20 zittingen. De meeste groepen worden geleid door twee mannelijke therapeuten. Soms helpen vrouwelijke therapeuten bij de rollenspelen. Wijzelf kennen bij de Rutgersstichting een simultaansessie voor de vrouwelijke partners.

Naast de huiswerkopdrachten wordt erg veel gewerkt met dagboekformulieren met steeds de vragen:

1. Wat heb je aan deze zitting gehad?
2. Wat ga je ermee doen?
3. (vooraf aan de zitting) Wat heb je ermee gedaan?

### **Overpeinzingen nav. deze vorm van groepstherapie**

Samenvattend is de therapie die ik bedoeld heb een kortdurende, sterk gestructureerde groepsbehandeling voor mannen met een seksuele dysfunctie. Ik wil proberen enige kanttekeningen te maken nav. de ervaringen die wij bij de Rutgersstichting hebben met deze vorm van therapie.

Het bleek moeilijk om vast te houden aan de therapiestructuur. Eén verklaring hiervoor is dat wij als eklektische therapeuten kennelijk te gemakkelijk verleid worden om zijwegen in te slaan als we mogelijke oorzaken of verbanden herkennen. Waarschijnlijk schieten we dan in een aantal gevallen het gestelde doel voorbij: het lukt dan niet om binnen deze therapie de dysfunctie op te heffen. Dit hoeft niet in te houden dat er voor de cliënt geen winst is geboekt in de vorm van attitudeverandering tov. zijn probleem. Ons excuus was in zulke gevallen: 'het probleem bleek te verschuiven van een dysfunctie naar een motivatieprobleem'.

Dit brengt mij bij een belangrijke vraag: Hoe ontdekken we het verschil tussen een seksuele dysfunctie en een motivatieprobleem? Of in termen van Helen Kaplan (1979): het verschil tussen een probleem in de tweede/derde fase (opwinding/orgasme) en een probleem in de eerste fase (motivatie). Wordt dit niet méér bepaald door de aanpak van de therapeut dan door wat de cliënt in zich heeft?

Het lijkt duidelijk dat een therapeut door zijn neiging verbanden en oorzaken te zoeken ook een simpele dysfunctie kan herwaarderen als een motivatieprobleem. Je zou kunnen stellen dat de cliënt dan die kortdurende sekstherapie wordt onthouden die zijn probleem had kunnen verhelpen. Aan de andere kant zijn er natuurlijk die cliënten die met een echt seksueel motivatieprobleem te kampen hebben. Bij hen zal een zeer gestructureerde sekstherapie waarschijnlijk geen duidelijke verbetering geven.

Bij de Rutgersstichting zitten wij momenteel middenin deze discussie. Het is daarbij duidelijk dat we op dit moment niet genoeg criteria hebben om vanuit de intake te kunnen zeggen of de cliënt in wezen zit met een seksueel dysfunctieprobleem of met een motivatieprobleem. Waarschijnlijk ligt daarin ook de oorzaak van het feit dat een deel van onze therapieën min of meer faalt.

Als het wel duidelijk is waar het probleem ligt, lijkt de volgende konklusie gewettigd: voor cliënten met een duidelijke seksuele dysfunctie betekent de boven beschreven gestructureerde groepstherapie een goede aanvulling voor ons therapeutisch arsenaal. Voor cliënten met een 'desire-fase probleem' (Kaplan, 1979) zou een ongestructureerde groep het aangewezen model kunnen zijn.

## Literatuur

- BARBACH, L. (1975), 'For yourself, the fulfillment of female sexuality'. Garden City, New York: Doubleday (Vertaald: 'De totale vrouw'. Triton Pers).
- BARBACH, L. (1974), 'Group treatment of preorgasmic women'. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1, 139-145.
- VAN DER DOES, M.; VAN DE POOL, M. (1978), 'Vrouwen leren vrijen met zichzelf'. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 6., 265-272.
- ELLIS, A. (1974), 'Humanistic psychotherapy', New York: McGraw-Hill. (Vertaald: 'Humanistische psychotherapie. De rationeel-emotieve benadering'. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1979.)
- VAN EMDE BOAS, C. (1950), 'Group therapy of anorgastic women'. *Sexuology*, 4: 1-6.
- EVERAERD, W. ea., 'Treatment of sexual dysfunction in male-only groups'. (wordt gepubliceerd)
- FRENKEN, J.; VENNIX, P. (1978), 'Handleiding bij de SBS'. Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
- GOLDEN, J. ea. (1978), 'Group vs. couple treatment of sexual dysfunctions'. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 593-602.
- KAPLAN, H.S. (1979), 'Disorders of sexual desire'. New York: Brunner/Mazel.
- MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. (1970), 'Human sexual inadequacy'. Boston: Little, Brown & Co (Vertaald: 'Sexuele stoornissen bij man en vrouw'. Amsterdam, Brussel: Paris/Manteau, 1971).
- MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. (1980), 'Homosexualiteit'. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- ZILBERGELD, B. (1978), 'Male Sexuality'. New York: Bantam.
- ZILBERGELD, B. (1975), 'Group treatment of sexual dysfunctions in men without partners'. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1, 207-214.
- ZILBERGELD, B. (1980), 'Alternatives to couples counseling for sex problems. Group and individual therapy'. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 6, 3-18.