

Sekstherapie in mannengroepen

Joost Dekker, Johan Dronkers en Joel Staffeleu*

SB: 6.41

De behandelingsmogelijkheden voor seksuele dysfuncties bij mannen zonder (vaste) partner waren tot voor kort beperkt. Veelal wordt verondersteld dat sekstherapie alleen voor (echt)paren geïndiceerd is. Wij hebben onderzocht of seksuele dysfuncties bij mannen behandeld kunnen worden, zonder een eventuele partner bij de behandeling te betrekken. De behandeling vindt plaats in groepen en bestaat uit een combinatie van (1) rationeel emotieve therapie, (2) sensate focus- en masturbatie-oefeningen en (3) sociale vaardigheidstherapie. In dit artikel geven wij een uitvoerige beschrijving van de toepassing van deze methoden. Daarbij komt ondermeer aan de orde hoe behandeling van een individuele cliënt tot verbetering van het vrijen met een partner kan leiden; en hoe rigide mannelijk rolgedrag, dat bijdraagt tot de dysfunctie, behandeld kan worden. Op grond van twee onderzoeken naar het effect wordt geconcludeerd dat seksuele dysfuncties van mannen op effectieve wijze behandeld kunnen worden, zonder een partner bij de behandeling te betrekken.

In 1970 publiceerden Masters en Johnson hun methode om seksuele dysfuncties te behandelen. Een belangrijk kenmerk van hun methode is het behandelen van (echt)paren. Masters en Johnson achtten het noodzakelijk zich op paren te richten in plaats van individuele cliënten. Deze aanpak betekende een grote verandering ten opzichte van destijds bestaande tradities: zowel binnen de psychoanalyse als de gedragstherapie was het gebruikelijk individuen te behandelen. De nieuwe, relationele aanpak van Masters en Johnson vond zeer veel navolging. Dit bracht met zich mee dat mogelijkheden om seksuele dysfuncties bij individuele cliënten te behandelen min of meer achter de schermen verdwenen. Dit ging soms zelfs zover dat mensen, die geen partner hadden, geweigerd werden; zij konden zich eventueel opnieuw aanmelden als ze een partner gevonden had-

* Vakgroep Klinische Psychologie, R.U. Utrecht, Centrumgebouw Zuid, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht.

den. In enkele gevallen werd gebruik gemaakt van een 'surrogaat-partner': door iemand te betalen voor zijn of haar medewerking, kon het concept van paar-behandeling dan toch toegepast worden.

Mede onder invloed van het feminisme ontwikkelde Barbach (1974) een groepstherapie voor vrouwen met seksuele dysfuncties: in afwijking van de Masters en Johnson-opvatting werden de partners van deze vrouwen *niet* in behandeling genomen. Enige tijd later werden o.a. door ons soortgelijke therapieën voor mannen ontworpen. De mannen worden in groepen behandeld, zonder deelname van een eventuele partner. In dit artikel beschrijven wij onze methode en de resultaten ervan (zie Everaerd e.a., 1982; Dekker, Dronkers en Staf-feleu, 1985; referenties van ander onderzoek zijn te vinden in Mills en Kilmann, 1982).

Kenmerken van de behandeling

Kenmerkend voor onze behandeling is dat twee stappen onderscheiden worden. De eerste stap is erop gericht de cliënt te laten ontdekken hoe hij bij masturbatie seksueel opgewonden kan worden; vrijen met een partner komt pas in de tweede stap aan de orde. In de eerste stap leert de cliënt onder welke condities hij seksueel opgewonden kan worden; het gaat daarbij om de fysieke en psychologische voorwaarden voor seksuele opwinding. Om verschillende redenen wordt in eerste instantie alleen naar opwinding bij masturbatie gekeken. Een praktische reden is dat een aantal cliënten geen partner heeft. Er is ook een therapeutisch-technische reden: de aanwezigheid van een partner werkt voor veel cliënten complicerend; om de aandacht bij zijn eigen condities voor opwinding te houden, oefent de cliënt eerst alleen met zichzelf.

De tweede stap is erop gericht de cliënt een bevredigende manier van vrijen met een partner te laten vinden. Het gaat er nu om ook bij vrijen met een partner de condities voor seksuele opwinding te leren realiseren.

Een volgend kenmerk van de behandeling is het oefenen met seksuele stimulatie. In dit opzicht lijkt de behandeling sterk op die van Masters en Johnson (1970). Masters en Johnson gingen er van uit dat het seksueel functioneren verbeterd kan worden door ermee te oefenen. Ook dit uitgangspunt betekende een belangrijke verschuiving ten opzichte van de toenmalige tradities. Zowel in de psycho-analyse als de gedragstherapie werd ervan uitgegaan dat seksuele dysfuncties het gevolg zijn van een remming van seksuele opwinding: met name angst zou seksuele opwinding remmen. De behandeling was erop gericht deze remming op te heffen, waarna het seksueel functioneren zich vanzelf zou herstellen. In afwijking hiervan staat bij Masters en Johnson het aanleren van en

oefenen met seksueel gedrag centraal; het reduceren van angst is slechts zijdelings een behandeldoel. Het principe van oefenen met seksuele stimulatie is in onze therapie overgenomen. De sensate focus-oefeningen en masturbatie-oefeningen zijn bedoeld om de cliënt te laten ontdekken hoe hij plezierige en seksuele gevoelens aan z'n lichaam kan beleven.

Een derde kenmerk van onze therapie is dat achterliggende problemen, die de dysfunctie mede veroorzaken of in stand houden, behandeld worden. Bij een behandeling volgens Masters en Johnson wordt nauwelijks aandacht besteed aan achterliggende problemen. Kaplan (1974) heeft beschreven hoe de methode van Masters en Johnson gecombineerd kan worden met psychotherapie. Als de behandeling volgens Masters en Johnson vastloopt op onderliggende conflicten, schakelt zij over op psychodynamische of interactionele psychotherapie. De onderliggende conflicten worden door haar zover behandeld als nodig is om tot adequaat seksueel functioneren te kunnen komen; daarna wordt zonnodig de directe sekstherapie hervat (dit is de zgn. by-pass-strategie). In ons therapieprogramma worden achterliggende problemen op een min of meer gestructureerde manier behandeld. Daarbij wordt gebruik gemaakt van rationeel emotieve therapie en sociale vaardigheidstherapie.

Een achterliggende probleem, waaraan in onze behandeling in het bijzonder aandacht wordt besteed, is rigide mannelijk rolgedrag. Bij het vrijen richten mannen zich vaak vooral op de 'doe'-kant van het vrijen ten koste van de beleving. Mannen richten hun aandacht dikwijls vooral op het stimuleren van hun partner, op de houdingen bij het vrijen en op min of meer duidelijke gebeurtenissen zoals een orgasme. De aandacht voor lichamelijke en sensuele gevoelens, voor het beleven van opwinding en voor allerlei andere gevoelens die bij vrijen een rol kunnen spelen, komt hierdoor in de verdrinking. Omdat dit een verbetering van het seksuele functioneren in de weg staat vormt het veranderen van dergelijk mannelijk rolgedrag een belangrijk onderdeel van de behandeling.

Enkele andere kenmerken van onze methode zijn dat het een groepstherapie is en dat het een min of meer gestructureerde therapie is. De behandeling van een aantal cliënten tesamen in een groep heeft ondermeer tot gevolg dat herkenning van het eigen probleem bij een ander een therapeutische rol kan spelen: iemand kan zijn eigen probleem aanzienlijk beter gaan begrijpen als hij bij een ander ziet welke factoren een rol spelen in het probleem. Verder kunnen de groepsleden voor elkaar een belangrijke bron van steun en aanmoediging zijn.

Het gestructureerde karakter van de behandeling leidt er ondermeer toe dat allerlei factoren die een rol (kunnen) spelen in de dysfunctie, aan de orde komen, ook als de cliënt deze niet allemaal zelf te berde brengt. De structuur in de behandeling draagt er ook toe bij dat cliënten hun gedrag daadwerkelijk gaan veranderen; uitstel en vermijding van verandering wordt tegengegaan door een ze-

kere structuur aan te bieden. De structuur in de behandeling is echter niet strak: aanpassingen aan de behoefte van individuele cliënten zijn zeer wel mogelijk.

Het behandelingsprogramma

De behandeling wordt gegeven in groepen van vijf tot acht mannen, begeleid door twee mannelijke therapeuten. Een groep komt 15 tot 20 keer bijeen, gedurende twee uur. Aanvankelijk bestond de therapie uit drie blokken: rationeel emotieve therapie, sensate focus- en masturbatie-oefeningen, en sociale vaardigheidstherapie. Gaandeweg zijn de drie blokken steeds meer geïntegreerd.

Rationeel emotieve therapie. Het programma begint met rationeel emotieve therapie of RET (Ellis, 1974; Diekstra en Dassen, 1977). Seksuele en niet-seksuele situaties, die de cliënt problematisch vindt, worden met behulp van RET geanalyseerd. Tevens wordt besproken hoe hij zich in de toekomst anders kan gedragen. We zullen dit met enkele voorbeelden toelichten.

RET leent zich er uitstekend voor om de vicieuze cirkel van faalangst, toeschouwersrol en seksueel dysfunctioneren aan cliënten duidelijk te maken. Veel mannen beginnen aan het vrijen met de verwachting dat het wel weer op een mislukking uit zal lopen. Dit leidt tot krampachtig en gespannen vrijen. Juist dat wat opwindend zou kunnen zijn bij het vrijen, vermijden zij uit angst dat ze toch niet opgewonden zouden worden. Bijvoorbeeld: ze vragen hun partner niet om hen op een bepaalde manier te strelen; in plaats daarvan letten ze gespannen op of ze al opgewonden worden. Het gevolg is dat het inderdaad niet lukt om opgewonden te worden, waardoor faalangst en toeschouwersrol versterkt worden. Het komt voor dat het zich bewust worden van dit proces al voldoende is om het te doorbreken. In andere gevallen wordt met de cliënt besproken dat plezierig vrijen alleen mogelijk is als hij zich meer richt op het genieten van lichamelijke en seksuele gevoelens en minder op de vermoede negatieve afloop ervan. De cliënt wordt aangemoedigd om manieren van vrijen, waarvan hij denkt dat het prettig en opwindend zou kunnen zijn, ook daadwerkelijk uit te proberen.

Veel mannen ervaren hun lichaam als een instrument dat al of niet functioneert. Volgens Zilbergeld (1978) kan het ideaal-beeld van mannen over hun penis als volgt verwoord worden: 'It's two feet long, hard as steel and can go all night'. Als het vrijen niet lukt, melden zulke mannen zich aan met de klacht 'hij doet het niet'. Mannen verzetten zich er vaak tegen om zich over te geven aan lichamenlijk en seksuele gevoelens. Dit wordt door hen ervaren als 'onmanne-lijk'; ze vinden het raar en afwijkend als een man zich concentreert op z'n eigen gevoelens. Als ze zich overgeven aan het beleven van lichamenlijk en sensuele

gevoelens, voelen ze zich snel kwetsbaar en bedreigd. Ook zijn mannen nogal eens bang controle over hun gevoelens te verliezen. Ze denken dat ze door een golf van gevoelens overspoeld zullen worden, als ze eraan toegeven. Een man, die niet klaar kan komen, vertelde bijvoorbeeld: 'Ik weet wel dat ik niet een meter boven het bed ga zweven als ik klaarkom, maar wat er wel gebeurt weet ik ook niet'. In plaats van op gevoelens, zijn veel mannen vooral gericht op het leveren van prestaties bij het vrijen. Ze doen veel moeite om hun partner op allerlei verschillende manieren te stimuleren. Vrijen wordt een soort werk, waarbij de man verantwoordelijk is voor de goede afloop ervan. Een dergelijke gerichtheid op het leveren van prestaties staat haaks op het beleven van gevoelens; in sommige gevallen lijken mannen het beleven van gevoelens zelfs actief te vermijden door zich volledig op het 'doen' te concentreren. Dergelijke ideeën en angsten, waarvan mannen zich vaak nauwelijks bewust zijn, kunnen via RET-analyses goed opgespoord worden. Met de cliënten wordt besproken dat deze ideeën het seksuele dysfunctioneren mede in stand houden. Veel mannen blijken deze opvattingen op te kunnen en willen geven. In de behandeling worden mannen aangemoedigd om zich minder actief en meer ontvangend op te stellen. Ook bij masturbatie kunnen zij deze andere opstelling uitproberen: in plaats van zichzelf zo snel mogelijk tot een orgasme te stimuleren, kunnen zij de tijd nemen om sensuele gevoelens aan hun lichaam te beleven.

RET kan ook gebruikt worden om allerlei andere achterliggende problemen te behandelen. Het gaat bijvoorbeeld om eenzaamheid, conflicten met een partner of ouders, depressieve gevoelens. Doordat RET zowel bij de specifieke behandeling van de dysfunctie als bij de behandeling van achterliggende problemen gebruikt wordt, is RET steeds meer een soort rode draad in het programma geworden. Het belang ervan blijkt ook uit de evaluaties van cliënten: vaak werd RET als het meest waardevolle onderdeel van de behandeling ervaren. Een belangrijke oorzaak van de waardering voor RET is, dat het de cliënten een middel geeft om zelfstandig nieuwe problemen te analyseren en op te lossen. Behalve als hulpmiddel bij het oplossen van bestaande problemen, is RET van belang omdat het probleemoplossend vermogen van cliënten erdoor vergroot wordt. RET biedt de cliënt de mogelijkheid nieuwe problematische situaties zodanig te structureren, dat het vaak lukt om zelf een uitweg te vinden. De therapeut wordt op deze manier steeds meer overbodig gemaakt.

Sensate focus- en masturbatie-oefeningen. Deze oefeningen vormen het tweede onderdeel van het programma. De cliënten worden geïnstrueerd om thuis ruim de tijd te nemen voor de oefeningen. Bij de eerste oefening streelt de cliënt zijn lichaam, uitgezonderd zijn geslachtsdelen. Tevoren is benadrukt dat het er niet om gaat per se opgewonden te worden. Het is uitsluitend de bedoeling op te let-

ten hoe dit strelen aanvoelt. De cliënten wordt gevraagd om hun aandacht te richten op de plezierige sensaties, die het strelen van het eigen lichaam op kan roepen. In latere oefeningen wordt het strelen en stimuleren van de geslachtsdelen opgenomen. Opnieuw wordt benadrukt dat het zich overgeven aan plezierige gevoelens het belangrijkste doel van de oefening is; het is mogelijk dat iemand opgewonden wordt, een erectie krijgt of een orgasme beleeft, maar dat is niet het doel van de oefening. Soms wordt aan cliënten die beslist een orgasme willen, aangeraden om eerst ruim de tijd te nemen voor de oefeningen; in het verlengde daarvan kunnen ze dan zichzelf verder tot orgasme stimuleren.

Bij premature ejaculatie oefenen de mannen verder met de stop-start methode van Semans (1956). De essentie van deze oefening is dat de cliënt leert wat de signalen zijn, die een orgasme/ejaculatie aankondigen; als hem dit duidelijk wordt, kan hij op grond van deze signalen een orgasme/ejaculatie leren uitstellen. Bij erectieproblemen masturberen de mannen tot een erectie, om deze vervolgens weer te laten verdwijnen, waarna ze opnieuw tot een erectie masturberen. Zo leren zij dat zij, ook nadat hun penis verslapt is, opnieuw een erectie kunnen krijgen. Het idee dat zij tijdens het vrijen voortdurend een erectie moeten houden wordt zo doorbroken. Tevens leren zij dat ook zonder een erectie zij plezierige gevoelens aan hun lichaam kunnen beleven.

Het verloop van de oefeningen wordt in de groepen besproken. De cliënten wisselen hun ervaringen met de oefeningen uit en bespreken de moeilijkheden en vragen, die bij de oefeningen naar voren zijn gekomen. Dit open spreken over seks is op zich al van veel belang om schaamte en angst rond vrijen te doorbreken. Verder komt vaak de bovengenoemde mannelijke weerstand tegen het zich overgeven aan gevoelens aan de orde.

Tenslotte wordt besproken hoe de cliënten het geleerde toe kunnen passen bij het vrijen met een partner. Het principe van opgewonden worden is op dat moment aan de meeste cliënten wel duidelijk geworden. Met hen wordt besproken dat de condities voor opwinding, die ze bij het masturberen hebben leren kennen, ook bij het vrijen met een partner gerealiseerd kunnen worden. Met de cliënten wordt nagegaan hoe ze dit zouden kunnen bereiken. Daarbij wordt opnieuw benadrukt dat het beleven van plezierige gevoelens aan elkaars lichaam voorop staat; het gespannen en angstig afstevenen op opwinding en orgasme wordt ontmoedigd. Verder wordt veel nadruk gelegd op communicatie met een partner: de cliënt kan aan zijn partner duidelijk maken dat hij graag op een bepaalde manier wil vrijen; hij kan om een bepaalde vorm van stimulatie vragen; hij kan zeggen dat hij het tempo van het vrijen wil verhogen of vertragen. Veel cliënten hebben genoeg aan deze en soortgelijke aanwijzingen om vervolgens bevredigend met een partner te kunnen vrijen. Als een cliënt nieuwe ervaringen met een partner heeft, worden deze ervaringen in de groep geëvalueerd. Vragen

en problemen rond het vrijen met een partner worden net zoals bij de masturbatie-oefeningen in de groep behandeld. Als de overgang naar vrijen met een partner op problemen stuit, die zo ingewikkeld zijn dat ze niet in de groep opgelost kunnen worden, wordt besproken voor welk soort vervolgbehandeling de cliënt in aanmerking komt. In sommige gevallen wordt dan de partner bij de behandeling betrokken; in andere gevallen volgt een diepergaande individuele therapie.

Sociale vaardigheidstherapie. Het derde deel van het programma is sociale vaardigheidstherapie (van Son, 1978). Met name voor mannen zonder vaste partner is het leggen van contacten vaak een probleem. Hun gedrag wordt geëvalueerd en nieuw gedrag wordt besproken en eventueel ingeoeffend in een rollenspel. Een belangrijk onderwerp in dit onderdeel is opnieuw de communicatie met een partner; daarbij gaat het om communicatie over vrijen en over allerlei andere onderwerpen. Behalve bij het vrijen vinden cliënten het ook in andere situaties vaak moeilijk om hun verlangens en gevoelens duidelijk te maken; ook het reageren op een partner is vaak een probleem. Behalve de analyses en suggesties op basis van de sociale vaardigheidstherapie, zijn de verhalen van anderen over hoe zij zich in soortgelijke situaties gedroegen vaak een aanknopingspunt voor verandering. De behandeling van sociale problemen is bijna nooit een op zich staand onderdeel; meestal zijn de problemen al eerder naar voren gekomen en is er direct op ingegaan. Toch is het vaak goed om ook een aantal bijeenkomsten speciaal aan sociale problemen te wijden.

Enkele resultaten

Er zijn twee onderzoeken verricht naar de resultaten van deze behandeling. In het eerste onderzoek (Everaerd e.a., 1982) werden 21 cliënten behandeld, in vijf groepen. Achttien cliënten hadden geen vaste partner. Veertien cliënten waren heteroseksueel, vier waren homoseksueel en drie waren biseksueel. Bij de indeling van de groepen werd geen onderscheid naar seksuele oriëntatie gemaakt: er waren gemengde groepen, bestaande uit hetero-, homo- en biseksuele mannen. Voor gedetailleerde gegevens over hun leeftijd en klachten verwijzen wij naar het oorspronkelijke onderzoeksverslag. Na de behandeling was bij acht cliënten de dysfunctie over, vijf hadden nog steeds last van de dysfunctie van acht hadden geen nieuwe ervaring met een partner. Na dat onderzoek zijn nog een groot aantal groepen begeleid en onderzocht: in acht groepen werden in totaal nog eens 40 cliënten behandeld. Zeventien van hen hadden een vaste partner, 17 hadden wisselende partners en zes hadden geen seksuele partner. Vierendertig waren hetero-, vier homo- en twee biseksueel. Na de behandeling was bij 16 de dys-

functie over; bij 14 trad verbetering op; bij twee vrijwel geen verbetering en acht cliënten hadden geen nieuwe partnerervaring (Dekker, Dronkers en Staffeleu, 1985).

Het effect van de behandeling werd ook geëvalueerd met de Seksualiteit Beleving Schalen (SBS; Frenken, 1976). Na de behandeling bleek er in beide onderzoeken een significante verbetering van het seksueel functioneren opgetreden te zijn.

We hebben ook onderzocht in hoeverre het resultaat van de behandeling afhankelijk is van de aanwezigheid van een partner, de aard van de klacht en diverse andere factoren. Bij cliënten met een vaste partner en cliënten met wisselende partner trad verbetering in het seksueel functioneren op (SBS-3). Bij cliënten zonder nieuwe ervaring kon geen verbetering aangetoond worden. Omdat zij geen nieuwe ervaring hadden, gaven zij op de vragen van de SBS, zowel voor als na de behandeling, dezelfde antwoorden. Het ontbreken van effect is daarom een methodisch artefact. Deze mannen zagen het vrijen met een partner vaak wel met vertrouwen tegemoet. Verder werd gevonden dat mannen met geremd seksueel verlangen weinig verbetering toonden (op de SBS-3). Dit resultaat bevestigt het idee van Kaplan (1979) dat kortdurende, gestructureerde sekstherapie in deze gevallen niet aangewezen is. Een groot aantal factoren bleek *niet* samen te hangen met een beter of slechter resultaat. Dit gold voor de aard van de klacht (erectie dysfunctie, geremd of prematuur orgasme), de aan- of afwezigheid van een dysfunctie bij het masturberen, een primaire of een secundaire klacht, leeftijd, opleidingsniveau, duur van de klacht, de sterkte van sociale angst, seksuele restrictiviteit en het toelaten van symbolische seksuele stimuli.

Dit resultaat betekent dat ons programma een adequate methode is voor de behandeling van diverse klachten van mannen, die nogal verschillen in hun seksuele en sociale achtergrond. Opvattingen, zoals dat de aanwezigheid van een vaste partner een contra-indicatie is voor behandeling in een mannengroep, worden door dit onderzoek niet ondersteund. Onjuist blijkt ook de gedachte dat de behandeling vooral bij jongere cliënten, met een hoog opleidingsniveau en met goede sociale contacten, resultaat heeft. Het vrijwel ontbreken van contra-indicaties betekent dat een mannengroep in een groot aantal gevallen een adequate behandeling kan bieden. Vanuit een wat wijder perspectief is het vrijwel ontbreken van (contra)indicaties een wat teleurstellend resultaat: uiteindelijk is de hulpverlening meer gebaat met duidelijke aanwijzingen over wie bij welk soort behandeling baat heeft, dan met allerlei verschillende behandelingen met ongeveer gelijke resultaten. Maar ook zonder dergelijke (contra)indicaties vormt de beschreven therapie een belangrijke aanvulling op de bestaande hulpverlening: ook voor mannen zonder vaste partner is een adequate behandeling beschikbaar gekomen.

Literatuur

- Barbach, L. G., Group treatment of pre-orgasmic women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1974, 1, 139-145.
- Dekker, J., Dronkers, J. en Staffeleu, J., Treatment of sexual dysfunctions in male-only groups: predicting outcome. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1985, 11, 80-90.
- Diekstra, R. F. W. en Dassen W. F. M., *Inleiding tot de Rationele Therapie*. Amsterdam: Swets en Zeitlinger, 1977.
- Ellis, A., *Humanistic Psychotherapy*. New York: McGraw Hill, 1974.
- Evearaerd, W., Dekker, J., Dronkers, J., Rhee, K., Staffeleu, J. en Wiselius, G., Treatment of homosexual and heterosexual sexual dysfunction in male-only groups of mixed sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 1982, 11, 1-10.
- Frenken, J., *Afkeer van Seksualiteit*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1976.
- Kaplan, H. S., *The New Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1974.
- Kaplan, H. S., *Disorders of Sexual Desire*. London: Baillière Tindall, 1979.
- Masters, W. H. en Johnson V. E., *Human Sexual Inadequacy*. London: Churchill, 1970.
- Mills, R. H. en Kilmann, P. R., Group treatment of sexual dysfunctions: a methodological review of the outcome literature. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1982, 8, 259-296.
- Semans, J., Premature ejaculation, a new approach. *Southern Medical Journal*, 1956, 49, 353-358.
- Van Son, M. J. M., *Sociale vaardigheidstherapie*. Amsterdam: Swets en Zeitlinger, 1978.
- Zilbergeld, B., *Men and Sex*. London: Souvenir Press, 1978.

Summary

Sex therapy in male-only groups

Until recently treatment possibilities for sexual dysfunctions in men without a (steady) partner were limited. It was assumed that sex therapy is indicated only for couples. We have investigated whether male sexual dysfunctions can be treated, without participation of a partner in the treatment. The group treatment consists of (1) rational emotive therapy, (2) sensate focus- and masturbation exercises and (3) social skills training. In this article the treatment is described in detail. Among other things, we focus on how treatment of a single client results in improvement of sexual functioning with a partner; and how rigid male gender-role-behavior, which maintains the dysfunction, can be treated. On the basis of two effectstudies, we conclude that male sexual dysfunction can be treated successfully without participation of a partner in treatment.