

Ontwikkelingen in de seksuologische praktijk

P. Cohen-Kettenis* en W. Everaerd**

SB 6.040

In de afgelopen dertig jaar hebben sekstherapieën zich een belangrijke en eigen plaats in de therapeutische wereld verworven. Begonnen de eerste behandelingen bij beperkte streng geselecteerde cliëntengroepen, met zeer gestructureerde programma's, momenteel valt zowel de heterogeniteit op van de problematiek die door sekstherapeuten wordt behandeld als van de technieken en methodes. Algemene therapeutische vaardigheden zijn hiervoor vereist. De sekstherapeuten van nu zijn meer dan ooit (psycho)therapeuten met specifieke seksuologische kennis. - Een overzicht.

Inleiding

Nog maar dertig jaar geleden bestond er voor de impotente man of anorgastische vrouw vrijwel geen andere behandelingsmogelijkheid dan psycho-analytische psychotherapie. De resultaten van deze behandelingsvorm voor specifieke seksuele problemen waren niet gunstig. Bovendien duurde de behandeling te lang. Gedragstherapeutische behandelingen waren weliswaar succesvoller maar schaars. Een enkele keer werden medische behandelingen toegepast: operaties of hormoontherapieën. Maar er bestond nog te weinig kennis over de fysiologie van de seksuele respons en van differentiële diagnostiek op het gebied van seksuele dysfuncties om deze therapieën adequaat te laten zijn.

* Psychologe, universitair hoofddocente, Vakgroep Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Rijksuniversiteit Utrecht, Nicolaas Beetsstraat 24, 3511 HG Utrecht.

** Psycholoog, hoogleraar Algemene Klinische Psychologie, Vakgroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Weesperplein 8, 1018 XA Amsterdam.

Meestal werd er in de psychotherapieën helemaal niet op het seksuele probleem gefocussed. Het seksuele probleem herleidde men tot individuele neurotische stoornissen of relatieproblemen. Dit resulteerde in het laatste geval in relatietherapieën, die weliswaar veranderingen in de relatie brachten, maar het seksuele probleem overeind hielden.

Deze situatie veranderde dramatisch toen Masters en Johnson in 1970 hun boek 'Human sexual inadequacy' publiceerden. Hun benadering was kortdurend, directief, counselend en gericht op de zogenaamde directe oorzaken van seksuele dysfuncties, zoals prestatieangst, gebrek aan informatie, onvermogen tot seksuele communicatie en het aannemen van de toeschouwersrol.

Zij beperkten zich dus in het algemeen tot die klachten die betrekking hadden op de problemen in het produceren van de seksuele respons. Door verbeterde diagnostische mogelijkheden kan tegenwoordig eenvoudiger een onderscheid worden gemaakt tussen problemen die binnen Masters en Johnsons methode passen en problemen die meer de aanpak van 'indirecte' oorzaken vereisen. Deze ontwikkeling heeft niet, zoals men misschien verwachten zou, geleid tot beperking van typen problemen die door seksuotherapeuten worden behandeld. Integendeel, de cliëntenpopulatie die momenteel de spreekkamer van de sekstherapeut bezoekt is, evenals de problematiek die zij presenteren, heterogener dan ooit. Over factoren die deze verbreding – mede – hebben bepaald gaat het volgende overzicht.

Is er echt een seksueel probleem?

"Wat . . . ons enorm kwelt vandaag is het feit dat er niemand hier in de zaal is die ooit het privilege gehad heeft om te leven in een cultuur waarin seks geaccepteerd werd als een natuurlijke functie." Op een bijeenkomst van de American Psychiatric Association in Arnheim trachtte Masters met deze zin de essentie van wat met sekstherapie wordt beoogd, namelijk het onbelemmerd seksueel reageren, weer te geven. Szasz (1980), citeert deze zin om er op te laten volgen: "Zeggen dat onze cultuur seks niet accepteert als een natuurlijke functie, is zwak uitgedrukt, iets doms zeggen. Geen enkele cultuur doet dat" (p. 45).

Masters vond dat mensen 'last' hebben van de cultuur en dat zij daarom seksuele problemen hebben. Als de cultuur nu maar anders was, dan zouden er ook geen seksuele problemen zijn. Szasz attendeert ons terecht op de onmogelijkheid om seks als een 'natuurlijke functie' te beschouwen. De seksuele respons als fysiologisch gegeven en als mogelijke subjectieve ervaring functioneert altijd in een cultuur, altijd in de complete situatie waarin

mensen opgroeien en leven. In een permissieve cultuur is seks niet natuurlijker dan in een repressieve. Seks heeft in verschillende culturen vooral een andere functie, er zijn andere doelen en andere beperkingen. In onze Westerse cultuur werd in het begin van de zogenaamde seksuele liberalisering het plezier in seks benadrukt, de betekenis van seks werd verengd, negatieve betekenissen werden toegeschreven aan achterhaalde restrictieve denkbeelden. De theorievorming over en behandeling van seksuele problemen reflecteerde deze opvatting. Het leek toen vooral te gaan om de houding ten opzichte van seks. Sommige hulpverleners meldden dat zij het taboe op seks voor hun patiënten nietig verklaarden. Opvallend was ook dat vooral de houding van vrouwen veranderd moest worden.

Seks als kenmerk van het individu

Met de kritiek op de restrictieve cultuur is ook de kritiek ontwikkeld op het (hetero)paar als seksuele eenheid. Bij de diagnostiek werd in de plaats van de geschiedenis van het paar de individuele ontwikkeling op de voorgrond geplaatst (Everaerd e.a., 1977; Kaplan, 1974). Partners werden zo niet meer verantwoordelijk gesteld voor elkaars gevoelens maar voor de eigen gevoelens. Deze verschuiving resulteerde in meer nadruk op wat het individu wil, welke voorwaarden voor het individu vervuld moeten zijn om seks de moeite waard te maken. De nadruk op de voorwaarden voor het individu werd sterk ondersteund door feministische kritiek op de zogenaamde mannennorm in heteroseksualiteit en de aanzet tot het exploreren van vrouwelijke seksualiteit. Het paar als (behandelings)eenheid kwam door deze ontwikkeling steeds meer onder druk te staan. Mannen werd verteld dat ze hun norm niet aan vrouwen mochten opdringen, en vrouwen werd verteld dat ze zelf moesten bepalen of en hoe er gevrijd zou worden.

Belangrijke thema's in de discussie over heteroseksualiteit werden het problematische van de coïtus en het coïtaal orgasme en de 'ontdekking' van masturbatie.

Seks als strijdtoneel

Deze gegevens waren niet nieuw. Survey onderzoek sinds de veertiger jaren toonde bij herhaling aan dat 90% van alle vrouwen met een of andere stimulatie een orgasme kon beleven, maar dat slechts 30% van de vrouwen daarin slaagde door coïtale stimulatie. Dat 70% van de vrouwen die coïteerden daardoor niet klaarkwamen werd toegeschreven aan mannelijke dominantie en machtsongelijkheid. De coïtus zou daarom geen geschikte

vrijsituatie zijn voor vrouwen. Nu hoeven vrouwen bij het vrijen natuurlijk niet te worden opgezadeld met het bestrijden van mannelijke dominantie. Dat echter maakt niet de coïtus voor de seksuele bevrediging van vrouwen ongeschikt maar wel veel mannen. Masturbatie maakt veel machtsstrijd (wanneer krijgt wie zijn zin) overbodig. In deze therapieën wordt het dan mogelijk om voorwaarden voor de eigen seksuele beleving te ontdekken en te realiseren. Na die ontdekking kan worden getracht over deze voorwaarden bij het vrijen met een partner te onderhandelen.

De discussie rond coïtus en masturbatie richtte zich in belangrijke mate op problemen die vrouwen ervaren met opwinding en orgasme. Al snel bleek dat vrouwen in principe geen problemen hebben met opwinding en orgasme als zij zelf de voorwaarden daarvoor konden bepalen (Barbach, 1974). Ook werd duidelijk dat de voorwaarden waaronder vrouwen wilden vrijen en de doelen die zij met vrijen nastreven zich niet beperken tot de seksuele gevoelens die met opwinding en orgasme gepaard gaan, maar dat zij ook erotische en meer algemeen positieve emoties bij het vrijen hoog waarden (Hite, 1984).

De nadruk op seksuele gevoelens bij mannen en de nadruk op erotische en algemeen positieve emoties bij vrouwen werd gekarakteriseerd als typisch mannelijke en typisch vrouwelijke seksualiteit. Deze typering had een belangrijke functie in de (politieke) discussie over machtsongelijkheid in heterorelaties. De waardering van bepaalde emoties immers reflecteert bepaalde maatschappelijke belangen. De waardering van het seksuele kan gerelateerd zijn aan het domineren over de ander, het territorium van de ander bezetten; evenzo kan de waardering van meer algemene emoties, zoals intimiteit, gerelateerd zijn aan het willen delen, agressie afweren, jezelf blijven. Dergelijke emoties zijn evenmin 'natuurlijke' gegevenheden, zoals Masters die opvatte, onafhankelijk van de cultuur. De waardering van bepaalde emoties komt overeen met de waardering van een sociale rol of positie. Het is geen toeval dat vrouwen, juist in de tijd dat zij meer maatschappelijke invloed nastreefden hun eigen 'zachte' seksualiteit als van betekenis op zich propageerden.

Seksproblemen of problemen rond seks?

Het onderscheiden van de seksuele respons (het fysiologisch gegeven en de mogelijkheid tot subjectieve ervaring) en de wijze waarop mensen met deze mogelijkheid omgaan heeft de diagnostiek grondig gewijzigd. Er zijn weinig mensen die onder geen enkele voorwaarde de seksuele respons vertonen. Als er geen respons vertoond kan worden hangt dat in de meeste ge-

vallen samen met een niet intacte of niet functionerende fysiologie. Als we deze gevallen echte seksuele problemen noemen of een seksuele stoornis, dan zijn er in feite weinig mensen met een echt seksueel probleem.

Er zijn daarentegen weinig mensen die niet op enig moment problemen hebben in het omgaan met seks (en de seksuele respons). Maar of in deze laatste gevallen sprake is van een probleem hangt in belangrijke mate af van het individu en diens waardering van de situatie. Er is voor seksuele problemen of stoornissen een objectief criterium, de respons kan niet vertoond worden. Voor problemen met seks, die meestal niet samengaan met een seksueel probleem (bijv. verschil in behoefte) zijn geen objectieve criteria aan te geven.

Kaplan (1983) onderscheidt op vrijwel analoge wijze de directe en indirecte oorzaken van seksuele stoornissen. De directe oorzaken zijn meestal relatief eenvoudig op te sporen. De diagnostiek begint met de vraag of er in principe een respons 'geproduceerd' kan worden. We moeten hierbij vaststellen dat elk *positief* antwoord de mogelijkheid biedt om verder te zoeken naar de specifieke voorwaarden waarover de patiënt klaagt. De respons komt bijvoorbeeld wel bij masturbatie, maar niet met een partner. Men kan nagaan wat verschillend is, wat de patiënt anders doet in de twee situaties.

Als er geen respons, onder welke voorwaarde ook komt, moet zowel fysiologisch als psychologisch worden vastgesteld wat er aan de hand is.

Assessment, of wat is er aan de hand?

Op het gebied van de fysiologie zijn er voldoende methoden ontwikkeld om vast te stellen of op hormonaal, vasculair of neuronaal niveau de responsvoorwaarden verstoord zijn.

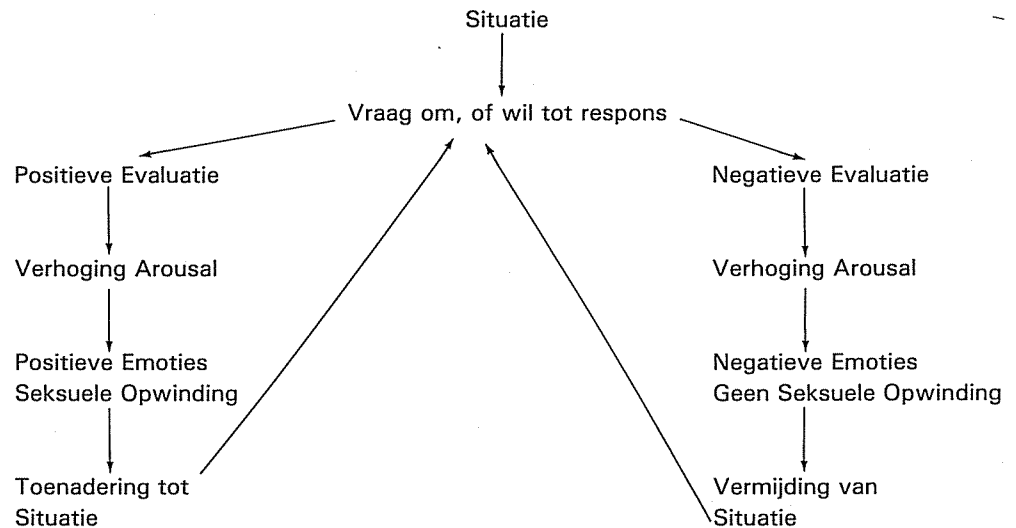
Psychofysiologische methoden

Op psycho(fysio)logisch niveau kan dat tegenwoordig ook met grote nauwkeurigheid onderzocht worden. Een voorbeeld van een psychofysiologisch onderzoeksmodel is beschreven door Barlow (1986) (zie figuur 1). Zijn model beschrijft de interactie tussen adequate verwerking van stimulatie (positieve of negatieve emotionale verwerking), en het op gang komen en de ontwikkeling van de seksuele respons. Kern in dit model is de emotionele verwerking van de stimulatie. Positieve emotionele verwerking betekent meer aandacht voor de situatie, meer positieve verwerking, waardoor een positieve feedbackcyclus ontstaat. Negatieve verwerking resulteert op analoge wijze in een negatieve feedbackcyclus.

De negatieve feedbackcyclus is meestal gemakkelijk te exploreren op het niveau van gedrag en cognitie (wat gaat er in het hoofd van de cliënt om). Dat begint met de constatering dat de (vrij)situatie geen positieve maar negatieve emoties oproept, ook al vindt de cliënt dat je in zo'n situatie positieve emoties hoort te hebben. Afkeer en angst leiden zelden tot lust, dat geldt ook voor andere preoccupaties; angst om te falen, overmatig bezig zijn met de vraag of het gevoel wel komt of 'het' wel zal gebeuren.

Er zijn veel gegevens zowel uit klinisch als experimenteel onderzoek die verduidelijken dat mensen met een seksueel probleem gemakkelijk in de negatieve feedbackcyclus (of in een bederf-cirkel) terecht komen.

Figuur 1: De seksuele feedbackcyclus (naar Barlow, 1986)



Vragenlijsten en tests

Psychofysiologische methoden worden, indien voor praktische doeleinden gebruikt, altijd gecombineerd met gesprekken waarin de belevingen en ervaringen van de onderzochte aan bod komen. Echter, hoe nauwkeurig en verfijnd psychofysiologische registratie ook moge zijn, het is niet in elke praktische setting mogelijk om van psychofysiologische apparatuur gebruik te maken. Veel frequenter worden dan ook psychometrische testen gebruikt. Redelijk betrouwbare en valide instrumenten werden pas in de zeventiger jaren ontwikkeld. Zeer bekend zijn de Sexual Arousal Inventory voor vrouwen (Hoon, Hoon & Wincze, 1976), de Derogatis Sexual Functio-

ning Inventory (Derogatis, 1976), die het seksueel functioneren op negen dimensies meet, de Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS, 1985), een korte schaal waarin het voorkomen en de ernst van seksuele problemen worden gemeten en de Sexual Interaction Inventory (LoPiccolo & Steger, 1974) waarin de seksuele relatie van paren in termen van frequentie en plezier in bepaalde seksuele activiteiten wordt beschreven en waarin ook de communicatie over deze activiteiten is opgenomen. Deze schaal vertoont overeenkomsten met de Nederlandse Seksuele Belevingsschaal (SBS) (Frenken en Vennix, 1978) waarin eveneens aspecten van seksuele relaties aan bod komen. De Intiem Lichamelijk Kontakt Schaal (ILKS) vormt een uitbreiding en verfijning van de SBS (Vennix, 1983). Bovendien zijn er tal van instrumenten ontwikkeld die betrekking hebben op deelgebieden van de seksualiteit (bijv. seksuele schuld en angstgevoelens, seksuele oriëntatie, attitudes, controle op eigen seksuele ervaringen) of op bepaalde doelgroepen (bijv. plegers en slachtoffers van seksueel geweld, jongeren, gehandicapten). Een uitvoerig overzicht van de instrumenten die er tot 1979 waren geconstrueerd is verschenen in een themanummer van de *Journal of Sex and Marital Therapy* (1979, vol. 5, nr. 3). Een update hiervan is helaas nog niet verschenen.

Hoewel deze instrumenten zeker hun waarde hebben voor het snel en overzichtelijk inventariseren van problemen rond seksualiteit is daarnaast ook andere informatie noodzakelijk. Deze aanvullende informatie wordt deels verzameld door middel van anamnestiche gesprekken en is deels gebaseerd op klinische observatie (bijv. Kaplan, 1983). Friedman e.a. (1982) suggereren dat een integratie van de volgende multidimensionele componenten nodig is voor een juiste inschatting van het seksuele probleem.

- 1) Geschiedenis, zowel per individu als de geschiedenis van de seksuele interactie van het paar, de problemen en de invloed ervan op de relatie.
- 2) Huidig gedrag; bijv. seksuele toenadering, communicatie, activiteiten die tot orgasme leiden, masturbatie, etc.
- 3) Attitudes en cognitieve factoren; bijv. hoe staan partners t.o.v. verschillende vormen van seksualiteit.
- 4) Psychodynamische en intrapsychische defensies; welke weerstanden brengt elke partner in de relatie en in de therapie met zich mee.
- 5) Interpersoonlijke systemen; bijv. dient de klacht er toe om controle over de ander te behouden.
- 6) Psychiatrische status: bijv. is er sprake van ernstige affectieve of gedachtenstoornis.
- 7) Biologische factoren; bijv. werkt het vasculaire systeem, is er sprake van verstoringen in het hormoonevenwicht.

Niet alleen kan op basis van deze gegevens het seksuele probleem worden getaxeerd, ook geeft de verzamelde informatie aan welke behandelingsdoelen redelijkerwijs haalbaar zijn. Het zal duidelijk zijn dat deze doelen bij ervaren (psycho)therapeuten soms veel verder gaan dan alleen het – weer – op gang brengen van de seksuele respons.

Sekstherapie voor wie?

De paren die aanvankelijk bij Masters en Johnson in therapie kwamen hadden duidelijk omschreven problemen. Het ging bij hen altijd om psychisch gemedieerde problemen bij de tot stand koming van de seksuele respons. Streng selectiecriteria voor de behandeling leidden ertoe dat vooral lichamelijk gezonde, jonge mensen, zonder al te veel psychopathologie of relatieproblemen aan de programma's deelnamen. Dit hield natuurlijk niet in dat er geen vraag was vanuit de andere categorieën. Ook deze anderen dienden zich aan met de vraag om hulp voor hun seksuele problemen.

Bovendien bleek een toenemend aantal klachten betrekking te hebben op een fase in de seksuele respons die nog niet door Masters en Johnson was onderscheiden, nl. die van het seksueel verlangen. Deze nieuwe categorie vormde, volgens Kaplan in 1977, meer dan de helft van de aanmeldingsklachten. Binnen de 'klassieke' sekstherapieën lijkt de behandeling van geen of weinig seksueel verlangen nu een voorname plaats te hebben ingenomen.

Minder klassiek is de aanpak van klachten die meer weg hebben van het andere uiterste: als dwangmatig ervaren seks. Veel mensen ervaren zin in seks als iets dat zich buiten hun eigen controle voltrekt. Dit geldt zowel voor hen die 'te weinig' zin in seks hebben als voor hen die 'teveel' zin in seks hebben. Gevoelens van 'teveel' zin die ook nog als dwangmatig worden ervaren worden in maatschappelijk opzicht problematisch als zij leiden tot ongeremd handelen. Dit zien we bijvoorbeeld bij exhibitionisten, bij sommige personen met pedoseksuele contacten en bij sommige aanranders en verkrachters. Dergelijk gedrag heeft regelmatig contacten met justitie en politie tot gevolg. De behandeling van deze en andere typen plegers van seksueel geweld is vooralsnog een kwestie van toevallige interesse en bereidheid van therapeuten om met deze groep aan de slag te gaan. Van een structurele aanpak is nog geen sprake (Kuiper, 1987). Gezien de complexe problematiek die meestal aan dergelijke delicten ten grondslag ligt vergt de behandeling ervan zeer veel en uiteenlopende kennis en vaardigheden van de therapeut, evenals intensieve samenwerking met uiteenlopende instanties.

De roep om behandeling van plegers van seksueel geweld is niet in het minst ontstaan als reactie op het toenemende aantal slachtoffers van seksueel geweld dat om therapie vraagt. Ook sekstherapeuten worden steeds vaker met deze slachtoffers geconfronteerd, niet in de laatste plaats vanwege de implicaties van dergelijke trauma's voor het seksueel functioneren. Het zal duidelijk zijn dat ook bij deze groep de behandelingsprogramma's van het eerste uur volstrekt ontoereikend zijn. Juist bij deze groep wordt een sterk beroep gedaan op meer algemene psychotherapeutische vaardigheden (bijv. hantering van overdrachtsgevoelens, bewerking van weerstanden).

Onder invloed van zelfhulpgroepen en patiëntenverenigingen heeft de aandacht voor seks bij ziekte en handicap eveneens geleid tot de vraag om andere hulp. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om hulp bij de verwerking van seksuele beperkingen, het aanleren van nieuwe vaardigheden of het anders evalueren van seksualiteit. Eenzelfde ontwikkeling is te zien bij ouderen met seksproblemen. Hoewel velen, waaronder therapeuten, ervan uitgaan dat seksuele activiteit met de jaren vermindert, blijkt uit een tamelijk recent onderzoek (George & Weiler, 1981) dat seksueel functioneren tot op hoge leeftijd juist stabiliteit vertoont. Eventuele seksproblemen hoeven dus niet zozeer aan het ouder worden op zich te liggen, maar komen misschien meer door medicatie, reacties op fysiologische veranderingen of ideeën en verwachtingen over seks van ouderen.

Hoewel problemen rond mannelijkheid/vrouwelijkheid niet noodzakelijk tot seksproblemen hoeven te leiden wendt men zich met deze problemen vaak tot sekstherapeuten. Soms gaat het dan om extreem onbehagen met het eigen lichaam, de zogenaamde genderdysforie, maar ook mildere vormen komen voor. Bij een duidelijk en extreem geval van genderdysforie (transseksualiteit) is doorverwijzing op zijn plaats. Echter bij tussenvormen, bij jonge mensen, bij onzekerheid over de identiteit of bij fluctuerende gevoelens zijn verschillende vormen van psychotherapie aangewezen. Het behoeft geen betoog dat ook op problemen van genderdysforische aard geen kant en klare bestaande programma's van toepassing zijn.

Samenvattend kunnen we zeggen dat sekstherapieën zich in de afgelopen dertig jaar een grote en eigen plaats in de therapeutische wereld hebben verworven. Indicatief hiervoor is dat kennis op dit gebied tegenwoordig verplicht is gesteld in de opleiding tot psychotherapeut. Begonnen de eerste behandelingen bij beperkte, streng geselecteerde, groepen aan de hand van gestructureerde programma's, momenteel valt juist de diversiteit op. Deze diversiteit is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan vele nieuwe populaties die met problemen op seks- en gendergebied bij hulpverleners

aanklopten, maar ook van het feit dat sekstherapeuten meer geneigd en bereid zijn bredere problematiek tot hun terrein te rekenen. Dit betekent dat er, meer dan vroeger, een sterk appel wordt gedaan op meer algemene therapeutische vaardigheden. Terwijl sekstherapeuten ooit specialisten op het gebied van de seksuologie waren die deze kennis toepasten op (gedrags)veranderingsprogramma's, zijn het nu (psycho)therapeuten met specifieke seksuologische kennis.

Literatuur

- Barbach, L. G. (1974). Group treatment of preorgasmic women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1: 139-145.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Derogatis, L. R. (1976). Psychological assessment of sexual disorders. In: *Clinical Management of Sexual Disorders*. J. Meijer (ed.). Williams & Williams, Baltimore.
- Everaerd, W., A. X. van Naerssen & P. Cohen-Kettenis (1977). *Anders Denken over Seksualiteit*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Frenken, J. & P. Vennix (1978). *Sexualiteitsbelevingsschalen; handleiding*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam.
- George, L. K., S. J. Weiler (1981). Sexuality in middle and late life: The effects of age, education and gender. *Archives of General Psychiatry*, 38: 919-923.
- Hoon, E. F., P. W. Hoon & J. Wincze (1976). The SAI. An inventory for the measurement of female sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 5: 208-215.
- Kaplan, H. (1974). *The New Sex Therapy*. Brunner/Mazzel, New York.
- Kaplan, H. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3: 3-9.
- Kaplan, H. (1983). *The Evaluation of Sexual Disorders*. Brunner/Mazzel, New York.
- Kuiper, A. J. (1987). *Het Nemen van Verantwoordelijkheid*. Rutgersstichting, Den Haag.
- LoPiccolo, L. & J. C. Steger (1974). The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 3: 585-595.
- Masters, W. H. & V. E. Johnson (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Little Brown, Boston.
- Vennix, P. (1983). *De ILKS Gedachte en Andere Operationalisaties*. NISSO, Zeist.
- Szasz, T. (1980). *Sex by Prescription*. Anchor Press, New York.

Summary

Developments in sexological practice

During the last 30 years sex therapies have taken an important place in the therapeutic world. In the early days treatment programs were very structured and only a small group of clients were considered suitable for these programs. Nowadays both treatment techniques and client populations are very diverse. This means that for sextherapists more general therapeutic abilities are mandatory. In the Netherlands most sex therapists have become psychotherapists with specific knowledge of sexology.