

DIREKTIEVE THERAPIE EN SEKSUOLOGISCHE HULPVERLENING

Willeke Bezemer*

De direktieve therapie is een jonge loot aan de therapeutische stam. Een zekere volwassenwording was merkbaar in 1981 toen het Kwartaaltijdschrift voor Direktieve Therapie en Hypnose uitkwam. Al in de eerste jaargang werden twee artikelen opgenomen over de mogelijkheden van direktieve therapie in de seksuologische hulpverlening: "Ongewone interventies bij een stagnerende sekstherapie" door Walter Vandereycken en "De behandeling van een man met het onvermogen tot ejaculeren" door Kees Hoogduin.

Wat is direktieve therapie?

Onder redactie van Van der Velden kwam in 1977 het boek "Direktieve therapie" uit. De belangrijkste kenmerken van direktieve therapie worden hierin genoemd. Direktieve therapie is geen zelfstandige therapiestroming, integendeel, direktieve therapeuten gebruiken bewust technieken en principes uit verschillende therapeutische stromingen die het best aansluiten bij de cliënt. Dit "aansluiten" betekent ook dat de therapie probleemgericht is. Aangemelde klachten worden door de direktieve therapeut niet gezien als symptomen van (grotere) onderliggende problematieken.

De behandelingen vanuit direktieve therapie zijn bij voorkeur kort, en de therapeut is actief. Zij of hij geeft de cliënt adviezen, zelfs "huiswerk". In de nieuwe publikaties vanuit de direktieve therapie valt op dat er een grote aandacht bestaat voor de karakteristieken van de cliënt en diens verhouding met de therapeut. Er is mijns inziens een duidelijke overeenkomst met een heel andere therapeutische richting, de psychoanalytische psychotherapieën, waarin de "working alliance" het vehikel van de therapie is! Welnu, ook direktieve therapeuten hebben veel oog voor deze working alliance, met name bij het timen van interventies en het afstemmen van de behandeling op de karakteristieken van de cliënt. Direktieve therapeuten leggen bovendien veel psychologische mechanismes uit aan hun cliënten, zij delen graag hun kennis omtrent

* Drs. W. Bezemer, psychologe-seksuologe. Beleidsmedewerkster/Sekstherapeute, Rutgers Stichting Den Haag/Eindhoven; onderzoekster NISSO, Utrecht. Huisadres: Lange Gracht 16, 3601 AH Maarssen.

menselijk handelen en denken met de cliënten.

Binnen de directe therapie zijn dan verschillende therapeutische stromingen te herkennen: interactioneel denken met de beroemd geworden aandacht voor therapeutische paradoxen, de congruente leertheoretische kaders, aandacht voor systemen waarin cliënten leven (gezinstherapie). Directe therapie is dus een therapievorm of therapiemodel.

Wat is seksuele hulpverlening?

Seksuologische hulpverlening is een vorm van categorale hulpverlening, uiteraard aan mensen met seksuele problemen. Meestal denkt men vooral aan de behandeling van seksuele dysfuncties, maar ook problemen rond seksuele voorkeur, problemen met dwangmatige vormen van seksualiteit, zelfs genderdysforie en de behandeling van slachtoffers en daders van seksueel geweld worden tegenwoordig gezien als "seksuologische hulpverlening". Die hulpverlening kan plaatsvinden in zowel de eerste, de tweede als de derde lijn.

De seksuologische hulpverlening nam een grote vlucht na de publikaties van Masters en Johnson (1970) over hun behandelingsmodel van een aantal seksuele dysfuncties. Daarvoor bestond er al een seksuologische hulpverlening, vooral geïnspireerd vanuit de psychiatrie en voornamelijk uitgevoerd door psychiaters en geïnteresseerde artsen. In Nederland waren dat bijvoorbeeld Van Emde Boas en Levie. Seksuologische hulpverlening kan vanuit verschillende kaders plaatsvinden. Bijvoorbeeld vanuit een psychoanalytisch kader, een leertheoretisch kader, of een interactioneel kader. Ook door middel van directe therapie, waarin verschillende therapiestromingen zijn gecombineerd, kan men helpen bij seksuele problemen.

Seksuologische hulpverlening is dus een inhoudelijke afbakening. Elke seksuologische therapeut zal voldoende van de seksuologie moeten weten!

Een ondergrens

De typische "sekstherapie" van Masters en Johnson is geïnspireerd door de gedragstherapie. Congruente opdrachten, huiswerk, stap-voor-stap, het afbouwen van het ene gedrag (vermijden) en het opbouwen van het andere gedrag (interactie stimuleren) staan centraal. Een klassieke Masters en Johnson aanpak kunnen we niet scharen onder de directe therapie. Daarvoor zijn de interventies te weinig toegespitst op **deze** cliënten, bestaat er te weinig aandacht voor de timing van de exacte interventies en lijkt de relatie van de therapeuten met de cliënten er minder toe te doen (wordt deze minder benut) dan directe therapeuten eisen. Een Masters en Johnson therapie blijft een

programmatische aanpak, misschien wel technologisch. Tegenwoordig lijkt het dat minder cliënten met seksuele problemen geraakt worden door deze aanpak, dan Masters en Johnson aanvankelijk schetsten.

Direktieve therapie ten behoeve van seksuele problemen

Masters en Johnson waren de eerste behandelaars van seksuele dysfuncties die duidelijk lieten zien dat mensen geholpen konden worden door concrete adviezen ten aanzien van hun manier van vrijen. Wijs geworden zullen nog weinig therapeuten een klassieke Masters en Johnson therapie "loslaten" op hun cliënten met seksuele dysfuncties. Wel blijken veel therapeuten elementen van Masters en Johnson te gebruiken in een direktieve therapie. Zij gebruiken bijvoorbeeld sensate focus opdrachten en een coïtusverbod en gaan inventief om met barrières van cliënten bij de huiswerkopdrachten door bijvoorbeeld het doen van paradoxale interventies. Het voorschrijven van het symptoom is bijvoorbeeld een paradoxale interventie die gebruikt kan worden wanneer congruente opdrachten falen.

In de analyse van problemen wijzen direktieve therapeuten er nogal eens op hoe mensen uit de directe omgeving van cliënten het probleemgedrag versterken door hun (goedbedoelde) reacties. De man die extreem zijn best doet zijn jaloezische echtgenote gerust te stellen gooit olie op het vuur. De bezorgde moeder die haar kind gebiedt vroeg thuis te komen van een feestje bereikt het tegenovergestelde. Het probleem kan ook versterkt worden door wat iemand zelf doet of denkt, zonder directe tussenkomst van anderen. Het doorbreken van deze versterkende reacties is een van de doelen die direktieve therapeuten zich nogal eens stellen. Ook bij seksuele problemen is zichtbaar hoe het actieve gedrag of de interacties met de omgeving probleemversterkend zijn. Alle seks-therapeuten kennen de faalangst die veel mensen met seksuele problemen bevangt, en de toeschouwersrol waarin men terecht komt na enige tijd problemen gehad te hebben op het gebied van seksualiteit, en het vermijdingsgedrag dat de problemen eerder verergert dan minder maakt. Door middel van een direktieve therapie waarin de therapeut concreet opspoor hoe deze mechanismes werken en waarin interventies "op maat" worden toegepast, is het zinnig om aan dit deel van de seksuele problemen te werken. Primaire anorgasmie kan bijvoorbeeld berusten op onwetendheid en romantische verwachtingen waardoor de vrouw nog nooit gemasturbeerd heeft. Interventies zullen gericht zijn op het direktief stimuleren van masturbatie zoals in de preorgas-tische vrouwengroepen wordt gedaan (Arendsen Hein en Van der Pool, 1986). Libidostoornissen bij de man en bij de vrouw kunnen berusten op te seksueel eisend gedrag van de partner dat vermeden wordt. Interventies in de richting

van niet eisend vrijen en het opheffen van het vermijdingsgedrag zijn in een dergelijk geval mogelijk. De man die faalangstig aan het niet stijf worden van zijn penis denkt krijgt de opdracht te genieten van strelingen, terwijl hij gerustgesteld wordt ten aanzien van zijn penis: deze hoeft helemaal niet stijf te worden van strelingen.

Menig therapeut werd verrast door de gepubliceerde goede resultaten van deze aanpak. Deze publikaties deden echter evenveel kwaad als goed. Zeker, bewezen werd dat bepaalde—volgens sommige therapeuten simpele—klachten konden worden opgeheven door direktieve therapie. Maar redeneerde men, dat gold toch zeker niet voor cliënten met complexe problemen? Ten dele is dat waar. Ik zou graag een succes verhaal vertellen over een cliënt, seksueel misbruikt in haar jeugd, die een primaire seksuele aversie had ontwikkeld waardoor zij ernstige problemen kreeg met haar echtgenoot. Door middel van een direktieve therapie werd de seksuele klacht niet opgeheven. Wel werden de scherpe kantjes van de relatieproblematiek verwijderd. Maar dat had wellicht ook vanuit andere therapeutische referentiekaders gekund. Direktieve therapie vermag weliswaar meer dan het opheffen van seksuele problemen die veroorzaakt worden door faalangst, vermijden etcetera, maar direktieve therapie is ook geen wondermiddel.

Complexe problemen

Een voorbeeld: mevrouw en mijnheer J. zoeken hulp wegens primair vaginisme van mevrouw en secundaire libidoproblemen van zowel mijnheer als mevrouw. Mijnheer heeft bovendien tot zijn schrik bemerkt soms impotent te zijn.

Wat zijn de mogelijkheden van direktieve therapie bij een dergelijke problematiek? En hoe zou een direktieve therapeut te werk kunnen gaan?

Allereerst zal de direktieve therapeut uitzoeken hoe de seksuele interactie verloopt en taxeren in hoeverre deze interactie het seksuele probleem veroorzaakt dan wel in stand houdt. Interventies zullen daarop gebaseerd worden. Mijnheer en mevrouw J. bleken bijvoorbeeld nog steeds "te proberen" of een coïtus zou lukken. Bij een direktieve therapie "hoort" het dat de therapeut hen uitlegt dat telkens opnieuw proberen en teleurstellingen ervaren "geen zin" en (o.a.) dus impotentie oplevert. Vervolgens zal de direktieve therapeut trachten een konstruktieve seksuele interactie op gang te brengen door middel van **aan deze cliënten aangepaste** adviezen/instructies. Voor sommige mensen kunnen dit congruente aanwijzingen zijn, bij anderen zijn ze paradoxaal. Genoemd paar kreeg sensate focus opdrachten. Daarnaast werd zowel het (seksuele) gedrag van de man als dat van de vrouw cognitief geherstructureerd (d.m.v. positief etiketteren). Aanvankelijk voelden zij zich doetjes omdat niets

lukte en alles een probleem was op seksueel gebied. Het vaginisme en de impotentie kregen door de therapeut het label: "zorg voor elkaar" en "terechte angst dat het allemaal te hard gaat tussen jullie". Dit gaf ruimte voor de sensate focus oefeningen.

Verdere exploratie leverde op dat mevrouw in haar jeugd seksueel was misbruikt door twee volwassen mannen, niet familieleden. Door de gesprekken werd duidelijk dat haar vaginistische reacties waarschijnlijk werden veroorzaakt door de directe associaties met dit misbruik, die mevrouw had wanneer zij met haar man probeerde te coïteren. Besloten werd tot een (direktieve) behandeling met behulp van hypnose. Tijdens de hypnose gebruikte deze vrouw de metafoer van schoonspoelen met gezond zeewater. Toen zij zich schoon genoeg voelde merkte mevrouw op dat zij nu klaar was voor het huwelijk. Nog twee zittingen ter geruststelling en met concrete adviezen over coïtushouding waren noodzakelijk voor dit echtpaar. Al met al bestond deze direktieve therapie uit: uitleg over seksuele interacties, cognitieve herstructurering, sensate focus opdrachten, hypnotherapie voor verwerking van seksueel geweld, geruststelling. Dit illustreert het multi-dimensionale karakter van direktieve therapie in handen van een seksuoloog. In dit geval waren de interventies zowel gericht op het heden als het verleden, werden congruente en paradoxale interventies door elkaar gedaan en was de behandeling zowel op het individu als de relatie gericht.

Tot slot

Niet voor niets ontwikkelde Kaplan (1977) een geïntegreerde psychodynamisch direktieve aanpak voor seksuele dysfuncties. Een sekstherapie stagneerde immers nogal eens en de weerstanden van sommige cliënten om daadwerkelijk en letterlijk iets te "doen" aan hun seksuele probleem, waren nogal eens te groot. Verbreding van het therapeutisch arsenaal van de engseksuele sekstherapie naar de vele direktieve technieken zal echter evenzeer helpen. Een behandeling op meerdere dimensies is immers vaak geïndiceerd bij weerstanden en complexe problematieken.

Direktieve therapie heeft echter ook duidelijke grenzen. Wanneer mensen door welke oorzaak dan ook, nooit in hun leven of zeer zelden een seksuele situatie positief ervaren hebben, en dit niet berust op onwetendheid, maar op negatieve ervaringen, kan een dermate diepgewortelde seksuele klacht ontstaan dat direktieve interventies hun doel missen. Een diepe worteling van de klacht wordt ook verondersteld bij veel vormen van hyperseksualiteit en parafilieën. De direktieve therapeut zal dan moeten verwijzen. Naar wie, dat blijft een moeilijk punt!

Literatuur

- Arendsen Hein, M. en M. van der Pool (1986). Masturbatie, vroeger een ziekte, nu een therapie. In: M. Moors-Mommers e.a. (red). *Handboek Seksuele Hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hoogduin, K. (1981). De behandeling van een man met het onvermogen tot ejaculeren. *Tijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 1: 269-278.
- Kaplan, H.S. (1977). *Disorders of Sexual Desire*. Brunner/Mazel, New York.
- Masters, W.H. en V.E. Johnson (1970). *Human Sexual Inadequacy*, Little Brown, Boston.
- Vandereycken, W. (1981). Ongewone interventies bij een stagnerende sekstherapie. *Tijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 1: 213-223.
- Van der Velden, K. (red.) (1977). *Directieve Therapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.