

UIT DE PRAKTIJK: MANNEN IN SEKSTHERAPIE °

Jelto J. Drenth*

In de seksuologische literatuur is over de individuele behandeling van mannen veel minder informatie te vinden dan over de behandeling van paren. Alleenstaande mannen met seksuele problemen zijn in de seksuologische praktijk een bijzondere groep. Ook mannen die wel een vaste partner hebben, maar niet te motiveren zijn om haar bij de behandeling te betrekken, stellen bijzondere eisen aan hun therapeut. In de groep mannen die alleen in behandeling komen kunnen drie subgroepen onderscheiden worden, die elk een eigen aanpak vereisen: de verlegen jongeman, de oudere weduwnaar of gescheiden man en de man met een geheim.

Een aantal veel voorkomende kenmerken van mannen uit deze groep worden beschreven, en enige suggesties over het therapeutisch hanteren van hun specifieke weerstanden tegen sekstherapie.

Er zijn categorieën problemen die weinig in de seksuologische literatuur genoemd worden, zoals: psychosomatische klachten rond seks (bijvoorbeeld prostatitis); fobieachtige reacties rond seks; angsten en twijfels over seks, die niet met een dysfunctie gepaard gaan.

Daarnaast lijkt het erop dat de seksuologische literatuur niet helemaal recht doet aan de verschillen in type cliënt-therapeut-contactverloop. Men leest vooral over cliënten die zonder al te grote weerstanden de therapie konden volgen die de seksuoloog geïndiceerd achtte. Men hoort weinig over drop-outs, laat staan over cliënten die het advies van de intaker niet accepteren. De werkelijkheid van de seksuologiepraktijk wordt hiermee wat tekort gedaan.

In het algemeen schijnen mannen wat minder profijt te trekken van de verworvenheden van de sekstherapie. Ter illustratie:

- Masters & Johnson (1970) zelf noemden de erectiestoornissen al hun rampgebied.
- In de cijfers van het Rutgershuis te Groningen valt ieder jaar op dat wij met mannen wat onbevredigend contact hebben: wij zijn vaak niet het eerste adres, een betrekkelijk kleine groep komt na de intake ook in behandeling en bij een wat hoger percentage eindigt het contact onduidelijk, of op initiatief van de cliënt tegen het advies van de therapeut in. (Overigens lijken deze verschillen tussen mannen en vrouwen de laatste jaren wel kleiner te worden.)

* Drs. J.J. Drenth, arts-seksuoloog. Rutgershuis, Damsterdiep 65, 9711 SJ Groningen.

° Geaccepteerd 18 oktober 1989.

- Er zijn in het verleden mannetherapiegroepen ontworpen, naar het voorbeeld van de succesvolle vrouwengroepen (Barbach, 1975; Bezemer, 1985). Een aantal therapeuten heeft hier veel energie en enthousiasme in geïnvesteerd (Staffeleu, 1985). Kennelijk sluit dit aanbod toch niet zo best aan bij de behoefte van de mannelijke cliënt, want na slechts een paar jaren is er in heel Nederland nauwelijks nog een mannengroep voor seksproblemen te vinden.
- Er is, vooral voor mannen, een groeiend aanbod aan medisch-seksuologische hulp, ook voor psychogene problemen (Hengeveld, 1986).
- Hoewel in menige voormalige seksshop inmiddels een croissanterie gevestigd is, is er nog steeds een groot aanbod aan hulpmiddelen, smeerseltjes en "potentie-verhogende" middelen, waarvan het gepretendeerde effect nooit bewezen is. De neushoorn is bijna uitgeroeid omdat zijn hoorn voor dit type kwakzalverijen gebruikt wordt.

Als het klopt dat mannen minder dan vrouwen profiteren van sekstherapie, dan moeten wij ons afvragen welke manneneigenschappen maken dat zij minder "matchen" met deze aanpak. Een aantal kenmerken dringen zich dan op:

- **Rigiditeit:** mannen met seksproblemen hebben soms zeer rigide ideeën over seks: zij zijn gepreoccupeerd met overtuigingen aangaande wat normaal is (en wat niet), waarbij hun gedrag bepaald wordt door wat Zilbergeld (1978) "mythen" genoemd heeft. Die mythen hangen samen met rolopvattingen t.a.v. mannelijkheid en vrouwelijkheid.
- Deze rigiditeit leidt tot een mentaliteit waarin seks vooral als een prestatie gezien wordt, en dus tot faalangst. Ook anticiperen en "een toeschouwer van jezelf worden" horen hierbij. Er ontstaat een **viciuze cirkel**.
- **Onvermogen om te voelen:** mannen gaan weinig op hun gevoel af, sterker nog, zij voelen soms niet wat zij voelen. Hun aandacht gaat uit naar het feitelijke gedrag, de reacties van het lichaam. Hij merkt wél dat zijn penis niet stijf is, niet dat hij niet opgewonden is. Ook angst, voor de hulpverlener vaak zo voelbaar (en plausibel), wordt door de man zelf niet altijd waargenomen. Dit leidt tot somatiseren.
- **Geslotenheid:** mannen praten ongaarne over moeilijke dingen, noch met hun partner, noch met een hulpverlener. Zij vragen moeilijk hulp, maar ook als zij dit doen kunnen ze de goedbedoelde belangstelling van de therapeut soms moeilijk verdragen. Warmte en betrokkenheid zijn al gauw teveel.
- **Onmachtsgevoelens:** seks heeft voor mannen te maken met macht en onmacht, met het waarmaken van je mannelijke prerogatieven. Een man die niet goed is in bed brengt schande over alle mannen.
- Mannen reageren op seksuele tegenvallers met **schaamte**, en ze verdragen die schaamte slecht (mijns inziens reageren vrouwen vooral met schuldgevoelens als het in bed niet naar wens gaat).
- **Ongeloof:** de apostel Thomas was niet toevallig een man. De man die geen erecties krijgt en dit toeschrijft aan een defect in de apparatuur, laat zich niet geruststellen.

De man-alleen in sekstherapie.

Toen Masters en Johnson de sekstherapie invoerden als een speciale vorm van gedragstherapie, legden zij aanvankelijk de nadruk sterk op (echt)paren. Zij gingen zover dat ze mannen zonder partner surrogaatpartners aanboden. LoPiccolo en Lobitz (1972) introduceerden masturbatie als werkterrein waarop de therapeut de individuele cliënt laat oefenen. Hun cliënten waren vrouwen die nog nooit een orgasme hadden beleefd. Wat later verschenen er ook mededelingen over het gebruik van masturbatie in de therapie voor mannen. Het boek van Zilbergeld (1978) belichtte deze mogelijkheden uitvoerig.

Ook mannen die wel een partner hebben komen soms liever alleen naar de seksuoloog, en dat zal met schaamte te maken hebben, maar ook met de behoefte aan controle. De partner zou informatie kunnen geven die de man liever voor zich houdt. Mannen die alleenstaand zijn komen soms omdat het alleenzijn, het onvermogen om een partner te vinden (of te houden) hen dwars zit. Ze menen dat er iets aan hun seksuele vermogens schort, en zien daarin een belangrijke oorzaak van hun contactproblemen. (De therapeut wil de oorzaak-gevolgrelatie wel eens andersom interpreteren). Ze hebben dus twee problemen, en dat maakt hen tot moeilijke cliënten voor de seksuoloog.

Vanuit eigen klinische ervaring bespreek ik in dit artikel een aantal ideeën over mannen die individueel een seksuoloog consulteren. Voor de overzichtelijkheid heb ik hen in drie groepen opgedeeld: de verlegen jongeman, de oudere weduwnaar of gescheiden man, en de man met een geheim. Voor elke groep zal ik een probleemgebied schetsen dat min of meer karakteristiek lijkt.

De verlegen jongeman

De ervaringen van dit type jongemannen waren op één of andere manier frustrerend voor hen en, naar zij heel zeker weten, ook voor de partners. Soms werd hij "gedumpt", soms heeft hij zelf de relatie beëindigd. Niet zelden is hij ervan overtuigd dat een kneus als hij de morele plicht heeft om een meisje* vrij te laten; ze zou immers met hem alleen maar ongelukkig worden.

Een bijzonder taboebeladen onderwerp, waarover in de literatuur weinig informatie te vinden is, zijn de angsten en psychosomatische klachten van (jonge) mannen

* Het is opvallend dat de vrijgezellen die ik spreek vrijwel altijd heteroseksueel zijn. Als wij uitgaan van de gangbare raming dat ongeveer 5% van de westerse bevolking overwegend homoseksueel georiënteerd is, dan zijn homo's zeker ondervertegenwoordigd in mijn praktijk. Ik waag mij maar niet aan een verklaring.

met betrekking tot hun genitaal. Het psycho-analytische begrip castratieangst laat zich vertalen tot: angst voor beschadiging, voor ziekte, voor tekortschieten enz. Is er sprake van uitgesproken gevoelsafweer, dan kan de betreffende man somatiseren en de klacht wordt dan: pijn. Een andere uitingsvorm bij sterke gevoelsafweer is de onwrikbare overtuiging dat de penis te klein is of anderszins anatomisch ontoereikend. Zulke angsten en angstequivalenten kunnen leiden tot een speciale manier van omgaan met het genitaal en dat kan weer tot problemen leiden.

Een voorbeeld: in de medisch-seksuologische praktijk ziet men af en toe jonge mannen die advies willen over besnijding. Ze weten zich belemmerd in hun seksuele relaties vanwege een nauwe voorhuid. Bij coïtus pogingen voelen ze pijn, omdat de voorhuid oprekt en/of er aan het toompje getrokken wordt. Dat leidt tot angst en vermindering van de seksuele opwindning; soms tot erectieproblemen, maar vaker tot vermijding. Bij masturbatie bestaat het probleem niet, want de meeste mannen masturberen met bedekte eikel. Soms is het niet zozeer pijn die tot onzekerheid leidt, maar het feit dat het terugschuiven van de voorhuid wat onhandig gaat. Sommige van deze mannen hebben een min of meer dramatische ervaring gehad met een "parafymosis". Dat is de situatie die ontstaat als bij een nauwe voorhuid toch de eikel geforceerd ontbloot wordt en het terugschuiven niet lukt omdat de eikel, door afknellen, meer opzwelt dan bij een normale erectie.

In de meeste van deze gevallen is de angst mijns inziens primair, en de nauwe voorhuid secundair. Die angst leidde ertoe dat de jongen altijd heel voorzichtig was met het aanraken van zijn penis. Als bijvoorbeeld zijn ouders hem niet duidelijk geïnstrueerd hebben over penishygiëne, dan is het mogelijk dat hij nooit op het idee gekomen is om zijn voorhuid op te schuiven tijdens het wassen van zijn penis. Een enkele keer leidt dit, door smegmaophoping, tot irritatie of infectie. Soms heeft zo'n jongen geleerd om zichzelf te bevredigen zonder daarbij met de hand zijn penis aan te raken. Hij ligt erbij op zijn buik en wrijft zijn penis tegen de onderlaag of een kussen. Hij doorbreekt op deze manier niet het aanrakingstaboe, en kan moeilijk betrappt worden.

Bevat het verhaal van een mannelijke cliënt veel van zulke elementen van aanrakingstaboe en/of beschadigingsangst, dan komt het ons eigenlijk heel plausibel voor dat hij een nauwe voorhuid heeft. Men zou de nauwe voorhuid zonder duidelijke somatische pathologie het vaginisme van de man kunnen noemen. De therapie is vergelijkbaar: bespreken van de ontstaansgeschiedenis, en stimuleren om over de angst heen te stappen, zodat alsnog de ontwikkelingsachterstand ingehaald kan worden. Vaak hebben deze jongens weerstanden om deze oefeningen uit te voeren, maar met zachte hand en veel aanmoediging lukt het meestal om het probleem op te lossen zonder de medewerking van een chirurg (Drenth, 1987). Chirurgisch ingrijpen is alleen geïndiceerd bij een echte fymosis, of een kort en stevig toompje.

Lukt het de jongen om zijn voorhuid op te rekken, dan behoort het probleem meestal tot het verleden, maar soms verschuift de klacht. Van Craen en Pieters (1988) beschrijven een jongen die op de leeftijd van 6 à 7 jaar van de huisarts moest oefenen om de voorhuid te verwijderen, maar die bleef zitten met chronische, kennelijk psychogene pijn in de eikel. De behandeling van deze casus verliep moeizaam, totdat er middels hypnotherapie een verdrongen seksueel trauma aan de oppervlakte kwam. Het symptoom verdween toen zonder verdere specifieke interventies.

Andere zorgen rond het genitaal dan een nauwe voorhuid worden soms helemaal niet geuit. Het is niet ongewoon dat een man die zich iedere dag gedeprimeerd weet omdat hij zijn penis te klein vindt, dat zelf niet te berde zal brengen als hem er niet letterlijk naar gevraagd wordt. Maar sinds de angst voor AIDS heb ik beslist de indruk dat er vaker vragen komen over bultjes, pukkels, atheroomcysten, smegma, een verontrustende geur of kleur, een verandering in de consistentie van het sperma, enz.

De oudere weduwnaar of gescheiden man

In zijn huwelijk was de seks misschien niet zo fantastisch, maar omdat ze al zo lang bij elkaar waren was het geen probleem. Hij vermeed wel eens een beetje, maar zij ook. Verwijten hebben ze elkaar er vrijwel nooit over gemaakt, zoals er überhaupt weinig over seks gepraat werd. Zo weet hij vaak niet of zijn vrouw nu wel of niet orgastisch was. "Dat zal toch wel", zegt hij, maar weet niet waaraan hij dat had moeten merken. Na het overlijden van zijn vrouw heeft hij niet gemasturbeerd: er was te veel verdriet, en de laatste keer dat hij masturbeerde was sowieso misschien wel twintig jaar geleden. Na een tijd is er een voorzichtige relatie ontstaan met een weduwe. Hij begon wat zenuwachtig aan de eerste seksuele interactie, en het is niet gelukt (hij had geen erectie). Het is uitgeraakt en de vraag die hem sindsdien kwelt is: ben ik afgeschreven?

Een mijns inziens heel kenmerkend probleem van de oudere alleenstaande man is ambivalentie; de twijfel of het niet te gek is dat hij nog wat verwacht van zijn seksualiteit. "Ben ik niet te oud? M'n hele leven heb ik de seks op z'n beloop gelaten en nu moet ik zo nodig. Maar als ik de seks afschaf, dan kan ik het een vrouw niet aandoen om met haar een intieme relatie aan te gaan. En dan voel ik me toch eigenlijk geen man meer."

Dit kan leiden tot een heel specifieke relatie tussen hulpvrager en therapeut. De man smeekt als het ware om weggestuurd te worden, om terechtgewezen te worden voor zijn onmatigheid. Zijn boodschap is: "ik wil zo graag en ik schaam me dood dat ik zo graag wil." Iets soortgelijks speelt ook in de interactie met een nieuwe partner: als zij hem vertelt dat hij ondanks zijn matige erecties toch een heel goede minnaar voor haar is, dan zal hij het compliment niet oppikken maar zich eerder gekleineerd voelen. In het algemeen komt hij liever alleen dan met z'n vriendin; misschien voelt hij

aan dat de seksuoloog en de partner ongeveer dezelfde, voor hem moeilijk te aanvaarden boodschap in petto hebben. Bijvoorbeeld dat er meer dan één criterium is waarop de seksuele satisfactie beoordeeld kan worden. Of dat niet iedereen in seks te werk gaat volgens het adagium "alles of niets".

Een ander kenmerk van deze groep blijkt als de therapeut uitlegt dat het uitblijven van een erectie bij een intact lichaam betekent dat de man niet opgewonden is. Opgewonden zijn is een gevoel, en op dat aspect is zijn aandacht meestal niet gericht geweest. Als hij nadenkt over de vraag wat hem seksueel opwindt, dan komen er meestal maar heel weinig ideeën. Hij heeft geen fantasieën; erotische literatuur of pornografie doet hem niets. Kennelijk was in zijn jongere jaren een zuiver lichamelijke prikkeling in de vertrouwde situatie voldoende voor lichamelijke reactie en nu niet meer. Dit hoeft overigens niet absoluut waar te zijn. Als men laboratorium-onderzoek doet naar het effect van visuele seksuele stimuli op de erectie (gemeten met een plethismograaf of erectiometer) dan zal soms blijken dat hij geneigd is zijn erecties te onderschatten. Ook een nieuwe partner zal vaak betogen dat hij zijn erecties veel incompleter inschat dan zij.

Bij oudere mannen met een vaste partner heeft de seksuoloog soms de indruk dat hij hem het meest tegemoet zou komen als er een lichamelijke oorzaak gevonden zou worden, als legitimering van het tekortschieten als man. Bij de groep die alleenstaand is op het moment van aanmelding lijkt de behoefte aan legitimering niet zo vaak aanwezig.

De man met het geheim

Hij kan nog jong, maar ook al middelbaar van leeftijd zijn. Zijn seksuele ervaringen met partners worden niet zozeer gekenmerkt door dysfunctie, maar door gebrek aan intimiteit. Hij mist het vermogen om over moeilijke dingen te praten; hij wil dan eerder de kop in het zand steken, voelt zich niet begrepen of aangevallen en reageert zich af.

In zijn seksuele programmatuur zit het geheim. Bijvoorbeeld:

- als hij emotioneel klem zit exhibiteert of voyeert hij;
- zijn seksuele fantasieën gaan over een taboe-onderwerp (veel jongere of oudere partners, travestie, prostituées, S.M.).

Een gedeelte van deze groep komt in aanraking met de politie. Sommigen hebben al enige ervaring met psychiaters of maatschappelijk werkers, maar omdat de kern van hun probleem zo taboebeladen is, wordt er vaak niet of alleen oppervlakkig over gepraat. Sommigen zouden, vanwege alcoholproblemen, goede kandidaten zijn voor een klinische behandeling (de hiërarchische therapeutische gemeenschap of dagbehandeling), maar vanwege de aard van het taboe durven zijzelf of hun therapeuten daar niet aan te beginnen.

De meeste mannen uit deze groep hebben geen seksuele dysfuncties en tenminste enige ervaring met seksuele relaties. Maar er ontbreekt in hun relaties vaak een element van contact. Als er moeilijkheden zijn, wordt er niet gepraat, maar weggelopen. Weglopen dreigt ook vaak in de therapie. Deze mannen zijn moeilijk te doorgronden. Een man met een geheim is uiteraard niet zo communicatief ingesteld. Soms komt pas na vele sessies een belangrijk onderwerp aan bod dat in de intake verborgen gehouden is. Hij geeft zich moeilijk bloot, deels uit schaamte, deels omdat hij niet zoveel verwacht van intermenselijk contact. Hij gaat er in ieder geval niet van uit dat zijn specifieke "perversiteit" door iemand begrepen, laat staan geaccepteerd zal worden. Het werkelijk aanvaarden van hulp kan hem grote moeite kosten.

Zoals gezegd komt een gedeelte van deze mannen niet uit vrije wil, maar via politie- of justitiecontacten, of onder druk van hun partner. Andere mannen in deze groep kwamen door hun isolement of hun gebrek aan sociale vaardigheden tot andere problematische gedragspatronen (verslaving aan alcohol of gokken) waardoor ze zich gedwongen zien om hulp te aanvaarden. De cliënt komt dus niet omdat hij naar verandering verlangt, maar omdat hij wel moet. Hij komt dan bij een therapeut waarvan hij binnen de kortste keren aanvoelt dat die contact met hem probeert te krijgen, iets waar hij nu net zo'n moeite mee heeft. Uiteraard kleurt dit de relatie met de therapeut. Dat kan van twee kanten komen: nogal wat therapeuten zijn weinig bereid om te werken met cliënten die niet geheel vanuit een eigen innerlijke behoefte gemotiveerd zijn, en als het afweren van het contact al te nadrukkelijk voelbaar is, dan kan de therapeut zich daardoor gekwetst voelen en om die reden emotioneel afhaken.

Ook in deze groep cliënten komen de angsten rond het genitaal die ik hierboven beschreef niet zelden voor. Kennelijk kunnen zulke obsessieve angsten leiden tot acting-out, bijvoorbeeld in de vorm van exhibitioneren. Van exhibitioneren wordt verondersteld dat het doorgaans als doel heeft het reduceren van interne spanning en het compenseren van ervaringen van tegenslag, falen, bedreiging en zich-verworpen-voelen. In de engelstalige literatuur heet dit: "turning tragedy into triumph" (Van de Loo, 1987).

Wat mij hierbij steeds weer schokt is dat er mannen zijn die jarenlang dagelijks piekeren over hun genitaal, maar die in hun contacten met hulpverleners daar nauwelijks over gepraat hebben. Hun eigen motief om het onderwerp te vermijden, schaamte, is begrijpelijk. Maar de hulpverlener heeft kennelijk nooit rechtstreeks gevraagd naar dit aspect van de lichaamsbeleving. Misschien is het praten over zuiver lichamelijke zaken in psychotherapie niet algemeen gebruikelijk. Als men over seks praat, dan praat men al gauw over gevoelens, niet over geslachtsorganen.

Het hanteren van de typische mannenweerstanden

Tot zover mijn drie vignetten. In de therapeutische aanpak vragen de kenmerken die ik eerder noemde speciale aandacht.

De **rigiditeit** is moeilijk aan te pakken in individuele therapie. In mannengroepen is het samen bespreken van bijvoorbeeld de mythes van Zilbergeld een hulpmiddel om tot versoepeling van de standpunten te komen. Men is eerst tolerant voor een ander, dan pas voor zichzelf.

Om de **vicieuze cirkel** van negatieve anticipatie te doorbreken zijn de methoden van Masters & Johnson, LoPiccolo en Zilbergeld in principe adequaat. Voornaamste kenmerk is: huiswerkopdrachten waarbij vaststaat dat er slechts tot een bepaald punt van de gedragssequens doorgedaan mag worden. Het is soms moeilijk om de cliënt ertoe te krijgen.

Voor het **onvermogen om te voelen** leveren de sekstherapeutische oefeningen wel een kader, maar naar mijn ervaring is het lang niet altijd genoeg. Uiteraard kan de therapeut in het gesprek steeds alert zijn op het benoemen van emoties (de grondhouding van de client-centered therapy), maar meestal verbetert dit element sneller als er een partner participeert in de therapie.

De **geslotenheid** en de angst voor te grote nabijheid van de therapeut kan gehanteerd worden door het gebruik van bepaalde methodieken. Rationeel Emotieve Therapie bijvoorbeeld: de cliënt analyseert, aan de hand van een standaardformulier, zijn gedachten (doorgaans destructieve) over een bepaalde emotioneel beladen situatie, en wordt uitgedaagd om ze te vervangen door andere, meer constructieve gedachten. De therapeut is supervisor van de zelfanalyse van de cliënt. Methodieken uit de hypnotherapie zijn ook bruikbaar om het intimiteitsniveau niet al te hoog te laten worden. De therapeut communiceert als het ware met het onbewuste, niet met de cliënt zelf.

Het specifiek beïnvloeden van de **onmachtsgevoelens** is moeilijk; belangrijk vind ik dat de therapeut niet meegezogen wordt in de onmacht. Een techniek die ik enkele malen gebruikt heb is "een verlengde intake": de therapie steeds uitstellen totdat de cliënt de therapeut ervan kon overtuigen dat hij tenminste nieuwsgierig was naar verandering.

De **schaamte** is in het contact met de therapeut eigenlijk snel voorbij, maar dan kan het in relaties met anderen nog een onneembare barrière blijven. Daarom zou ik graag meer in groepen werken, maar juist vanwege de schaamte kan het moeilijk zijn om mannen te motiveren voor groepstherapie.

Het **ongeloof** van de cliënten leidt ertoe dat men in de therapie van mannen soms "zwaar geschut" in stelling brengt. Bij anorgasmie van mannen blijkt uit de literatuur dat sommige behandelaars een grote rol aan de vibrator toekennen (bij vrouwen is primaire anorgasmie een veel meer voorkomende klacht, maar in de therapie ervoor is de rol van de vibrator toch niet groter dan die van mogelijk hulpmiddel).

Bij erectieproblemen zijn de nieuwe medisch-seksuologische methoden (protheses en papaverine-injecties) machtige wapens. Ook bij mannen met zuiver psychogene erectiestoornissen worden ze toegepast: Hengeveld wijst erop dat de link tussen etiologie en behandelmethodiek in de praktijk niet succesvol blijkt. Niet iedere man met een erectiestoornis als gevolg van een dwarslaesie zal gecharmeerd zijn door de mogelijkheid van zelfinjectietherapie, en niet iedere man die een zuiver psychogene erectiestoornis heeft is geschikt voor seks- cq. psychotherapie. Veel zinniger is het om te zoeken naar indicatieve factoren die het succes van enerzijds psycho- cq. sekstherapie, anderzijds papaverine-injecties kunnen voorspellen. Het is zeker denkbaar dat een aantal papaverine-injecties een enorme ondersteuning kan zijn bij sommige sekstherapieën. De man die aan het begin van een sekstherapie (waar hij als een berg tegen opziet) nog zit met twijfel of zijn lichaam wel echt in staat is tot goede erecties kan aan één of enkele farmacologisch geïnduceerde erecties een grotere motivatie ontleen. Samenwerking tussen de somatici en de sekstherapeuten komt echter moeizaam op gang.

In het algemeen vraag ik mij wel eens af of therapeuten vanuit zichzelf niet meer geneigd zijn om te werken met vrouwen dan met mannen. Er wordt soms makkelijk gezegd dat de cliënt niet gemotiveerd is, maar hoe staat het met de motivatie van de sekstherapeuten?

Literatuur

- Barbach, L.G. (1975). *For yourself. The fulfilment of female sexuality*. Doubleday, New York. Ned. vertaling: *De totale vrouw*. Omegaboek, Amsterdam.
- Bezemer, W. (1985). Groepsbehandeling van vaginisme. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 9: 16-24.
- Craen, W. van en G. Pieters (1988). De pijnlijke penis: een gedragstherapie met een hypnotherapeutische procedure als glijmiddel. *Gedragstherapie*, 21: 257-273.
- Drenth, J.J. (1987). Seksuele problemen en stoornissen bij mannen. In: Slob, A.K., C.W. Vink, J.P.G. Moors en W. Everaerd (red.) *Seksuologie voor de arts*. Samson Stafleu, Alphen aan den Rijn.
- Hengeveld, M.W. (1986). Erectile dysfunction: diagnosis and choice of therapy. *World Journal of Urology*, 3: 249-252.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. Brunner/Mazel, New York.
- Loo, E.L.H.M. van de (1987). *Genital exposing behaviour in adult human males*. Academisch proefschrift, Universiteit Leiden.
- LoPiccolo, J. en W.C. Lobitz (1972). The role of masturbation in the treatment of primary orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behaviour*, 2: 163-172.
- Masters, W.H. en V.E. Johnson (1970). *Human sexual inadequacy*. Little Brown, Boston. Ned. vertaling: *Sexueel onvermogen bij man en vrouw*. Paris, Amsterdam.
- Staffleu, J. (1985). Groepstherapie voor mannen met seksuele problemen. In: Moors-Mommers, M., W. Bezemer, J. Frenken, W. de Regt, G. Roelofs en W. Vandereycken (red.) *Handboek Seksuele Hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Zilbergeld, B. (1978). *Male sexuality*. Little Brown, Boston. Ned. vertaling: *Mannen en seks*. Masereelfonds, Gent.

Summary

Men in sextherapy

In sexological literature, information on individual treatment for males is rare, when compared with the vast literature on couples' treatment. Single men with sexual difficulties are a distinct group in sexological practice. Moreover, men in steady relationships who are unwilling to involve their partners in treatment demand a special approach. Three subgroups, each one asking for specific considerations, can be distinguished: the shy youth, the elderly widower or divorcee, and the man with a secret.

Some common characteristics are described, and some suggestions are given on how to deal with specific resistances to changes.