

MULTISYSTEMISCHE THERAPIEBENADERING BINNEN DE SEKSUOLOGISCHE HULPVERLENING °

S.T.M. Terwindt*

In de seksuologische hulpverlening wordt als systeemtherapie vooral partnerrelatie-therapie toegepast. Betreffende hulpverlening bij seksueel geweld (incest) lijkt het erop dat gezinstherapie maar in beperkte mate zinvol en effectief gevonden wordt. In dit artikel wordt gepleit voor een multisysteem-behandeling van seksuele problemen, waarbij het niet nodig en niet gewenst is dat het totale huidige gezin van de hulpvrager aan de therapie deelneemt. In deze methode kunnen afwisselend meerdere systemen in sessies met de cliënt alleen bij de therapie worden betrokken: het gezin van herkomst, de uitgebreidere familie, de huidige partner en eventueel de kinderen, maar ook een vriendenkring of collega's. De cliënt leert eerst diens eigen positie, houding en gedrag binnen deze systemen als een betekenisvol, samenhangend geheel te zien, en dan eventueel op een andere wijze binnen deze systemen te functioneren.

Aan de hand van een casus-beschrijving worden suggesties gedaan voor multisysteemisch behandelen van seksuele problemen. In de discussie wordt van de werkmethode een systeemtheoretisch kader gegeven, en enkele andere vragen ten aanzien van multisysteemisch werken in de seksuologische hulpverlening worden opgeworpen.

In het algemeen zal men denken: seksuologische hulp wordt aan individuele cliënten of hoogstens aan twee partners verleend. Gezinstherapie komt bijna niet voor (o.a. Rutgersstichting, 1989). Dit lijkt nogal logisch. Er zijn immers voldoende redenen om geen gezinstherapie toe te passen bij seksuologische problematiek. Ten eerste vindt men dat de inhoud van de problemen in de privésfeer ligt: er zijn grenzen aan wat kinderen en andere familieleden zouden moeten weten. Verder kan gezinstherapie erg confronterend zijn, met name voor slachtoffers van seksueel geweld binnen het gezin (Vos, 1988; over 3 sporenbeleid: Bullens, 1988). Feministische systeemtherapeuten stellen bovendien dat de meeste gezinstherapeutische stromingen met hun neutraliteits-standpunt (onpartijdigheid, gelijke steun en hulp voor ieder gezinslid) te weinig oog hebben voor de seksegebonden verschillen in beleving en gedrag rond seksualiteit. Dit is nadelig voor slachtoffers van seksueel geweld. Er is per definitie machtsongelijkheid, de dader kan niet op gelijk niveau worden behandeld (MacKinnon en Miller, 1985; MacKinnon en James, 1990). Ten derde is het de vraag of iedereen van het gezin gemotiveerd zou zijn om te komen. De hulpvraag komt immers van één

* Drs S.T.M. Terwindt, maatschappelijk werker + VO, socioloog. Werkzaam als seksuoloog bij Rutgersstichting in Den Haag en Alkmaar. Westzanerdijk 108, 1507 AK Zaandam.

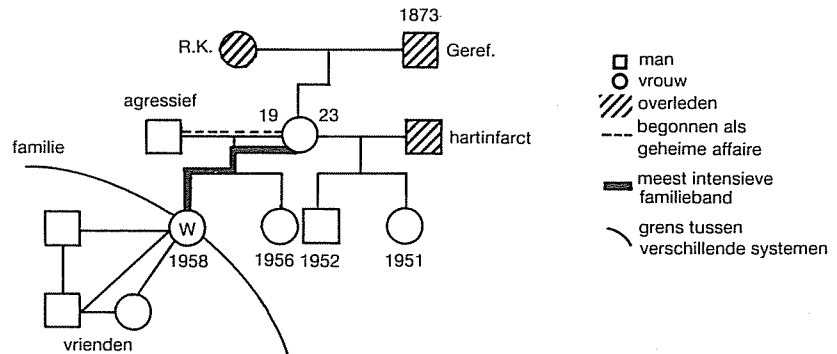
° Geaccepteerd voor publikatie 27 november 1990.

of beide partners. In dergelijke situaties is dus gezinsbehandeling niet geïndiceerd. Volgens de registratiegegevens van de Rutgersstichting lijkt het er zelfs op dat steeds meer alleenstaanden hulp zoeken voor een seksueel probleem in de afgelopen jaren; het aantal partnerrelatie-therapieën lijkt relatief iets te dalen (Rutgersstichting, 1989).

Systeemtherapeutische methoden die beter toepasbaar bleken te zijn bij seksuele problemen zijn de partnerrelatie-therapievormen die in de vroege zeventiger jaren opgeld deden (o.a. Jacobson, 1979; Crowe, 1987). Binnen deze directieve aanpak was de "lichamelijk getinte" gedragsmatige sekstherapie à la Masters en Johnson (Dekker, 1990) goed in te passen. Maar in het geval van seksuele klachten die *diepere* oorzaken hebben (terug te voeren tot ver in de familiehistorie van de cliënt) bleek deze vorm van partnerrelatie-therapie lang niet altijd effectief te zijn. Ook individuele, "gewone" psychotherapie kan hier falen (Hof en Berman, 1986). Ik wil in dit artikel zoeken naar mogelijkheden van systeembenaderingen in deze gevallen van resistente, dieper liggende problematiek op seksueel gebied. Hier lijken methoden geïndiceerd waarin een familielid of vriend slechts incidenteel wordt uitgenodigd om aanwezig te zijn op één of meer sessies. Vaak neemt een cliënt zelfs alleen contact op met bijvoorbeeld een ouder. Er blijkt vaak dat er in het gezin van herkomst, soms zelfs van meerdere generaties terug, een *gezinsgeheim of schandaal in de seksuele sfeer* op het gezin drukt (Carpenter en Treacher, 1989): De cliënt weet vaak niet eens wat precies is gebeurd, heeft er in ieder geval nooit over gepraat met familieleden. In deze systemische benadering kan de cliënt ook besluiten om in contact te treden met anderen die ook een rol spelen in de verdrongen of verborgen gehouden gebeurtenis of attitude. Er kan vaak sprake zijn van een individueel therapeutisch contact (Carpenter en Treacher, 1989; Hof en Berman, 1986).

De casus: Mevrouw W.

Eerst zal ik een praktijkvoorbeeld introduceren. Later zal aan de hand van deze casus, de aanzet tot een multisystemische therapie-methode worden gegeven, in een gefaseerd model (zie figuur 1).



Figuur 1: (Deel van) systemogram van mevrouw W.

Mevrouw W. is in Suriname geboren en woont al jaren in Nederland. Zij doet administratief werk bij een groot reisbureau. Cliënte was 30 jaar bij aanmelding en had als seksueel probleem onder andere anorgasmie. Ook had zij steeds minder zin in vrijen met haar vriend (die zij toen 1 jaar kende), behalve als zij samen stevig gedronken hadden. Zij woont niet samen met haar vriend en zou dit ook (nog) niet willen. Mevrouw W. gaf in het intake-gesprek al aan dat een groot deel van haar seksuele klachten door schaamtegevoelens werden veroorzaakt. Binnen haar gezin van herkomst werd vreemd en geheimzinnig met seks omgegaan; haar eerste menstruatie werd door haar moeder en haarzelf ervaren als een "drama van bloed" aldus mevrouw W.

De multisysteem-benadering van een seksueel probleem

Het doel van dit artikel is: het pleiten voor een breder multisystemisch behandelingsperspectief binnen de seksuologische hulpverlening. Dit is op zich geen nieuwtje: er zijn theorieën genoeg opgesteld omtrent systeemtheoretische aspecten van intieme relaties en geconcretiseerd in therapie-modellen die gebaseerd zijn op het werken met cliënt-systemen (zie ook hieronder bij "discussie". De later beschreven suggesties zijn dan ook gebaseerd op theoretische kaders die in deze discussie beknopt aan bod komen). Wat ik wil laten zien is dat sommige seksuele problemen *individueel* volgens een multisystemisch procedé behandeld kunnen worden. In de Nederlandse seksuologische hulpverlening zijn bijvoorbeeld de intergenerationele therapie-methoden niet vaak toegepast.

Uitgangspunt

In mijn voorstel ga ik uit van het standpunt dat seksuele beleving en problematiek weliswaar individu-gebonden zijn, maar niet los staan van de *context* van de cliënt (zijn/haar herkomst, huidige leef- en werkomgeving en relaties daarbinnen). Deze context, die bij belevingsaspecten van seksualiteit een grote rol speelt en aanleiding kan geven tot stoornissen in seksueel verlangen of in het seksueel functioneren, geeft mijns inziens dan ook aanleiding tot multisystemische behandeling bij seksuele problematiek. In een dergelijke behandeling zullen dan die systemen (settings) aandacht in de therapie moeten krijgen, die door cliënt (en ook therapeut) geassocieerd worden met het seksuele probleem. Het kan de familie van herkomst zijn maar ook een vrienden- of werkkring: systemen die de seksuele waarden en cognities van de cliënt sterk bepalen of bepaald hebben, moeten aan bod komen. Uiteraard is de partner of het huidige gezin van de cliënt (indien aanwezig) ook van het grootste belang. Last, but not least, moet het *therapeutisch* systeem vermeld worden: de therapeutische relatie beïnvloedt het seksuele belevings- en waardenpatroon van de cliënt. Na verkenning van deze beïnvloedende systemen in de therapie (omgekeerd: beïnvloeding door de cliënt, als dit binnen het therapiedoel past), dient integratie van al die informatie door de cliënt plaats te vinden. Verbanden tussen verleden en heden, tussen de partnerrelatie en andere systemen, tussen seksuele en niet-seksuele relevante thema's kunnen, indien door de cliënt zelf beleefd, een betekenis-

volle rol spelen in de therapie. Dit kan ik hier niet bewijzen; het is een vermoeden dat ik baseer op bovenvermeld uitgangspunt.

Het grootste deel van de *sessies* zal mijns inziens met de cliënt *individueel* moeten geschieden, omdat deze tijd en gelegenheid moet hebben om de complexiteit en barrières in zijn of haar individuele leven te onderzoeken en er iets mee te doen. Seksualiteit wordt immers individueel beleefd, en het lichaam geeft een individuele reactie. In een latere fase kan bijvoorbeeld de partner deelnemen aan sessies. *Tussen de sessies in* heeft de cliënt contact met familieleden en andere relatiesystemen. Binnen de "natuurlijke omgeving" kan de cliënt het volgende doen: a. verkennen van eigen gevoelens en lichaams-reakties bij intiem contact; b. uitwisselen van gevoelens en reakties met de ander; c. verkennen van waarden, gebeurtenissen en (gezins-)taboes, eventueel uit het verleden, omtrent seksualiteit; d. handelen naar aanleiding van de verkregen informatie (bijvoorbeeld praten met familieleden, of het uitproberen van alternatief seksueel gedrag). Overigens kies ik voor de term "multisysteem-seksuologische hulpverlening" en niet voor bijvoorbeeld "intergenerationele sekstherapie" omdat in het laatste geval een essentieel element van de voorgestelde benadering verloren zou gaan: de aandacht voor andere sociale netwerken van de cliënt. Mijns inziens zou de cliënt immers *juist lossen moeten komen van intergenerationele waarden*, vooral als deze de cliënt schaamte- en schuldgevoelens bezorgen. Partner en vrienden-netwerken zijn bij uitstek geschikt om kennis te nemen van alternatieve, vrijere (seksuele) normen en waarden. Daarom zijn de andere sociale netwerken ook aandachtspunt bij de voorgestelde multisystemische aanpak.

Het genogram: een intergenerationele techniek

Een in de seksuologische hulpverlening in Nederland nog ondergewaardeerd technisch middel is het *genogram*. Dit middel wordt veel in de intergenerationele therapeutische benaderingen gebruikt. Hoezeer seksuele problematiek kan wortelen in het leven van groot- en overgrootouders, kan blijken uit het beeld van dit genogram. Een genogram is een diagram dat de stamboom van de familie van herkomst weergeeft (in ieder geval tot en met de grootouders). Er kan veel informatie omtrent de familie in worden verwerkt, middels allerlei symbolen (Stagoll en Lang, 1980). Stemmingen en emoties kunnen door middel van kleuren of trefwoorden worden weergegeven. Belangrijke gebeurtenissen (ziekte, verhuizing, ruzies) kunnen eveneens in het diagram worden vermeld (Stagoll en Lang, 1980). Een genogram kan door de cliënt alleen of samen met de therapeut worden gemaakt. Behalve informatieverzameling kan het genogram andere functies voor therapeut en cliënt hebben: alle factoren en relaties die voor de klacht van betekenis zijn, kunnen *overzichtelijk* worden weergegeven. De complexiteit van de context kan aldus controleerbaar worden gemaakt. Ook heeft het genogram een metaforische waarde; het kan een brug slaan naar weggestopt emotioneel (traumatisch) materiaal, omdat het de familie van herkomst symbolisch in beeld brengt (Heinl, 1985). Voorbeelden van dergelijke symbolen zijn in de casus-beschrijving te vinden. In de literatuur is een enkel voorbeeld te vinden van het gebruik van genogrammen bij seksuele hulpverlening (Hof en Berman, 1986). Volgens deze auteurs kan het diagram van nut zijn bij het opsporen van

verborgen feiten en gezinsgeheimen. Na introductie van het algemene genogram kan men zich richten op seksuele thema's en de cliënt hiernaar uitvoerig vragen. Vervolgens kan de cliënt eventueel nadere informatie bij familieleden trachten te verkrijgen. In uitgebreidere vorm zal het genogram in de te beschrijven werkwijze een belangrijke plaats innemen.

Fasenmodel van multisystemische seksuologische hulpverlening (MSH)

Hieronder wil ik proberen om een aanzet te geven tot ontwikkeling van een multisysteem-methode in opeenvolgende fasen (die overigens in zekere mate door elkaar zullen lopen). Dit zal geschieden aan de hand van de verdere beschrijving van de casus (mevrouw W.).

Fase 1: *intake*

Omdat in deze beginfase al dan niet de keuze gemaakt moet worden voor indicatie van MSH, moet goed worden onderzocht, of: a. de klacht met een minder ingrijpende en kortere therapievorm kan worden aangepakt, zoals partnerrelatietherapie (gedragstherapeutisch) of sekstherapie; b. de klacht aanleiding geeft tot multisystemische behandeling, bijvoorbeeld als de cliënt een partner heeft (eerste systeem), de klacht duidelijk samenhangt met beïnvloeding door het gezin van herkomst (tweede systeem). Dit laatste kan blijken uit diepgaande gevoelens van *schaamte* omtrent seksualiteit. Tevens kan de cliënt sterk beïnvloed zijn door een vroegere vriendenkring (derde systeem) en kan toen bijvoorbeeld tot alternatief seksueel gedrag zijn overgehaald. Ook lijkt het mij in deze intake-fase van belang (zeker in het geval van diepgaande problematiek) dat de samenhang van het seksuele symptoom met niet-seksuele aspecten in het leven van de cliënt, wordt ingeschat. Dit kan van belang zijn om een volledig beeld te krijgen van alle systemen die een rol spelen bij de klacht. Als een cliënt bijvoorbeeld last heeft van situationele impotentie (in contact met vrouwen heeft hij angst en "faalt", maar niet bij masturbatie), dan kan het contact van vrouwen, met name in de werk-omgeving (vierde systeem) een belangrijk therapeutische aangrijpingspunt zijn; c. de cliënt voldoende is gemotiveerd tot een dergelijke (soms tijdrovende) behandeling.

In de literatuur (Hof en Berman, 1986) over intergenerationele systeemtherapieën zijn enkele contra-indicaties vermeld betreffend het gebruik van het genogram (een middel dat in uitgebreidere vorm deel uitmaakt van MSH): crisissituaties, ernstige depressieve of psychotische toestanden, onvoldoende intelligentie of motivatie, of de noodzaak van eerste opvang in gevallen van seksueel geweld, worden als de belangrijkste genoemd. Is er een partner dan zal deze in de (maximaal 3) intake-gesprekken minimaal 1 keer worden uitgenodigd, als de cliënt hiermee instemt.

Mevrouw W. gaf, zoals gezegd, al snel aan dat zij zelf dacht dat een groot deel van haar seksuele problemen door haar schaamtegevoel werden veroorzaakt, en dat de bron van deze schaamte in het gezin-van-herkomst moest worden gezocht. Zij was desgevraagd goed gemotiveerd om meer inzicht te krijgen in de familiale normen en waarden betreffende seks, al vond zij het moeilijk met mij over seksuele thema's te praten. Verdere contra-indicaties (crisissituatie, depressie) kon ik niet ontdekken en proefinterventies bestaande

uit sensate focus-opdrachten en andere sekstherapeutische suggesties, stuitten bij cliënte op weerstand.

Fase 2: introductie MSH

Als aan de intake-criteria voldaan is en er zijn geen contra-indicaties van betekenis (zie fase 1) dan kan MSH aan de cliënt worden voorgesteld. De therapeut dient in deze fase wel goed uit te leggen wat doel, voor- en nadelen van de methode zijn, wat er van de cliënt wordt gevraagd aan inzet en tijdsinvestering.

Toen ik bij mevrouw W. de mogelijkheid van MSH ter sprake bracht, leek het haar wel moeilijk om bijvoorbeeld met moeder over seks te praten, haar te vragen naar gebeurtenissen die belangrijk waren geweest, of haar belevingen. Met vader wilde zij al helemaal niet praten, laat staan over seks. Zij kon niet goed met hem opschieten en hij werd al snel kwaad. Omdat moeder echter nog niet zo lang geleden tegen cliënte gezegd had dat zij hoopte dat cliënte meer van "dingen met haar vriend" kon genieten dan zij ooit gedaan had, was mevrouw W. ook wel benieuwd naar moeder's belevingen betreffende intimiteit en seksualiteit. Cliënte bracht ook naar voren dat zij sterk beïnvloed werd door een vriendenkring (waartoe ook haar vriend behoorde) wat betreft het vrijer praten over seksualiteit. Dit beleefde zij als positief maar verwarrend: de seksuele normen en waarden thuis waren hiermee immers in strijd. Seksualiteit werd vroeger in het gezin gekoppeld aan iets dat met geheimzinnigheid en zelfs met schande te maken had. In deze verwarring wilde cliënte in de therapie klaarheid brengen.

Fase 3: vóóronderzoek

Dit is één van de hoofdzaken van MSH. De cliënt maakt (eventueel samen met de therapeut) een eerste genogram van het gezin van herkomst. In MSH dient in dit genogram ook plaats te zijn voor andere systemen en netwerken die in het verleden of heden een betekenisvolle rol vervullen in het (seksuele) leven van de cliënt. Basisstructuur van het genogram wordt gevormd door gezin van origine en (eventueel) huidig gezin of partner, maar deze grondvorm kan in dit kader worden *uitgebreid*. Alle andere netwerken die voor de seksuele klacht van betekenis zijn of een grote rol spe(e)(d)en bij de seksuele waarden-oriëntatie van de cliënt (zoals een vriendenkring) kunnen een plaats krijgen in het genogram. Dit wordt dan uitgebreid tot een soort totaal-diagram, dat ik hier *systemogram* zal noemen.

Voordat tot een latere fase in de therapie wordt overgegaan, wordt dit systemogram uitgebreid besproken en uitgewerkt; belangrijke gebeurtenissen of vraagtekens (eventuele gezinsgeheimen) worden geïnventariseerd en naar hun betekenis onderzocht. Het (seksueel) systemogram lijkt enigszins op het eerder in Amerika gepubliceerde seksuele genogram (Hof en Berman, 1986). Het systemogram is echter ruimer van opzet en kan meerdere sociale netwerken beslaan.

De volgende vragen zouden in ieder geval met behulp van het systemogram aan bod moeten komen: Wie zond welke openlijke of bedekte boodschappen uit, omtrent seksualiteit, intimiteit, mannelijkheid en vrouwelijkheid? Wie gaf opvallend weinig boodschappen? Wat waren de eventuele gezinsgeheimen of -schandalen,

wie speelde er welke rol in en wat was de invloed ervan op de cliënt? Waarover kon de cliënt met wie gemakkelijk of moeilijk praten, betreffende de in de eerste vraag genoemde thema's? Hoe ziet de partner van de cliënt de rol van het gezin van herkomst en hoe past de partner binnen dit waardensysteem? Welke relatiesystemen hadden of hebben ook invloed op de seksuele houding en gedrag van de cliënt? Waar bestond/bestaat die invloed uit? Staan de normen en waarden van een bepaald systeem in scherpe tegenstelling tot die van een ander systeem? Er kunnen eventueel meerdere systemogrammen worden gemaakt, met name als er veel systemen bij betrokken zijn. De cliënt kan worden gevraagd, het eerste systemogram alleen te tekenen. Dit kan extra informatie geven: afgrenzing van de verschillende relatiesystemen ten opzichte van elkaar bijvoorbeeld. Zo kan een cliënt de familie van origine volkomen afgescheiden hebben van de partner of vrienden. Een andere cliënt toont een systemogram waar deze netwerken meer door elkaar heenlopen. Deze gegevens kunnen worden besproken en geïnterpreteerd tijdens de sessies.

Wat betreft seksuele thema's, bleken voornamelijk twee relatiesystemen van belang te zijn (zie figuur 1): de familie van herkomst en de vriendenkring waartoe ook de partner behoort (uiteraard vormen partner en cliënte eigenlijk een derde systeem). Betreffende niet-seksuele thema's (zoals in dit geval: assertiviteit in het algemeen) is ook het systeem van enkele collega's (hier niet getekend) van belang. Wat betreft de familie van herkomst bleek in deze onderzoeksfase van belang dat cliënte nooit noemenswaardig contact had gehad met haar halfbroer en -zus (van de eerste man van moeder die vroegtijdig aan een hartinfarct is overleden).

Fase 4: voorbereiding tot acties

Het hangt van het therapiedoel af, of (en zo ja, welke) acties de cliënt naar aanleiding van het systemogram wil uitvoeren. Meestal kan goed worden begonnen met informatie-vragen die aan familieleden of vrienden worden gesteld. Soms wil de cliënt ook wat rechtzetten of corrigeren. In ieder geval wordt elke actie in de therapie goed voorbereid en eventueel met rollenspel geoefend. Angsten van de cliënt over wat zou kunnen gebeuren, worden in deze fase doorgewerkt. De therapeut is hier niet-confronterend bezig, zal de cliënt prikkelen tot nieuwsgierigheid. Doel van de actie moet voor cliënt en therapeut *helder en haalbaar* zijn. Een vrouw die geen zin heeft in vrijen, bijvoorbeeld, wil wel met haar vriendin praten over beider seksuele belevingen (omdat zij met haar zeer vertrouwelijk praat, al jaren lang) maar niet met haar zus; in het verleden heeft cliënte nauwelijks reactie van haar zus gehad bij pogingen tot een vertrouwelijk gesprek. Er moet ook niet naar worden gestreefd om alles in één gesprek af te handelen. Vaak zal de cliënt met een familielid of vriend(in) apart kunnen en willen praten.

Na een paar aftastende gesprekken heeft mevrouw W. eerst met moeder gepraat over seksuele thema's. Cliënte wilde meer informatie over de seksuele waarden en eventuele belangrijke gebeurtenissen. Veel informatie was voor cliënte nieuw en belangwekkend. Ze wist zich eerst geen raad met de onver-

wachte vertrouwelijkheid van moeder, maar deze was eigenlijk ook erg benieuwd hoe haar dochter seks beleefde. Opa en oma van moederskant woonden ongetrouwd samen en hadden een verschillend geloof. Dit werd een familieschandaal waarover nooit werd gesproken. Moeder's schuldgevoel hierover werd nog versterkt, omdat moeder met een ander (de vader van cliënte) een affaire had toen haar eerste man nog leefde. Na diens overlijden trouwde moeder met cliënte's vader. Deze man dronk soms veel, zo vertelde moeder, en ging dan soms naar prostituees. Hierover schaamde moeder (en cliënte) zich nogal sterk.

Ook een punt van actie vond cliënte haar sub-assertiviteit (in seksuele maar ook niet-seksuele situaties van haar gedrag).

Fase 5: verandering van gedrag

In deze fase vindt *veranderd gedrag* plaats. Als de cliënt aanleiding ziet, nog in andere systemen orde op zaken te stellen (bijvoorbeeld een ex-partner of een vriend) dan kan hieruit ook een gesprek voortvloeien. Een voorbeeld hiervan kan dit wellicht verduidelijken. Een cliënt die worstelde met zijn seksuele identiteit, was zich al in zekere mate bewust van zijn homoseksuele gevoelens. Maar zijn vriendin en schoonfamilie oefenden een dermate grote druk op hem uit om er "niet aan toe te geven" dat hij het (te snel) uitmaakte met zijn vriendin. Na gesprekken met haar en schoonouders waarin hij de realiteit van zijn seksuele voorkeur duidelijk uitsprak, kon hij zijn homoseksuele gevoelens zonder problemen aksepteren.

Wat betreft het algemene aktiepunt "assertiviteit", is mevrouw W. in meerdere relatiesystemen begonnen om zich duidelijk en gedifferentieerd op te stellen. Als zij het niet eens was met haar vader, leerde zij dit duidelijk uit te spreken. Hetzelfde deed zij met collega's. Deze algemene assertiviteits-akties vond cliënte gemakkelijker dan de aktiepunten die omtrent seksualiteit waren opgesteld. Dat kostte meer tijd. Wel was zij door de informatie-uitwisseling met moeder al wat vrijer gaan praten over seks, ook omdat cliënte inzicht kreeg in de bron van de sterke schaamtegevoelens, vanuit het verleden. Langzamerhand kon zij zich losser van dit verleden maken, en tegelijkertijd begon zij duidelijker te zeggen aan haar partner wat zij niet wilde met vrijen (zonder drank), en vervolgens wat zij wel wilde.

Dit werd gefaciliteerd door het feit dat cliënte en partner deel waren van een vriendenkring waarin open gesproken kon worden over wat bij vrijen lekker kon zijn, en wat niet, voor ieder persoonlijk. Deze vrijere atmosfeer bleek uiterst belangrijk voor cliënte te zijn. Het was in deze periode dat cliënte haar eerste orgasme kon beleven.

Fase 6: integratie

Na genomen actie moet er gelegenheid zijn alles op een rijtje te zetten. De cliënt kan emoties ventileren en onderlinge verbanden tussen de verschillende systemen kunnen hier worden gelegd. Ook dient de seksuele klacht aan de voorgaande akties (en aan de niet-seksuele, cruciale klachten) gerelateerd. In deze fase kan (ook weer) met

seks therapie-in-enge-zin (streel-opdrachten) worden begonnen: wellicht is de tijd er nu wel rijp voor. Is er een partner, dan kan deze (weer) bij de therapie worden betrokken als dit zinvol is.

De veranderingsmomenten in de therapie van mevrouw W. zijn aanwijsbaar: a. de fase dat zij met moeder is gaan praten over seksualiteit; b. de verdere gesprekken in meerdere relatiesystemen (ook de werkplek) waarin zij duidelijk stelling nam omtrent seksuele en niet-seksuele zaken en zich de samenhang hiertussen scherper bewust werd; c. de contacten met vrienden van haar partner, waardoor cliënte haar schaamte voor seksualiteit nog meer kwijtraakte.

Fase 7: afsluiting van de therapie

Een evaluatie van het therapieproces kan nu plaatsvinden. De vraag naar de satisfactie van cliënte betreffende het bereiken van de aktiedoelen is hier essentieel. Deze fasen kunnen herhaaldelijk worden doorlopen: de cliënt kan bijvoorbeeld opnieuw een aktiedoel stellen en vervolgens vanaf fase 4 opnieuw beginnen.

Wat betreft mevrouw W. kon de therapie na enkele gesprekken waarin de verschillende stappen zijn geëvalueerd, worden gestopt, na een kleine twee jaar. In het begin werden de sessies (die in haar geval alle individueel waren) één keer in de twee weken gehouden, tegen het einde één keer in de twee maanden.

Diskussie

Theoretische grondslag

Men kan zich afvragen of de hierboven beschreven werkwijze een theoretische basis heeft. Daarom zal ik nu beknopt ingaan op enkele theoretische noties die voor mij een kader en fundament vormen van de multisystemische werkmethode. Uit de massa theorie en literatuur over dit thema heb ik hier uiteraard moeten selekteren.

Vanaf de zeventiger jaren werd de theorievorming omtrent *intimiteit* door het systeemtheoretisch denkkader beïnvloed. In dit kader wordt (lichamelijke) intimiteit gezien als de resultante van een *interaktieproces* (van den Broucke, 1987). Intimiteit wordt doorgaans gedefinieerd als een kwalitatief en samengesteld begrip (de mate van zowel vertrouwdheid als nabijheid, affektiviteit en afhankelijkheid van de ander, lichamelijk en/of geestelijk). In de systeemtheorieën omtrent het intimiteitsthema zijn vaak andere theoretische kaders verwerkt, met name het psychodynamisch en het sociaal netwerk kader. Hieronder komen een aantal therapie modellen aan bod die zijn gestoeld op deze kaders.

a. *Psychodynamische modellen*. Al vormt een partnerrelatie een apart systeem, binnen deze opvatting wordt ervan uitgegaan dat beide individuen los van elkaar voldoende autonomie en eigen identiteit ontwikkeld moeten hebben voordat zij een intieme relatie kunnen opbouwen. Bowen (1978) werkte deze gedachten uit tot een theorie omtrent het omgaan met afstand en nabijheid (intimiteit) tussen gezinsleden.

Men is volwassen als men, zonder zich bedreigd te voelen, een intieme en seksueel volwaardige relatie kan aangaan met een partner. Waarmee de meeste mensen volgens Bowen echter kampen, is een te weinig ontwikkelde zelfdifferentiatie binnen het gezin van herkomst. In veel gezinnen heerst wat Bowen noemt een "undifferentiated ego mass", een meestal niet bewust beleefde gezinsfusie waarbij sprake is van een soort afgedwongen "nabijheid". Er heerst meestal een ongeschreven wet, een gezinsmythe die echter voor de meeste gezinsleden vrij vaag is en waarbij men nog niet bewust een eigen standpunt heeft kunnen innemen. Als een individu nog niet in voldoende mate is gedifferentieerd, dan zal hij of zij intimiteits- en seksualiteitsproblemen in partnerrelaties ervaren. *Therapie* bestaat volgens Bowen uit het proces van losmaking uit de gezinsfusie, zodat men zichzelf kan differentiëren en werkelijke intimiteit binnen een partnerrelatie kan aangaan. De cliënt kan volgens Bowen (1978) daartoe het beste met elk van het ouderlijk gezin apart, een hernieuwde en andere relatie aangaan, maar dan vanuit een gedifferentieerd zelf. Dit theoretisch vertrekpunt van de zelfdifferentiatie is mijns inziens van toepassing op een aantal *seksuele* problemen, vooral diegene die volgens Kaplan (1979) tot oorzaken van het midden- en diepere niveau herleid kunnen worden (onder andere problemen met betrekking tot afstand en nabijheid, schaamte- en machtsproblemen).

b. *Intergenerationele modellen*. Het betrekken van meerdere generaties van het gezin van herkomst (ook in sessies met de cliënt individueel) kan zinvol zijn omdat van een aantal gezinsmythes en -geheimen (waarover niet open gesproken werd binnen het gezin en die de gezinsfusie mede veroorzaakten) de wortels vaak ver in de tijd teruggaan. Juist ten aanzien van *seksuele* thema's, waarop meestal een zwaar taboe rust, kan dit intergenerationele aspect in deze therapiebenadering vruchten afwerpen. Met name Bowen baseert zijn denkmodel dan ook gedeeltelijk op de inzichten van Nagy en Spark (1973), die de grote rol van via meerdere generaties overgeërfd ideeën-goed (en loyaliteitsbindingen, uitgedrukt door overname van deze normen en waarden) sterk heeft benadrukt.

Een ander intergenerationeel (en psychodynamisch) therapiemodel wordt geboden door Willi (1975; 1985). De hierboven vermelde inzichten van Nagy en Spark (1973) heeft Willi in recentere jaren gekoppeld aan zijn eigen theoretisch model van partnerrelatietherapie. Partners zijn, behalve aan elkaar, ook gebonden aan hun eigen familie van herkomst, met vaak onzichtbare loyaliteitsbanden. Eén van de manieren om deze loyaliteit tot uitdrukking te brengen, is door familiale normen en waarden, het zogenaamde ideeën-erfgoed (Willi, 1985) uit te dragen, ook aan de partner. Individuen plegen echter dit familie-legaat meestal te *corrigeren* volgens Willi, in navolging van Stierlin (Stierlin, 1978): juist ten aanzien van *seksuele* thema's proberen partners (in hun relatie) de door ouders onbewust aan hen doorgegeven alternatieve ("gecorrigeerde") waarden en gedragsnormen door te geven. Stierlin zegt dan dat (voor)ouders onbewust een dergelijk alternatief gedrag *delegeren* aan een kind. Ten aanzien van onverwerkte (seksuele) thema's waarop een taboe rust en er niet manifest gekozen kan worden voor attitude- en gedragsverandering, is er sprake van deze delegatieprocessen. Willi noemt dan ook een voorbeeld van promiscue seksueel

gedrag als gedelegeerd erfgoed (Willi, 1985). Hier is mijns inziens een zeer waardevolle integratie geboden van de theorie omtrent partnerrelatie-dynamiek zoals Willi die bijvoorbeeld heeft uitgewerkt in zijn "collusiemodel" (Willi, 1975) en intergenerationale invloeden. In de seksuologische hulpverlening wordt aan deze invloeden mijns inziens veel te weinig aandacht besteed. Met het door mij voorgestelde therapie-model (zie onder) hoop ik hieraan een bijdrage te leveren door een ruime plaats toe te kennen aan intergenerationale invloeden.

c. *Netwerk-modellen*. Binnen dit denkkader wordt de intieme (partner-)relatie opgevat als een nog opener systeem: de partners hebben behalve met hun familieleden ook relaties met collega's, burens en vrienden. Deze (betreffende intimiteit sterk verschillende) relaties zijn te beschouwen als een rond de partners gecentreerd *sociaal netwerk* (Boissevain en Mitchell, 1973). In multisystemische therapievormen zijn deze andere netwerken mijns inziens van belang. Ik heb in mijn praktijk gemerkt dat de oorspronkelijke seksuele normen en waarden van de cliënt, sterk aan beïnvloeding door vriend(inn)en onderhevig kunnen zijn. Het betreft vriendschappen die voor cliënt van veel betekenis (geweest) zijn, voor wat betreft de (meta)kommunikatie omtrent intimiteit (Hinde, 1981).

Het systemische element is binnen deze theoriemodellen nog ruimer gedefinieerd als in het intergenerationale kader: de partners en de families van herkomst vormen systemen, maar de netwerken der partners eveneens. Intimiteitsgedrag en -attitude der partners zijn hier dan ook mede afhankelijk van: 1. de autonomie van de partners individueel in hun relaties met anderen dan de partner (het partnersysteem moet voldoende *open* zijn); 2. de *begrenzing* van het partnerrelatiesysteem ten opzichte van hun netwerken (de intieme relatie moet ook weer niet *te open* zijn!). In deze multisystemische netwerk theorie duikt het begrip *evenwicht* (homeostase) op: de intimiteitsuitwisselingen tussen de partners onderling worden als een soort thermostaat gereguleerd. Wordt de intimiteitsgraad te hoog, dan kan het partnersysteem dit besturen door: 1. de toelaatbare intimiteitsdrempel hoger te definiëren in gezamenlijke kommunikatie; 2. een lagere intimiteitswaarde te bewerkstelligen. Dit kan bijvoorbeeld door relaties met anderen uit het netwerk te versterken, of door een andere intieme (bijvoorbeeld seksuele) relatie aan te gaan. Tot de partner kan meer afstand worden genomen, bijvoorbeeld door minder te vrijen. Geschiedt dit in overleg met de partner, dan hoeft er niets aan de hand te zijn. 3. te reageren door middel van symptoom-vertoning. Wordt de intimiteitsgraad dan weer te laag, dan kunnen analoge tegenreacties ontstaan.

Ik zou dit evenwichtsmechanisme de *intimiteits huishouding* willen noemen, en kom dit in mijn praktijk regelmatig tegen. Nogal wat partnersystemen kunnen maar moeilijk een leefbaar evenwicht bereiken voor wat betreft de intimiteits-huishouding, en deze systemen "draaien dol" (van den Brouke, 1987). Dit leidt bijvoorbeeld tot uit elkaar gaan der partners, of een voortdurend conflictueus of symptomatisch samenleven. In ieder geval lijken bovenstaande (veronderstelde) mechanismen voor het regelen van intimiteit een rechtvaardiging te kunnen geven voor het betrekken van netwerkdynamieken, bij multisystemische behandeling van seksualiteitsproblemen.

Bovengenoemde aanzet tot MSH werpt nog meer vragen op. Ik noem er maar enkele: Wanneer kan men de methode toepassen en wanneer niet, is methode niet te tijdrend? Moet die hele context bij dat (toch specifiek geformuleerde) seksuele symptoom worden gehaald? In dit bestek kan ik helaas maar kort ingaan op dergelijke vragen.

Redenen om MSH al dan niet toe te passen heb ik in het bovenstaande reeds aangestipt. Zoals ook reeds vermeld kan de methode inderdaad tijdrend zijn, maar mijns inziens zeker niet minder dan bij andere therapiemethoden, in het geval van diepliggende, seksuele problematiek. Sommige seksuele problemen blijken nou eenmaal zo hardnekkig of complex te zijn dat zij niet te verhelpen zijn door middel van een kortdurende gedragsmatige aanpak. De vraag of een uitgebreide multisystemische context eigenlijk wel bij het (aanvankelijk seksuele) probleem moet worden betrokken, kan mijns inziens ook met dit laatste worden beantwoord. Seksuele en intimiteitsproblemen als schaamte- en schuldgevoelens, afkeer van intimiteit of seksualiteit, problemen die onmiskenbaar een intergenerationele dimensie hebben, laten zich lang niet altijd kortdurend-direktief behandelen. Maar met een zuiver intergenerationeel therapiemodel wordt aan andere relatiesystemen van de cliënt, die evenzeer hun invloed op het seksuele leven van de cliënt hebben (gehad), voorbijgegaan.

Literatuur

- Boissevain, J. en J.C. Mitchell (1978). *Network analysis, studies in human interaction*. Mouton, Den Haag.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson, New York.
- Broucke, S. van den (1987). Intimiteit en partnerrelaties. In: Ponjaert-Kristoffersen, I.H. Vertommen en A. Vansteenwegen (red.) *Psychologen over seksualiteit*. Acco, Leuven/Amersfoort.
- Bullens, R. (1988). Signalement van de incestdader? In: A. Noordhoff (red.). *Signaleren van incest*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Carpenter, J. en A. Treacher (1989). *Problems and solutions in marital and family therapy*. Basil Blackwell, Oxford.
- Crowe, M. (1987). Treatment of marital and sexual problems. In: Bentovim, A., G.G. Barnes en A. Cooklin (red.). *Family therapy: complementary frameworks of theory and practice*. Academic Press, London.
- Dekker, J. (1990). Weerzien met W. Masters en V. Johnson. *Psychotherapie*, 3: 148-151.
- Heinl, P. (1985). The image and visual analysis of the genogram. *Journal of family therapy*, 7: 213-229.
- Hinde, R.A. (1981). The basis of a science of interpersonal relationship. In: S. Duck, R. Gilmar (eds.). *Personal relationships vol. 1*. Academic Press, New York.
- Hof, L. en E. Berman (1986). The sexual genogram. *Journal of marital and family therapy*, 1: 39-47.
- Jacobson, N. en G. Margolin (1979). *Marital Therapy: strategies based on social learning and behavior-exchange principles*. Brunner/Mazel, New York.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. Brunner/Mazel, New York.
- Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of sexual desire*. Brunner/Mazel, New York.
- Mackinnon, L. en D. Miller (1985). The sexual component in Family Therapy. *Journal of social work and human sexuality*, 3: 81-101.
- Mackinnon, L. en K. James (1990) The incestuous family revisited: a critical analysis of family therapy myths. *Journal of marital and family therapy*, 1: 71-88.
- Nagy, B.I. en G. Spark (1973). *Invisible loyalties*. Harper & Row, New York.
- Rutgersstichting (1989). Jaaroverzicht seksuologische hulpverlening 1987. *RS 89.709*.
- Sgroi, S. (1987). *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. Lexington books, New York.

- Stagoll, B. en M. Lang (1980). Climbing the family tree: working with genograms. *Aust. Family therapy*, 4, 161-170.
- Stierlin, H. & 1978). *Delegation und Familie*. Suhrkamp, Frankfurt.
- Trommel, M.J. van (1989). Systeemtherapie, bezien door een lens van ethiek. *Systeemtherapie*, 1: 18-31.
- Vos, D. (1988). Incest-deskundige pleit voor driesporenbeleid bij hulpverlening. *GGZ-Gazet*, 9: 9-10.
- Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Reinbek Rowohlt, Frankfurt.
- Willi, J. (1985). De familiegeschiedenis als evolutie van het ideeën-erfgoed van de familie. *Psychotherapeutisch Paspoort*, 4: 83-102.

Summary

Multisystemic approach in sex therapy

In classical sex-therapy methods, systemic approaches seem to be used scarcely, apart from Behavioral Marital Therapy, or some family treatment in cases of sexual violence. In this paper, a multisystemic sex-therapy (MSH) is proposed. In sessions (frequently with therapist and client alone), the client is encouraged to examine his or her role in family and other networks (friends, colleagues), as for sexual values and behavior. Not only the family of origin, or the partner, is considered to play a role in generating sexual problems, also other social networks can be of importance as systems in which the client can change his or her sexual attitude and behavior. The genogram is a basic tool in examining the systems of influence, but is extended to a so-called "systemogram".