

## **DOKTER, BEN IK ....?**

### **Over de verleiding om te antwoorden<sup>o</sup>**

**Louis Sommeling\***

Als seksuologen worden wij regelmatig met vragen geconfronteerd waarop wij een antwoord moeten geven. Het gevaar is nu dat we ook antwoord gaan geven op vragen waar dat therapeutisch 'verboden' is.

Het spreekt vanzelf dat voorlichtingsvragen wel beantwoord moeten worden, soms lang, nauwkeurig en gedifferentieerd. Mensen weten ergens niets of weinig van af; zij stellen dan een vraag aan iemand die daar wel iets van af weet en verwachten een antwoord. Medische vragen zullen daar vaak onder vallen. In het medisch model is het heel gewoon om te antwoorden: de patiënt(e) weet niet wat hij/zij 'heeft' of wat er 'aan' zijn/haar lichaam mankeert, en de deskundige dokter is opgeleid in de geheimen van het 'object lichaam' en in het wegwerken van pijn en zal - eventueel na zorgvuldig onderzoek - tot antwoorden, handelen of ingrijpen willen overgaan.

Het is fijn om iets te weten; het is voldoeninggevend om iemand te helpen. Het is daarentegen stressvol om geen antwoord op een vraag te weten of dit niet te geven, vooral als de cliënt(e) dit wel verwacht of boos wordt dat hij/zij niet geholpen dreigt te worden. Tegen deze druk zijn sommige hulpverleners niet bestand, omdat ze zelf te onzeker zijn of bij agressie van de cliënt(e) denken iets verkeers gedaan te hebben. Bovendien wordt iemand soms hulpverlener omdat hij/zij het lijden, de wanhoop of de onzekerheid in deze wereld (en onbewust dat van zichzelf) wil verminderen en nog in de illusie leeft, dat dat ook kan. Psychotherapie echter kan en mag het verdriet van mensen nooit afnemen, maar kan het alleen laten verwerken en zo een plaats geven. Hetzelfde geldt voor onzekerheid. Goedbedoeld sturen we vragende cliënten soms een weg op die achteraf soms meer de onze dan de hunne blijkt te zijn. We hebben dan knollen voor citroenen verkocht.

#### **'Dokter, ben ik homo of hetero?'**

Mensen kunnen onzekerheid over hun seksuele identiteit een groot probleem vinden. Seksuologen hebben kijk op seksuologische problemen, dus waarom zouden ze - eventueel na enig onderzoek - geen antwoord op de vraag kunnen geven? Ook al zouden ze het willen: ze kunnen het niet. Mensen kunnen in principe met hun seksuele geaardheden vele kanten op. Welke kant wil deze cliënt(e) op? Wat is er met deze cliënt, dat hij of zij wel met deze vraag naar de hulpverlener komt en de meeste andere mensen niet.

Het is mij in de praktijk goed bevallen, nooit rechtstreeks antwoord te geven op de vraag: 'ben ik homo, of hetero?' Van Stolk en de Regt (1984) gingen na hun Schorer Stichting-tijd genuanceerder schrijven over de behandeling van dit soort vragen. Zij wijzen er op dat "het

\* Drs. L. Sommeling, psycholoog-psychotherapeut. Universitaire Gezondheidsdienst, Oude Kijk in 't Jatstraat, 9712 EC Groningen.

<sup>o</sup> Geaccepteerd voor publicatie 30 september 1993.

bespreken van seksuele ervaringen zeker op dood spoor raakt wanneer de hulpverlener de suggestie wekt een 'checklist' in gedachten te hebben aan de hand waarvan de seksuele gerichtheid per saldo kan worden vastgesteld. Het idee dat de hulpverlener daar een op deskundigheid gebaseerde uitspraak over zal gaan doen frustreert een openhartige bespreking van seksuele gevoelens". Bovengenoemde auteurs wijzen op het gevaar dat cliënten bij zelfaanvaardingsproblematiek ondersteuning zoeken bij hulpverleners voor hun eigen uitingen van afkeer van homoseksualiteit en bondgenoten zoeken voor hun idealen, geweten en zelfbeeld (die vaak conflictueus in hetero context werden gevormd).

De auteurs geven ook voorbeelden waarbij de zelfdiagnose 'aanvaardings-probleem' als dekmantel dient voor hele andere problemen. Dit laatste is ook mijn klinische ervaring: hoewel twijfel aan seksuele identiteit een normale fase in de aanvaarding van homoseksualiteit is (Schippers en van Werkhoven, 1984) wijst obsessionele angst nogal eens naar een ander gebied. Achter blijvende twijfel kunnen algemene relationele intimiteitsproblemen verborgen liggen, waarop de therapeutische focus eerst gericht moet worden. Zelfs 'zekere' tekenen van seksuele opwinding (erectie, geen erectie, lubricatie, orgastische gevoelens) kunnen hier misleiden. Het getuigt van respect om de cliënt te helpen zijn/haar eigen antwoord te vinden door ervaringen op te bouwen en te analyseren, en zo een eigen levenskeuze vorm te geven.

Twijfels, schuldgevoelens en ervaringen moeten niet kort gesloten worden met een snel antwoord of 'partij kiezen', maar dienen als verhaal in de identiteit te worden opgenomen en verwerkt. Een gretig antwoord op de vraag 'ben ik homo' is niet therapeutisch en laat de cliënt nog al eens in de steek, alleen met zijn of haar moeilijkheden.

#### **'Dokter, ben ik normaal?'**

Een psychiater vertelde dat een man bij hem kwam en - mede op advies van zijn vrouw - iets vroeg ter vermindering van zijn libido. Hij had naast zijn partner nog twee vaste vriendinnen. Na drie gesprekken had de psychiater het gevoel nu toch een antwoord te moeten geven en kwam tot de uitspraak: 'U bent volkomen normaal; in andere culturen wordt het immers als normaal geaccepteerd dat een man polygaam is'.

Evenals bij de vorige vraag, wordt ook hier een knol verkocht, terwijl er om meerdere citroenen werd gevraagd. De volgende vragen werden niet gesteld maar zijn wel van belang:

- waarom komt de man juist nu met zijn probleem en waarom is het een probleem?
- welke opvattingen over lust worden hier gehanteerd; heeft de man enige kijk op zijn seksuele motivatie?
- welke opvattingen over mannelijkheid worden hier gehanteerd; is er onderzocht of het hier om de stereotiep mannelijke neiging gaat het heil altijd van elders te verwachten?
- welke functie heeft het probleem in de relatie?

Sommeling (1992) beschreef waarom deze vragen in dit geval van belang kunnen zijn voor de 'vormgeving van het mannelijk seksueel verlangen' en hoe met name onderzoek naar seksuele motivatie in het algemeen kan bijdragen aan het zelfverstaan van een cliënt(e).

#### **'Dokter, is zij niet frigide?'**

Ze komen binnen en hij zegt: 'Ze heeft geen zin'. Ze knikt en voelt zich schuldig. Hij wacht nu af. Een onuitgesproken vraag. De hulpverlener moet soms in enkele minuten beslissen wat

nu te gaan doen. Onder deze druk zal de verleiding groot worden de vraag van een rechtstreeks antwoord te voorzien. Er zijn echter verschillende mogelijkheden; ze weerspiegelen het normenstelsel van de hulpverlener. Antwoorden kunnen een impliciete keuze voor of tegen een van de twee partners inhouden, en daarmee de mislukking van de therapie nu al inluiden. In het computer-programma *Sexpertise Professional* (Sommeling, 1990) worden mogelijke opties op een rijtje gezet met hun therapeutische gevolgen:

1. Er is iets mis met haar; daarom is er, zoniet een lichamenlijk dan toch zeker een psychologisch onderzoek nodig bij haar.
2. We starten een sekstherapie om haar haar seksuele gevoelens en mogelijkheden te laten leren kennen, want dat is wat er aan haar ontbreekt.
3. We spreken helemaal niet over seksualiteit, want er is een communicatieprobleem en dat gaat altijd dieper dan seks. Er moet over de relatie gepraat worden.
4. Wij proberen de mannelijke cliënt ertoe te brengen om zijn libido wat te verminderen of "water in de wijn te doen"; het is immers geven en nemen in een relatie.
5. We gaan eerst praten over de verschillende verwachtingen, belevingen en ideeën met betrekking tot seksualiteit. We praten met beide partners en beschouwen niet de een meer de patiënt dan de ander.

Omdat een bepaald type partners (traditioneel mannen) doorgaans zegt: 'als de seks beter zou zijn, dan volgt de relatie vanzelf', wordt duidelijk dat keuze 3 en 4 het gevaar in zich houden impliciet op gespannen voet te verkeren met het uitgangspunt van de ene partner. Maar voor optie 1 en 2 geldt het omgekeerde; een ander type partners (traditioneel vrouwen) zegt doorgaans: 'als de relatie zou verbeteren, dan volgt de seks vanzelf'; optie 1 en 2 gaan aan het mogelijk relationele aspect voorbij en lijken daarmee tegen deze andere partner te kiezen. Keuze 5 vermijdt deze valkuil. Het kan erg goed werken om in een intake de vraag op te werpen: 'wie is eigenlijk de patiënt?' Door cliënten een tijdje met deze vraag te laten stoeien, wordt het hen mogelijk de functie van het probleem in de relatie te leren zien, en kunnen voor iedere partner apart vaak zeer motiverende leerdoelen worden geformuleerd. De therapie heeft hierdoor vaak meer kans van slagen en het succes blijft langer stand houden.

### Aanbevelingen

In experiëntiële psychotherapieën leeft het besef dat de oplossing van het probleem altijd in de cliënt ligt, die daar voor de hulpverlener zit. Niet de therapeut trekt de kar, maar samen zitten ze op de bok en overleggen over de richting. De therapie bestaat er uit om de cliënt(e) contact te laten maken met zijn/haar eigen interne hulpbronnen, waarbij de 'oplossing' vanzelf groeit. Focusing (Gendlin, 1981) en aandacht voor lichaamsbeleving (Pesso en Crandell, 1991) zijn hier recente technieken. In de scholing en opleiding van seksuologen zou hieraan aandacht besteed moeten worden. Niet alleen onderzoek naar denkbeelden over seksualiteit, maar ook een therapeutische gesprekshouding en gevoel voor overdracht en tegenoverdracht, moeten tot het basisrepertoire behoren. Sommige seksuologische problemen kunnen vanuit een voorlichtings-, medisch- of gedragstherapeutisch doe-model een antwoord krijgen. In dit artikel is beschreven hoe daarentegen andere seksuologische problemen daar niet mee uit komen en een andere therapeutische houding vergen, waarbij niet bezweken mag worden aan de verleiding om direct te antwoorden.

### Summary

#### *On the temptation to have all answers*

Most people with sexual problems are asking directly for an answer or an action: information or medical treatment or behavior-therapeutical exercises. Sometimes sexologists have a tendency to address all sexual problems in this way, even when more existential sexual problems are presented, which demand more than that.

### Literatuur

- Gendlin, E. (1981). *Focussen*. De Toorts, Haarlem.
- Pesso, A. en J. Crandell (1991). *Moving Psychotherapy*. Brookline Books.
- Schippers, J. en M. van Werkhoven (1984). Homoseksualiteit en hulpverlening. In: M. Moors-Mommers e.a. (red.) *Handboek seksuele hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Sommeling, L. (1990). Computerondersteuning bij seksuologische hulpverlening. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 14: 29-38.
- Sommeling, L. (1992). Vormgeving van het mannelijk seksueel verlangen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 16: 174-183.
- Stolk, B. van en J. de Regt (1984). Aanvaardingsproblemen van homoseksualiteit in de hulpverlening. In M. Moors-Mommers e.a. (red.): *Handboek seksuele hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.