

## SEKSUEEL LICHAAMSWERK ALS TOEVOEGING BIJ SEKSTHERAPIE?<sup>o</sup>

Woet L. Gianotten\*

*Binnen de Nederlandse seksuologische hulpverlening is het idee van behandeling met surrogaat partners nooit gedegen opgepakt. Waarschijnlijk omdat deze aanpak uit de zeventiger jaren te controversieel was. Toch is er af en toe zeer duidelijk behoefte aan deze vorm van hulp. Dit artikel beoogt om meer informatie te geven over dit thema. Eerst wordt het ontstaan beschreven en vervolgens verschillende modellen van werken met surrogates. Daarna wordt uitgebreid ingegaan op verschillende argumenten en thema's die hebben meegespeeld in de discussie rond surrogates. Met enige praktijkvoorbeelden wordt dan aangegeven waar dit model effectief zou kunnen zijn. Daarbij is zowel gekeken naar de reguliere hulpverlening als naar hulpverlening in instituutsverband. In het laatste gedeelte worden therapeutische en logistieke consequenties onder de loep genomen. De bedoeling hiervan is om in de Nederlandse seksuologie een discussie op gang te brengen over dit onderwerp. Misschien kan deze behandelingsvorm dan daadwerkelijk worden opgezet en uitgewerkt.*

### Probleemafbakening

In de zeventiger jaren werd in de Verenigde Staten in ruime mate gebruik gemaakt van surrogaat partners bij de behandeling van alleenstaande mannen met seksuele dysfuncties. In Nederland is dat behandelmodel eigenlijk nooit overgenomen. Waarschijnlijk is dat onder andere geweest omdat daar teveel bedenkingen tegen waren. Toch werd ook hier door hulpverleners soms de verzuchting geslaakt "dat het bij deze cliënt toch wel heel gunstig zou zijn als die mogelijkheid er was". Bij de bedenkingen van weleer hebben diverse argumenten meegespeeld, deels van pragmatische aard. Ik veronderstel dat ook overwegingen meespeelden uit het gebied tussen genot en gevaar. Daarmee lijkt dit onderwerp thuis te horen binnen dit lustrum.

Er zijn verschillende redenen om deze vorm van behandelen (weer) onder de loep te nemen. Onze cliëntenpopulatie is aan het veranderen en met hen verandert ook de hulpvraag. Soms blijkt dat wij daar in het geheel niet aan kunnen voldoen. Bij een groeiend deel doet zich de behoefte aan een vorm van surrogaat partnerschap of "seksueel lijfwerk" voelen.

Daarnaast is voor de buitenwereld de seksuologie als professie veranderd. In het vak zijn expliciet seksuele aspecten meer geaccepteerd. Dat is bijvoorbeeld te zien aan de acceptatie van visueel erotische stimulatie als diagnosticum. Anderzijds heeft het vak naar mijn indruk duidelijk meer aanzien gekregen. Dat is te zien aan het toenemend aantal officiële instellin-

\* Drs Woet L. Gianotten, arts-psychotherapeut; Seksuologie Team; Rutgers Stichting, Utrecht; Afd. Medische Seksuologie; AZU, Utrecht; Afd. Gynaecologie; AZR-Dijkzigt, Rotterdam.  
o Geaccepteerd voor publicatie 28 februari 1996.

gen die een afdeling seksuologische hulpverlening hebben opgericht. Hierdoor hoeft men niet in de seksuologische hulpverlening misschien niet meer zo huiverig te zijn voor de controversiële aspecten van een benadering met surrogates.

Achtereenvolgens zal in dit artikel gekeken worden naar de achtergrond van dit behandelmodel; naar drie verschillende "modellen" waarmee gewerkt wordt; naar de begrippen hulpverlening en dienstverlening; en naar diverse voetangels en argumenten uit de discours. Dan volgen praktijksituaties die vragen om deze vorm van behandeling; praktische kanten van de uitwerking en een korte exercitie over de drie partijen: de therapeut, de surrogate en de cliënt. Uiteindelijk worden thema's gegeven die relevant zijn voor implementatie van het idee.

### **Achtergrond van het model met argumenten uit de discours**

Masters en Johnson (M&J, 1971), de grondleggers van veel aspecten van de huidige seks therapie, huldigden het principe dat bij de behandeling van een seksuele dysfunctie beide partners in behandeling dienen te komen. Zij voerden dat beleid zeer consequent door. Dit sloot dus mannen zonder partner uit. In 1958 werd het concept van "a surrogate partner" ontwikkeld en uitgevoerd. Van M&J's 448 behandelde cliëntsystemen werden er 41 gevormd door een alleenstaande man en een surrogate, die door het instituut werd geleverd (1971). Dat surrogaat-werk werd uitgevoerd door 13 vrouwen; en met groot succes want bij 78% van deze 41 mannen werd de dysfunctie genezen. Toen in 1970 deze cijfers en visie van M&J werden gepubliceerd, leidde dat tot heftige discussies. Rond 1970 hebben M&J deze aanpak verlaten vanwege de rolverwarring bij surrogates. Zij bleken min of meer de rol van pseudotherapeut aan te nemen (Masters, Johnson en Kolodny, 1977. p. 176). Intussen was het gebruik van surrogates in bepaalde centra van de Verenigde Staten betrekkelijk gewoon geworden en dat is tot op heden nog steeds zo. Voor de leken werd het fenomeen vooral bekend door het boek van een auteur die zijn behandeling door Masters en een surrogate beschreef (Scott en Lee, 1971). Een van de kritieken op M&J's visie betrof het primaat van "altijd werken met een dyade". Zilbergeld, zeer deskundig op het gebied van mannenseks, was een van de felle bestrijders van dat primaat (1980). Toch schrijft hij in zijn laatste boek: "For men who don't have a sex partner but do have a sex problem, perhaps the most effective and certainly the most controversial treatment is what is called surrogate therapy" (1992).

### **Drie "modellen" van werken met surrogates**

Bij hun eerste publikatie maakten M&J (1971) onderscheid tussen een "vervangende partner" en een "surrogaat partner". Een vervangende partner werd zelf uitgezocht door de seksueel inadequate man of vrouw. Dat is dan de ex of een goede bekende. Surrogaatpartners daarentegen werden door het instituut geleverd voor mannen met een probleem. Bij de surrogates ging het altijd om vrouwen. Om verschillende redenen durfden M&J het niet aan om mannelijke surrogaatpartners beschikbaar te stellen voor vrouwen met een dysfunctie.

Een belangrijke vraag is natuurlijk: wat is nou surrogaat? Daarmee wordt niet het negatieve begrip surrogaat bedoeld! Het gaat om een vervangmiddel voor bepaalde aspecten van seksueel partnerschap. Het was niet de bedoeling om intimiteit te vervangen. Bij M&J was zelfs iedere persoonlijke betrokkenheid over thema's buiten de therapie sessies min of meer

verboden. Het ging om uitvoeren van sensate focus opdrachten, voorlichting in natura, seksuele stimulering en bevestiging. De surrogate-rol was tamelijk omschreven en beoogde bij de cliënt vooral:

- \* loslaten van de faalangst
- \* aanleren van controle
- \* aanleren van zelfvertrouwen
- \* afleren van angst voor de vrouw

Je zou kunnen zeggen dat het vooral ging om het aanleren van "sexual skills" en in beperkte mate van "social skills". Volgens M&J zouden mannen in staat zijn om het seksuele functioneren los te koppelen van de relatie met de surrogaat partner. Er zou dan ook geen sprake zijn van echte betrokkenheid. Die werd zelfs ontraden. Een goede surrogate was eigenlijk vooral een goede minnares en moest in staat zijn om op eigen kracht zonder enige stress een man seksueel op zijn gemak te stellen. Apfelbaum (1977) noemde dat een mythe. Er is wel degelijk stress; en wel aan beide kanten. Om zich seksueel op hun gemak te kunnen gaan voelen, hebben de meeste mannen meer nodig dan een fysiek substituut. Voor hen zal een mate van betrokkenheid moeten ontstaan. Apfelbaum propageerde vanuit die kritiek de "individual body-work sex therapy" waarbij de body-work therapist uitgebreid getraind werd, waarbij samengewerkt werd in een soort co-therapie met de seksuologisch therapeut en waarbij een breder scala aan gedrag mogelijk was met daarbij niet alleen seksuele, maar ook emotionele uitwisseling. Dan is ook het aanleren van "social skills" mogelijk; bijvoorbeeld wat betreft het delen van onzekerheid bij het zetten van nieuwe stappen en ook wat betreft "versieren" en "versierd worden".

Binnen het surrogate-concept zijn in de loop van de tijd nogal wat ideeën ontwikkeld en vervolgens gedeeltelijk ook weer verlaten. Voor dit verhaal gebruik ik drie verschillende "modellen". Ik noem die voor het gemak het solo-, het driehoeks-, en het geïntegreerde instituutmodel.

#### *Het "solo-model"*

Na de publikaties van M&J voelden nogal wat mensen zich aangetrokken door deze vorm van hulpverlening. In de USA ontstond in 1973 de IPSA (International Professional Surrogate Association). IPSA-leden geven trainingen en helpen cliënten; zowel bij seksuele problemen als bij het verbeteren van het seksuele functioneren. Soms loopt het contact samen of minstens in overleg met een therapeut; soms bestaat het contact slechts uit verwijzing (door een therapeut of uroloog); en soms gaat het helemaal buiten een therapeut om. Je zou dit kunnen beschouwen als een individueel werkend seksueel maatschappelijk werkster of body-worker. Dit "solo-model" wordt gekenmerkt door lichaamswerk op seksueel gebied, al dan niet gecombineerd met sociale vaardigheidstraining; waarbij er geen of weinig contact is met de verwijzende hulpverlener. Hier gaat het dus om professionele, commerciële sekswerkers in een privé praktijk.

#### *Het "driehoeks-model"*

Sommers (1980), een Canadese psychiater, was een van degenen die de noodzaak beseften van overleg tussen therapeut en surrogate. Hij leidde vrouwen op tot Sexual Therapy Practitioner (STP). Zijn behandeling van de man met een seksuele disfunctie omvatte een gestructureerd proces van ongeveer tien "praktijksessies" tussen STP en cliënt en daarnaast sessies waarbij

therapeut, STP en cliënt samen de vorderingen bespreken. In de praktijksessies komen seksuele, sensuele en soms sociale vaardigheden aan bod en met name in de sessies met de therapeut wordt uitgebreid aandacht geschonken aan allerlei emoties die ontstaan in de loop van de verschillende sessies.

Dauw (1988) uit Chicago behandelde 500 mannen met Surrogate-assisted Sex Therapy (SST). Belangrijke facetten van deze aanpak waren: eclecticische aanpassing aan de individuele cliënt zowel door de therapeut als door de surrogate. Alle surrogates waren uitgebreid geschoold. Na iedere sessie met de surrogate volgde rapportage door de surrogate en een therapie sessie met de therapeut. Zowel voor de surrogate als voor de cliënt was self-disclosure (emotionele openheid) een belangrijk hulpmiddel.

Cole uit Birmingham (1982) beschreef de behandeling met surrogates van 150 mannen en vrouwen (!) met een seksueel probleem. Tweederde van de behandelingen met behulp van surrogates werden gegeven op het terrein van de kliniek. Daarbij was het routine om vóóraf aan iedere surrogate-sessie een gesprek te houden met de therapeut erbij.

In dit "driehoeks-model" krijgen cliënten door de therapeut een surrogate toegewezen. De surrogate-sessies zijn een onderdeel van de behandeling en daarmee nauw verweven door gesprekken met alle drie partijen en/of onderlinge rapportage tussen therapeut en surrogate.

#### *Het "geïntegreerde instituutmodel"*

In Israël, een land waar al jaren de seksuele revalidatie bij lichamelijke handicaps een hoge vlucht heeft genomen, ontwikkelde Aloni een surrogate model voor een grote revalidatie instelling (Aloni, Dangur en Chieger, 1994). Surrogaat behandeling is een van de vele onderdelen uit het proces van revalidatie. Essentieel is ook dat het thuishoort in de instelling en daarmee slechts één van de vele geboden diensten is. De instelling regelt het therapieprogramma en de wettelijke en financiële afspraken. Zij bewaakt daarbij de status en de opleiding van de surrogate. Indien door het team besloten wordt dat surrogaat behandeling aangewezen is, verschaft de instelling de surrogate en de ruimte en helpt bij de financiële afhandeling. Een dergelijk programma is uiteraard een kostbare zaak en vanwege de hoge kosten wordt deze vorm van behandeling slechts aangewend als er geen alternatieven zijn. Therapie sessies en surrogaat sessies worden beschouwd als onderdelen van het revalidatieprogramma. Dat is een groter geheel waarbinnen veel onderling overleg is. "Seksuele opvoeding" is hierbij een belangrijk onderdeel van het werk van de surrogate. Surrogaat behandeling en revalidatie lijken in veel dingen op elkaar. Beiden zijn vormen van gedragstherapie, werken via ervaren in plaats van praten, en volgen een stap-voor-stap model.

#### **Dienstverlening versus hulpverlening**

Dit laatste model, waarbij het gaat om hulp aan lichamelijk gehandicapten, vraagt erom stil te staan bij de grens tussen dienstverlening en hulpverlening. Prostitutie bijvoorbeeld is een vorm van dienstverlening, maar dan voor de vrije markt. Ook "probleemgroepen" kennen hun dienstverlening waarbij een betrouwbare seksuele of erotische partner beschikbaar is voor mensen die daar anders door hun speciale situatie niet (meer) aan toekomen. De ingehuurd minnares of minnaar past zich aan aan de gehandicapte, de handicap en/of de situatie. Voorbeelden van groepen zijn lichamelijk gehandicapten, verstandelijk gehandicapten, bejaarden

en gedetineerden. Het gaat daarbij doorgaans om het verschaffen van diverse aspecten van lichamelijk plezier, opwinding of seks. Bij hulpverlening ligt dat anders. Daar gaat het om het bewerkstelligen van verandering zodat de cliënt uiteindelijk in staat is om op eigen kracht te functioneren. Het gaat dan bijvoorbeeld om: zelf contact maken met een partner, zichzelf bevredigen of met een partner samen bevredigend lichamelijk of seksueel contact te hebben. In Nederland zijn de volgende twee vormen van dienstverlening het meest bekend.

Voor psychiatrische patiënten functioneerde enige jaren het SED (Sociaal Erotische Dienstverlening). Stiefelhagen noemde de SED: "een ideëel escortburo voor psychosociaal kwetsbare mensen en psychiatrische patiënten met seksuele behoeften, die zelf geen contact kunnen leggen" (1994). Hierbij werd ruim aandacht besteed aan voor- en nazorg. Het effect leek positief. Mannen die van de SED gebruik maakten werden rustiger en hadden minder medicatie nodig. Wat dat betreft kan men de SED dus ook in het gebied tussen dienst en hulp plaatsen. Helaas is deze vorm van dienstverlening gestopt nadat de subsidiekraan dichtging. Bij de Rutgers Stichting wordt momenteel gewerkt aan een duurzaam model voor deze dienstverlening.

Voor "dienstverlening in de erotisch seksuele sfeer aan zwaar lichamelijk gehandicapten" ontstond in 1980 een werkgroep die later de SAR (Stichting Alternatieve Relatiebemiddeling) zou heten (van Koperen, 1987). Vooral in hun eerste jaren is hier veel gebruik van gemaakt. Helaas is ook hier de klad ingekomen toen het besteedbaar inkomen voor de gehandicapte aanzienlijk daalde. De SAR hield zich bovendien bezig met de strijd om goede financiële regelingen voor deze vorm van dienstverlening. Eén van de argumenten was het feit dat dit de gehandicapte in staat stelt om de noodzakelijke ontwikkeling op seksueel gebied door te maken. Die is nodig voor een kwaliteit van leven die anders niet haalbaar is. Seksuele ontplooiing kan een katalysator zijn voor een breder ontwikkelingsproces met vooral zelfvertrouwen en menselijke waardigheid (Scholtes & Wissenburg, 1990). Ook hier lijkt dus de dienstverlening in hulpverlening over te lopen.

In het revalidatieinstituut uit het Israëliësche model bleek die overgang ook andersom mogelijk. Sommigen van de zwaar gehandicapten ervoeren zich na surrogaat behandeling seksueel geaccepteerd. Zij hadden echter zó grote moeite om toegang te krijgen tot een reguliere partner dat ná afsluiten van de behandeling de oorspronkelijke surrogaat soms ook contact hield voor "maintenance". Dan is het dus dienstverlening geworden. De naam lijkt aan te geven dat daarmee ook problemen (van seksuele vereenzaming) voorkómen worden. De grens tussen dienst- en hulpverlening blijkt soms dus vaag te zijn.

### **De controverse met argumenten uit de discours**

In de zeventiger jaren heeft waarschijnlijk geen enkel thema uit de seksuologie zoveel discussie opgeroepen. Het Duitse blad *Sexualmedizin* had in 1979 enige maanden een rubriek "Liebe auf Rezept", waar allerlei professionals hun visie op deze behandelmethode gaven. De reacties van de voorstanders ademen vooral voorzichtigheid, die van de tegenstanders vooral ethiek ("Das verschreiben eines Menschen ist unetisch!"). Omdat de discours uit die jaren en de essentie van een deel van die argumenten zo instructief zijn om het thema beter te begrijpen wordt hier eerst aandacht aan besteed.

*Morele of ethische argumenten*

Is "het voorschrijven van een mens" inderdaad onethisch? Wie de surrogate beschouwt als een serviele vrouw, die opgedragen krijgt om haar lichaam beschikbaar te stellen voor de hangups van een of andere man, zal haar zielig vinden of het idee onethisch. Uit de grotere programma's met surrogates komt overigens steeds weer naar voren dat het mensen zijn met een zeer duidelijke positieve keuze om op deze manier met andere mensen bezig te zijn.

In de zeventiger jaren was een belangrijk thema in de discussie rond het gebruik van surrogates de ervaring dat nogal wat therapeuten zelf seks met hun cliënten hadden met daarvoor een therapeutisch argument (of rationalisatie). In de discussies werd die vorm van "therapie" en het gebruik van surrogates nogal eens op één hoop gegooid. Voor velen echter was er een zeer duidelijk onderscheid. Seksueel of erotisch contact tussen therapeut en cliënt is niet ethisch, terwijl gebruik van een surrogate onder supervisie of begeleiding van een therapeut, en met informed consent vooraf, geaccepteerd was (Masters ea, 1977; Masters, Johnson, Kolodny en Weems, 1980).

Het is overigens boeiend om te zien dat het van de kant van de religie betrekkelijk rustig bleef. In Israël bijvoorbeeld maakten de traditionele religieuze groeperingen geen bezwaar tegen het gebruik van surrogates, mits voldaan werd aan de eis dat noch de surrogate, noch de cliënt gehuwd was.

*Rolstereotiepe en feministische argumenten*

In het begin waren er slechts vrouwelijke surrogates voor mannelijke cliënten. M&J hadden daarvoor als argument dat hun surrogaat concept ontwikkeld werd binnen het bestaande waardesysteem (1971, p 174). Van de vrouw werd gezegd dat zij behoefte heeft aan een relatief belangrijke relatie die haar de "permissie" kan geven haar eigen seksuele functies te waarderen. Dat zou dus niet kunnen met een onbekende surrogate. Dat ligt anders bij de man: "Voor hem rechtvaardigt het herstel van de seksuele functie het tijdelijk opzij schuiven van iedere andere waarde". De man kan dus beter compartimenteren. Het is overigens de vraag of dat nou niet net mede de seksuele dysfunctie veroorzaakt. Daarnaast kan hij de ander beter objectiveren. Dat is mijns inziens één van de redenen waarom een deel van de hulpverleners huiverig was voor deze vorm van behandeling. Is een deel van ons immers niet bang dat seks teveel een technische of hedonistische handeling wordt zonder betrokkenheid? Ook (of juist) binnen de relatie met de surrogate lijkt dat risico aanwezig.

Vooralsnog waren er dus alleen vrouwelijke surrogates. Sommigen zagen in deze "dienstbaarheid van de vrouw" een vorm van uitbuiting. Echter de tijden veranderden. In later jaren kwamen programma's waar ook mannelijke surrogates werden gebruikt. Bij Cole (1982) bijvoorbeeld ging het in 11% van de 150 cliënten om een vrouw. In het Israëliëse Revalidatie programma werden ook mannen opgeleid als surrogate. Echter, zij werden nooit daadwerkelijk ingezet. Daar waren twee redenen voor: enerzijds hadden de therapeuten hier moeite mee, anderzijds wezen de gehandicapte vrouwen deze vorm van behandeling af. Pearlman (1986) beschrijft overigens wel casus van gehandicapte vrouwen, waar surrogates werden gebruikt. In de USA is in de tachtiger jaren ook gebruik gemaakt van vrouwelijke surrogates binnen de lesbische hulpverlening.

### *Commerciële of economische argumenten*

Geld en hulpverlening staan nogal eens op gespannen voet met elkaar. Ook bij seksuele hulpverlening moet geld op tafel komen. Uiteraard komt dan de associatie met prostitutie boven en dat leidt al snel tot weerstand om over dit thema verder te denken. De seksuoloog ontvangt geld voor het bespreken van seksueel intieme zaken. De fysiotherapeut ontvangt geld voor het masseren van min of meer blote patiënten. En de surrogate ontvangt geld voor lichamelijk en seksueel contact. In feite hetzelfde principe.

In de algemene en in de seksuologische hulpverlening bestaan duidelijke verschillen wat betreft het omgaan met financiële vergoeding. Vooral in instellingen waar de geldstroom doorgaans onzichtbaar blijft is voor sommige cliënten en voor sommige therapeuten het rechtstreeks betalen respectievelijk betaald worden een lichtelijk gênant gebeuren. Voor anderen is dat de gewoonste zaak van de wereld. In het Amerikaanse model werd surrogaat behandeling rechtstreeks betaald. In de USA is trouwens rechtstreeks betalen voor behandeling veel gewoner. Als behandeling plaatsvindt in het grotere kader van een Instituut (revalidatie of TBS) valt de voor sommigen gênante associatie met prostitutie vanzelf weg.

In de Nederlandse discussies rond financiële steun voor dienstverlening aan gehandicapten vonden de gehandicapten zelf dat zij er (in ieder geval ten dele) voor dienden te betalen. Anderzijds beleefde men een financiële vergoeding ook als een grondwettelijk recht (Scholtes en Wissenburg, 1990). In 1992 haalde een Nederlandse gemeente de pers door uit een pot voor bijzondere bijstand het geld te betalen voor seksuele dienstverlening. Via de SAR kost dat f 150 per 1½ uur.

Wat betreft de seksuele hulpverlening met een surrogate zal het duidelijk zijn dat dit duur is. Terwijl een normale therapie sessie drie kwartier duurt, is dat bij een surrogaatsessie doorgaans 2 uren. Daar komen dan nog extra de gesprekken met de seksuoloog bij (al dan niet samen met de surrogate). Of dit te duur is hangt natuurlijk ook af van de beschikbare alternatieven. Ook in Nederland werken prostituées wel eens in het solo-model. Dan zijn er dus geen kosten voor sessies met een therapeut. De normale prijs voor een prostituée ligt tussen f 200-250 per uur. Voor die hulpverleningstaak vindt men dit bedrag echter laag, omdat werk als surrogate zwaarder zou zijn dan het normale prostitutiewerk.

### **Juridische voetangels en klemmen**

De veiligheid van de surrogate: in de meeste staten van de USA werd surrogaat partnerschap gelijkgesteld aan prostitutie en dat hield meestal in dat het illegaal was. In Nederland echter is prostitutie niet verboden. Een ander verschil met de USA betreft de veiligheid van de therapeut in termen van de kans op schadeclaims. Overigens is dat risico in Nederland, net als in de geneeskunde, gering. Toch is dit een belangrijk thema bij het opzetten van een programma. In het Israëlische programma stopte men veel energie in doorlichten van de juridische voetangels en klemmen.

Eén van de angsten over surrogates betrof het beroepsgeheim of "confidentiality" (Masters ea, 1977). Deels kwam dit voort uit negatieve beeldvorming over de vrouwen. Men neigde ertoe de surrogates te vergelijken met prostituées ("en die zouden immers roddelen"). Deels ook is die angst gebaseerd op de kwetsbaarheid van klinieken binnen het Amerikaanse rechtstelsysteem.

### **Medische voetangels**

Mede vanwege de risico's op SOA, AIDS en zwangerschap zijn sommige programma's in de USA ten onder gegaan. Binnen ons land hebben wij een sterke neiging tot safe sex en voor de commerciële seks zelfs een Erotikeurmerk (Van Mens, 1995). Wij hebben bovendien een rechtssysteem, waarbij de hulpverlener minder kwetsbaar is voor schadeclaims.

### **(Psycho-)therapeutische argumenten**

Toen deze manier van werken werd geïntroduceerd had de psychoanalyse nog veel invloed. Vandaaruit verwachtte men dat het probleem terug zou komen zodra de cliënt zijn uiteindelijke partner zou ontmoeten. Dat bleek niet zo (zie bv Zilbergeld, 1992, p 476). Met name allerlei implicaties van partnerkeuze en seksueel partnerschap zijn uitgebreid aan de orde geweest.

Een deel van de mannen met een seksuele dysfunctie wil geen contact met een vrouw beginnen omdat hij zich dan moreel verplicht voelt om met haar verder te gaan. Dat ontnemt hem dus de kans om op weg te gaan en stap voor stap te ontdekken wat er mogelijk is bij hemzelf en met haar. Bij secundaire dysfuncties zien we soms een ander soort onzekerheid. De man heeft dan bij een prostituée geprobeerd 'of het nog ging'. Een enkele keer wordt dit advies zelfs door een hulpverlener gegeven. Men verwacht immers dat de man bij een prostituée niet zo zal afgaan. Als echter de seksuele dysfunctie op faalangst gebaseerd is, zal hij ook dáár falen. In de situatie met de surrogate heeft de man de touwtjes van de prestatie niet zo in handen. De surrogate houdt hem als het ware bij de sensate focus les.

Niet alleen het risico van gekwetste trots maakt de man onzeker. Een deel van de mannen is bang dat de vrouw "zijn falen" zal ervaren als een persoonlijke kwetsing. Bij een surrogate wordt deze valkuil grotendeels omzeild omdat de surrogate niet door hem is gekozen. De cliënt weet bovendien dat de surrogate weet dat er een dysfunctie is. Dat werkt angstreducerend en de man voelt zich daardoor steeds minder verantwoordelijk voor het feit dat het niet gaat. De neerwaartse spiraal stopt daarmee.

### **Pragmatische argumenten**

De belangrijke reden waarom het surrogaat model werd ontwikkeld door M&J was het feit dat er destijds voor alleenstaande mannen nauwelijks een alternatief was. Het succespercentage voor hen lag onder de 25% (M&J, 1971, p 166). Met de surrogaat behandeling lukte het in 78% het probleem op te lossen. Bij Sommers (1980) lag dit op 75% en bij Dauw (1988) zelfs op 90%. Daar lagen de beste resultaten bij primaire erectieproblemen (98%) en bij premature ejaculatie (96%)! Ook bij Cole (1982), die de cliënten hun eigen gedrag liet scoren, werd overtuigend verbetering geboekt. Het werkt dus. Voor alleenstaande mannen met een seksueel probleem lijken groepsbehandeling en behandeling met een surrogate het meest effectief. Beiden hebben echter hun logistieke beperkingen (Reynolds, 1991).



### Probleemsituaties waarbij deze vorm van behandelen zinvol zou kunnen zijn

Ondanks die overtuigende succespercentages is deze manier van behandelen relatief weinig toegepast. Deels vanuit allerlei tegenargumenten, maar ook omdat de mogelijkheid ertoe niet voorradig was.

Vanuit mijn eigen werk en vanuit gesprekken met collega's zie ik een aantal situaties waar men deze vorm van aanpak zou kunnen overwegen. Dat zijn steeds situaties waarbij alle andere vormen van behandeling (inclusief sociale vaardigheidstraining) gefaald hebben of waar men gevoeglijk mag aannemen dat die zullen falen. Ik zie daar de volgende groepen cliënten:

a. Cliënten met een seksuele dysfunctie, die seksueel te onzeker zijn om een contact aan te gaan. Vaak gaat het om maagdelijke mannen met een primaire dysfunctie, die uit een achtergrond komen met veel seksuele restricties.

*De heer W. is 31 jaar oud en een wat onhandige academicus. Hij wil graag een gezin stichten. Hij heeft een paar keer gedurende korte tijd een vriendin gehad, maar daarbij kwam het niet verder dan een zoen op de wang en dan ging het "vanzelf" weer uit. Dat gebeurde ook weer tijdens de huidige behandeling. Hij wil graag leren vrijen zodat hij bij de volgende keer bij een vriendin wèl goed beslagen ten ijs komt.*

b. Allochtone cliënten met een primaire seksuele dysfunctie, waarbij ook een sociale handicap in het spel is. Bij mijn eigen cliënten is dit een snel groeiende groep.

*De heer A.M. (32 jr) komt uit Pakistan. Hij heeft slechts ervaring met prostituées en komt altijd klaar voordat hij binnenkomt. Hij heeft inmiddels een zeer forse faalangst. Hij moet over een half jaar terug naar zijn land om een bruid te halen. Dat zal een drama worden als hij niet kan coïteren. Dat vooruitzicht maakt hem steeds depressiever.*

c. Cliënten met een fysieke handicap, die is ontstaan nadat hun seksuele ontwikkeling goed in gang was gekomen. Bij hen gaat het meestal gepaard met een seksuele dysfunctie, (mede) waardoor zij geen contact meer durven sluiten. Het gaat hier in feite om seksuele en sociale thema's binnen een groter proces van revalidatie. De surrogate verricht bij deze aanpak geen seksuele dienst aan de gehandicapte, maar helpt om weer respect voor het eigen lichaam en zijn mogelijkheden te krijgen, om (weer) seksueel te functioneren, en vervolgens om weer contacten te sluiten of een seksuele relatie aan te gaan.

d. Cliënten die al vóór (of tijdens) het begin van hun seksuele ontwikkeling gehandicapt waren. Enerzijds heeft de fysieke handicap daarbij de seksuele mogelijkheden verstoord. Vaak blijken de overmatige bescherming van de ouders en het gebrek aan privacy minstens zo sterk het seksuele ontwikkelingsproces te remmen. Hier is dan seksuele "validatie" nodig (Bender, 1995). De beste hulp is uiteindelijk een speelse, opwindende en begrijpende leeftijdsgenoot. Maar dat blijkt vaak pas mogelijk na een voorfase. Met een surrogate zal hier gewerkt worden aan zelfrespect, uitzoeken en ontwikkelen van seksuele mogelijkheden en sociale vaardigheden.

e. Andere cliënten zijn niet zozeer gehandicapt in hun mobiliteit en handvaardigheid maar vooral in hun lichaamsbeeld. Ernstige brandwonden en littekens kunnen de man of vrouw dermate blokkeren dat voor hen geen sociale of erotische contacten meer mogelijk lijken. Alleen in vivo kunnen zij hun angsten weer kwijtraken. Dit is een variatie op het surrogaat-thema, waarbij het niet gaat om seksuele vaardigheden. Vanuit een gelijkwaardige positie (bijvoorbeeld beiden in bad) wordt door tederheid en aanraken herstel van het zelfgevoel weer in gang gezet.

f. Cliënten met een ernstige sociale handicap, waarbij ook angst voor het andere geslacht (en voor lichamelijke en seksualiteit) meespeelt. Binnen de seksuologische hulpverlening komen wij deze mensen af en toe tegen. Zij hebben zo weinig sociale vaardigheden en zoveel angst dat zij nooit aan een contact of aan seks toekomen. Enkel training in sociale vaardigheden leidt niet tot het doel. In Cole's programma (1982) besloeg deze groep ongeveer een kwart van alle cliënten. Juist bij hen had de behandeling een zeer positief resultaat.

g. Cliënten binnen de forensisch seksuologische setting. Sommige mannen blijken zo bang dat zij nog nooit een normaal contact met een vrouw (of man) hebben gehad, terwijl zij zich wèl te buiten gaan aan agressief seksueel gedrag. In die groep zitten cliënten die seksuele en sociale vaardigheden zouden kunnen aanleren in het contact met een surrogate, zodat het gevaar voor de buitenwereld minder wordt. Vanuit onze TBS-klinieken waar men geleidelijk ervaring met surrogates opdoet komt de indruk dat vooral aanranders hier baat bij kunnen hebben.

Vanuit de Mr de Graaf Stichting werd ik attent gemaakt op een andere groep. Het gaat dan om mensen die door ernstige emotionele trauma's speciale seksuele hangups hebben; vooral mannen met een kampsyndroom. In sommige gespecialiseerde SM-clubs blijken vrouwen te werken die geleerd hebben hoe zij de te grote lijdensdruk van deze mannen met SM-werk kunnen verlichten. Dit kunnen we eigenlijk niet surrogaat werk noemen, maar wel een vorm van seksuele hulpverlening.

#### Hoe zou zo een behandeling er concreet kunnen uitzien?

Dat is uiteraard afhankelijk van de situatie (zoals wèl of niet gehandicapt; wèl of niet in instituutverband; vooral seksuele disfunctie of vooral sociaal geremd; man of vrouw; primaire of secundaire disfunctie; welke fase van een behandeling; etc.).

Bij deze aanpak vinden gesprekken plaats tussen therapeut en cliënt, waarbij de surrogate al dan niet aanwezig is. Daarnaast vinden sessies plaats tussen cliënt en surrogate. De surrogate heeft meerwaarde op het gebied van diagnostiek, in vivo voorlichting, angstreductie en sensate focus oefeningen. Sociale vaardigheden kunnen getraind worden in vivo, maar ook duidelijk gemaakt worden in rollenspellen samen met de therapeut. Het is dus niet zo dat alle tijd besteed wordt aan lijfwerk. Er is ook tijd voor informatie en voorlichting (zie bv Zilbergeld, 1992 p 476). Een steeds terugkerend thema is het terugkoppelen van de ervaringen van de cliënt. Met name naar diens rol ten opzichte van de toekomstige partner. Ik hoorde van een surrogate dat zij regelmatig vroeg aan de cliënt: "How is your love life?".

#### De implementatie van dit idee

In Nederland is op zeer beperkte schaal af en toe gewerkt met surrogates. Een enkele therapeut verwijst soms naar een vrouw die als surrogate een probleem aanpakt. Dat gaat doorgaans in het solo-model. Oving en Zandvliet (1993) gebruikten enige tijd het driehoeksmodel in hun Wilhelm Reich Academie. Hun aanpak, beschreven in het boek "En de liefde dan?", strandde op financiële gronden. Binnen de forensische seksuologie begint men geleidelijk een heel klein beetje ervaring te krijgen met deze vorm van hulpverlening. Zowel bij

ambulante cliënten als in de TBS-setting wordt soms een "oefenpartner" ingezet. Bij deze nieuwe vorm van hulpverlening ervaart men overigens zeer duidelijk hoe groot de behoefte is aan training. Zowel wat betreft inzicht en vaardigheden voor de oefenpartners als wat betreft inzicht in de te volgen strategieën voor de behandelaars.

Als er inderdaad behoefte is om deze vorm van hulpverlening in ons land te introduceren, dient dat gedegen te worden opgezet. Er zijn immers legio valkuilen. Uit de eerder genoemde drie modellen dient naar mijn mening het driehoeksmodel gekozen te worden voor de reguliere hulpverlening en het "geïntegreerde instituutsmodel" voor revalidatie- en TBS klinieken. De groep van Aloni uit Israël, die werkt met lichamelijk gehandicapten, startte een programma met het instituutsmodel (1994). Zij hadden een periode van twee jaren nodig om de grootste obstakels uit de weg te ruimen. Hun belangrijkste doelstellingen daarbij waren:

- \* Incorporeren van surrogaat therapie in het revalidatie proces en ook binnen het revalidatie instituut.
- \* Opbouwen van een groep getrainde surrogates die geaccepteerd worden als professionals door de werkers uit de seksuologie en uit de revalidatie.
- \* Medische bescherming van cliënten en surrogates.
- \* Veilig stellen van het project, de behandelaars, de surrogates en de cliënten tegen wettelijke maatregelen.

Daarnaast lijkt mij dat veel energie dient te worden gestoken in diverse aspecten van het hulpverleningsproces als zodanig. Daarom volgt eerst een korte exercitie over de verschillende partijen die daarin deelnemen: de therapeut, de surrogate en de cliënt.

#### *De therapeut*

Deze dient om diverse redenen stevig in de schoenen te staan. Niet alleen kan hij of zij beschuldigd worden van de visie seks te reduceren tot een genitale prestatie, maar ook van 'koppelaar' of voyeurisme. Dat voyeurisme, maar ook jaloezie, zijn reële risico's voor de man of vrouw die in de driehoek met een surrogate en een cliënt gaat werken. De surrogate functioneert immers ook als een surrogate voor de therapeut. Niet alleen omdat via de surrogate praktische adviezen worden doorgegeven. De situatie kan ontstaan waarbij de surrogate datgene doet wat de therapeut, uit erotische fascinatie voor de cliënt, zelf zou willen doen. Andersom kan de surrogate ook het doel worden. Bijvoorbeeld als de vrouwelijke surrogate het middelpunt wordt van de fantasieën van de mannelijke therapeut. Juist dat werken in een driehoek kan leiden tot uiterst complexe overdracht- en tegenoverdrachtproblemen met jaloezie, erotische bondjes, etcetera.

#### *De surrogate*

Veel seksuologen herinneren zich de televisiedocumentaire van enige tijd geleden met daarin scènes uit een surrogaat behandeling en een interview met de desbetreffende surrogate. Bij deze Amerikaanse vrouw, die ernstig seksueel misbruikt bleek, speelden overduidelijk allerlei onverwerkte zaken door haar werken heen. Dit hoort naar mijn mening zeker niet het voorbeeld te zijn!

Binnen de Nederlandse TBS-klinieken waar men al heeft gewerkt met surrogates bleek dat het een groot probleem is om geschikte vrouwen voor dit werk te vinden. Wie zouden voor dit werk wèl geschikt zijn? In M&J's programma bleek meer dan de helft van de vrouwelijke surrogates gemotiveerd vanuit seksuele problemen in de naaste omgeving. Maar ook argu-

menten als behoefte aan sociaal contact en onbevredigde seksuele spanning werden door M&J genoemd (1971, p 168). In het Engelse programma (met mannelijke en vrouwelijke surrogates) van Cole (1982) werden slechts beperkte selectiecriteria gehanteerd: 1. slim genoeg om het therapeutische werk uit te voeren; 2. empathie voor de andere sekse zonder verholten ressentimenten; 3. voldoende ongeremd voor een breed seksueel repertoire en daarnaast plezier hebben in seks om de seks, als motivatie om een hele behandeling te kunnen afmaken. Apfelbaum (1977), die de beperkte en emotioneel verwarrende rol van het M&J surrogate-concept bekritiseerde, propageerde een therapeutische training voor de "body work professional". In het programma van Dauw (1988) hadden alle (vrouwelijke) surrogates een opleiding gehad voor een hulpverlenend beroep. Zij gebruikten op eclectische manier diverse therapeutische technieken in de surrogate sessies.

Naar mijn idee is daarnaast een soort inwendige "hulpverlenersattitude" nodig: de gave om je vooral te kunnen richten op de behoefte van de ander. Ook de rol van de surrogate vraagt erom dat bepaalde zaken worden bewaakt. Zorgen om zelf niet verliefd te worden, niet laten gebeuren dat de cliënt verliefd wordt en binnen de beperkingen blijven die de therapeut aangeeft. De surrogate moet een goede samenwerking met de therapeut kunnen opbouwen en ook deze relatie vraagt van beide partners een duidelijke grensbewaking. Een deel van deze argumenten is samen te vatten onder: "uitgerijpt op het gebied van seks en relatie". Daar dient zich dan tegelijk ook een probleem aan. Zijn er argumenten vóór of tégen het hebben van een vaste seksuele partner? Wèl een vaste (goede) relatie hebben zal voor sommigen een beperkte mate van garantie bieden tegen seksuele onrust en het risico van verliefdheid. Die relatie kan ook de plek zijn waar gespuid wordt als het moeilijk gaat. In het buitenland werden gehuwde surrogates vaak niet geaccepteerd om redenen van publieke moraal en wettelijke risico's. Juist die specifieke argumenten lijken mij in Nederland niet zo sterk te spelen. Er zijn echter wel andere redenen tot voorzichtigheid, zoals bijvoorbeeld het risico van jaloezie. Als een partner zelfs een beperkte mate hiervan heeft doet dat al problemen veronderstellen.

#### *De cliënt*

Doorgaans is een model met surrogaat begeleiding bedoeld voor de cliënt die geen partner heeft en er waarschijnlijk geen zal hebben voordat het probleem is opgelost. In de meeste programma's werd een gehuwde cliënt niet geaccepteerd. Vanuit dit model zou men kunnen stellen dat in die situatie de vaste partner beter getraind kan worden in de vaardigheden van de surrogate. Dat voorkomt spanningen in de relatie en ook onbegrip of morele verontwaardiging vanuit de buitenwereld. De seksuologische praktijk laat overigens soms zien dat juist de partner absoluut niet in staat is om ooit die vaardigheden te leren.

Boeiend zijn de ervaringen van SHARE, een Amerikaanse groep die de belangen behartigt van lichamelijk gehandicapten. Daar maakten zowel mannen als vrouwen gebruik van de kans om met een surrogate hun seksuele mogelijkheden te verbeteren of hun beperkte seksuele speelruimte te vergroten. Pearlman (1985) beschreef vanuit SHARE een relatie waarin beide huwelijkspartners lichamelijk gehandicapt waren en waar ieder, onafhankelijk van elkaar, met behulp van een surrogaatpartner de seksuele remmingen naar de ander toe kwijt raakte.

Het is duidelijk dat de cliënt vrijuit en zonder schuldgevoel in staat moet zijn om te kiezen voor een dergelijke aanpak.

### **Nogmaals de implementatie van het idee: Hoe wordt dit opgezet?**

Om deze aanvulling op de sekstherapie goed op poten te zetten lijkt eerst een discussie binnen de beroepsgroep nodig. Al was het alleen om vandaaruit voldoende emotionele steun te krijgen. Vervolgens dient een groep te worden geformeerd die een actieplan opzet met structuren, spelregels en condities. Onder andere vanwege de arbeidsintensieve manier van werken lijkt het raadzaam deze behandeling vanuit één centrum op te zetten. In ieder geval voor de reguliere dysfuncties. Ook voor de instituutsaanpak lijkt het raadzaam zo een plan vooralsnog op te zetten voor één grote revalidatie en/of TBS instelling.

Ter afsluiting volgen hier enige spelregels en enige thema's.

\* In de keuze om niet het solo-model te volgen zit al dat er slechts surrogaatwerk wordt gedaan als onderdeel van een therapie. Het seksuele lichaamswerk is dus een adjuvans (aanvulling) bij sekstherapie.

\* Er is steeds een duidelijk contract nodig waarin de rol, taak en grens van de verschillende partijen en contacten is vastgelegd.

\* Over het beroepsgeheim dienen duidelijke codes en afspraken te zijn.

\* Met safe seks als absolute eis, moeten ook daar heldere regels en afspraken zijn.

#### *Training*

In de USA geeft IPSA, de belangengroep van surrogates, trainingen in de vorm van een intensieve workshop van 40 uren. Het programma van Aloni in Israël, binnen een instituut voor revalidatie, omvat 85 uren. De helft hiervan wordt gegeven als theoretische training waarbij ook andere hulpverleners uit het instituut aanwezig zijn. Dat is niet alleen om financiële redenen, maar vooral ook om daarmee wederzijds respect te creëren tussen enerzijds de surrogates en anderzijds de andere hulpverleners uit het instituut (zoals artsen, psychotherapeuten, ergotherapeuten en fysiotherapeuten). De behandelaars, die later daadwerkelijk als duo met een surrogate een cliënt behandelen, nemen samen met de surrogates deel aan een Sexual Awareness Reassessment (SAR) workshop. Dit is een intensief desensitisatie programma (Aloni ea, 1994). In Dauw's programma (1988) kregen de surrogates, allen reeds opgeleid in een hulpverlenend beroep, nog een intensieve training van 100 uren.

Ook de therapeuten dienen getraind te worden in de ins en outs van deze aanpak. Met daarbij veel aandacht voor logistieke en overdrachtsaspecten van de driehoeks-relatie.

#### *Beroepsgroep*

Gezien de grote hoeveelheid valkuilen lijkt het verstandig om dit werk slechts te laten uitvoeren door daartoe opgeleide therapeuten en surrogates. Na hun speciale opleiding krijgen zij als het ware een certificaat. Anderzijds dienen zij regelmatig uit te wisselen en terug te koppelen over de ervaringen en ontwikkelingen. Het lijkt dan ook verstandig als beide werkers lid zijn van een aparte beroepsgroep, bv een onderafdeling van de NVVS.

#### *Werkomstandigheden van de surrogate*

Naast het werkoverleg van de surrogate met de therapeut ten behoeve van de cliënt is ook extra overleg nodig voor de surrogate als persoon. Onder andere omdat men over dit werk niet vrijelijk kan praten. In het Israël programma werd regelmatig een sessie van een halve dag besteed aan de noden van de surrogate.

### Financiële problemen

Bij de vele problemen die de revue zullen passeren voordat dit idee werkt zal ook het thema financiën belangrijk zijn. Een training zoals boven genoemd is duur. De kans om die investering later rijkelijk terug te verdienen is klein omdat het model slechts bij een zeer beperkte groep cliënten kan worden gebruikt. Onder andere omdat de arbeidsintensieve uitvoering van een surrogaatbehandeling duur is. Bij gewone dysfuncties zal de reguliere verzekeraar dit vooralsnog niet vergoeden. Misschien ligt dit te zijner tijd anders bij de instituutsaanpak.

### Epiloog

Voor een deel van de alleenstaande mannen met een seksueel probleem, zou behandeling met een surrogate wel eens de meest (of zelfs enige) effectieve kunnen zijn. De meerwaarde ervan zit in seksueel lichaamswerk als extra toevoeging aan sekstherapie. Daarnaast geeft het de mogelijkheid tot directe training in sociaal-seksuele vaardigheid. Deze aanpak lijkt dan ook voor een deel van de cliënten met fysieke of sociale handicaps niet alleen geschikt, maar misschien zelfs als enige effectief. Vooralsnog is deze aanpak in Nederland echter controversieel, tamelijk onbekend en in ieder geval niet echt beschikbaar. Gezien de groeiende vraag naar effectieve behandelvormen voor bepaalde groepen cliënten lijkt het verstandig om introductie van deze behandelstrategie nader te overwegen.

### Summary

#### *Surrogate assistance in sex therapy*

Surrogate assisted sexological treatment has never been embraced in The Netherlands. Most likely because the idea was too controversial. Nevertheless, occasionally there is an urgent need for this approach. The intention of this article is to share information and increase the knowledge on the subject. After describing some history of this form of therapy, three designs are constructed which represent various treatment modalities. Then detailed arguments and topics are conveyed from the 'surrogate treatment discussions' which have been held over the years.

Some examples, complicated cases out of the sexological caseload, are used to illustrate where a surrogate assisted approach could be useful. These include on the one hand out-patient dysfunctions, on the other hand inpatients with physical handicaps and incarcerated men from institutions.

In the last part a close look is taken at therapeutic and practical consequences. The aim of this paper is to start a discussion among Dutch sexological professionals. Then maybe this approach can actually be implemented and incorporated in our professional sex therapies.

### Literatuur

- Aloni, R., N. Dangur en E. Chieger (1994). A model for surrogate therapy in a rehabilitation center. *Int Journal of Adolescent Medicine & Health*, 7; 141-151.
- Apfelbaum, B. (1977). The myth of the surrogate. *Journal of Sex Research*, 13: 238-249.
- Bender, J. (1995). Revalidatie seksuologie: Ervaringen uit de praktijk. Lezing op de najaarsconferentie voor NIP-revalidatie psychologen (dd 11-11-95).
- Cole, M. (1982). The use of surrogate sex partner in the treatment of sex dysfunction and allied condition. *British Journal of Sex Medicine*, March 1982: 13-20.
- Dauw, D.C. (1988). Evaluating the effectiveness of the SECS' surrogate-assisted sex therapy model. *Journal of Sex Research*, 24: 269-275.
- Koperen, H. van (1987). Wordt directe seksuele dienstverlening aan zwaar lichamelijk gehandicapten geaccepteerd of niet? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 11: 226-229.

- Masters, W.H. en V.E. Johnson (1971). *Seksuele stoornissen bij man en vrouw*, pp 169-175. (*Human sexual inadequacy*. Little Brown & Co. Boston. 1970, pp 146-155).
- Masters, W.H., V.E. Johnson en R. Kolodny (1977). *Ethical issues in sex therapy and research*. Little Brown & Co, Boston.
- Masters, W.H., V.E. Johnson, R. Kolodny en S.M. Weems (1980). *Ethical issues in sex therapy and research. Volume 2*. Little Brown & Co. Boston.
- Oving, B. en L. Zandvliet (1993). "En de liefde dan?". De Kern, Baarn.
- Pearlman, P.T. (1986). sexuality and the physically disabled: beyond verbal therapy. In: P. Kothari (ed). *Proceedings of the 7th World Congress of Sexology, November 1985*. New Delhi.
- Reynolds, B. (1991). Psychological treatment of erectile dysfunction in men without partner. *J of Sex and Marital Therapy*, 17: 136-146.
- Scholtes, H. en K. Wissenburg (1990). Seksuele dienstverlening aan gehandicapten: Financiering uit algemene middelen een grondwettelijk recht? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 14: 185-190.
- Scott, V.X. en H. Lee (1971). *Surrogate wife*. Dell Publishing Co. New York.
- Sommers, F.G. (1980). Treatment of the male sexual dysfunction in a psychiatric practice integrating the sexual therapy practitioner (surrogates). pp 593-598 in: Forleo, R. en W. Pasini (eds) *Medical Sexology*. Elsevier, Amsterdam.
- Stiefelwagen, S. (1994). De sociaal erotische dienstverlening. In: *Seks, lang zo gek nog niet. Symposium over seksualiteit en relaties in de psychiatrie*. Rutgers Stichting, Eindhoven.
- Mens, L. van (1995). Erotikeur. *SOA-bulletin*, 16: no 4: 22-23.
- Zilbergeld, B. (1980). Alternatives to couples counseling for sex problems. Group and individual therapy. *J of Sex and Marital Therapy*, 6: 3-18.
- Zilbergeld, B. (1992). *The new male sexuality*. Bantam Books, New York.