

HET NON-PRESTATIEMODEL BIJ ERECTIESTOORNISSEN^o

R.A.F. Evers¹ en H.A. van Driel²

Voorschrijven van het symptoom is een bekende psychotherapeutische techniek. Voor behandeling van erectiestoornissen betekent dat, dat de patiënt bij het vrijen juist moet proberen om geen erectie te krijgen. In dit artikel wordt deze techniek bij erectiestoornissen, onder de naam "het non-prestatie-model", nader uitgewerkt. Er worden drie casussen beschreven, waarbij deze techniek een centraal ingrediënt van de behandeling vormde.

Erectiestoornissen staan als probleem volop in de belangstelling. Het op de markt komen van sildenafil (= Viagra[®]) is hier zeker niet vreemd aan. Verder is auto-injectietherapie (bv. met papaverine/fentolamine [= Androskat[®]]) een veel gebruikte medicatie bij erectiestoornissen. Nadeel ervan is dat het geïnjecteerd dient te worden en niet alle patiënten dit langdurig kunnen opbrengen (Borges, 1994; Armstrong et al., 1994). Naast medicamenteuze oplossingen bestaan er psychotherapeutische oplossingen.

Slob (1992) stelt dat de meeste erectieproblemen voornamelijk psychogeen bepaald zijn. Zelfs wanneer er een organische oorzaak gevonden wordt, kan de erectieproblematiek door angst voor falen verergerd worden. Angst voor falen heet in het psychotherapeutisch jargon "anticipatie-angst" en door deze angst kan er een "self-fulfilling prophecy" ontstaan. Men krijgt juist dat wat men vreest. Bij veel patiënten, die last hebben van erectiestoornissen, is dit een centraal mechanisme. In dit opzicht lijken erectiestoornissen op andere klachten waarbij de anticipatieangst eveneens een centrale rol speelt, zoals blozen, trillen en slapeloosheid (Evers en Rijnders, 1982).

In dit artikel willen we laten zien dat een bepaald soort strategie, die bij deze klachten effectief gebleken is, namelijk het voorschrijven van het symptoom, ook een vruchtbare strategie kan zijn bij erectiestoornissen. We zullen allereerst nader ingaan op de strategie van het voorschrijven van het symptoom. Vervolgens bespreken we de toepassing van deze strategie bij erectiestoornissen on-

der de noemer van het "non-prestatie-model". Ten slotte wordt een en ander geïllustreerd met drie casussen.

Het voorschrijven van het symptoom

Wegner (1994) spreekt van ironische processen die kunnen optreden bij pogingen tot mentale controle. Hij onderscheidt twee processen die in het geding zijn bij mentale controle. Een "opererend proces", dat de gewenste geestelijke gesteldheid bevordert, en een "monitoring proces" dat zoekt naar inhoud die inconsistent zijn met de gewenste gesteldheid. Pogingen tot mentale controle kunnen succesvol zijn, tenzij er sprake is van een beperking van de mentale capaciteit. Dit laatste treedt op bij stress, extreem belang van een gewenste toestand e.d. Dan kan er een ironisch effect optreden: de mentale controlepoging leidt juist tot het tegenovergestelde van de gewenste toestand. Zo kan iemand, die het heel belangrijk vindt goed te slapen ten einde de volgende dag fit te zijn voor een belangrijk tentamen, geconfronteerd worden met een nacht vol slapeloosheid. Of, iemand die het heel belangrijk vindt om een erectie te krijgen bij het vrijen, merkt dat er geen spoor van een erectie optreedt. Eén van zijn aanbevelingen om zich van dergelijke ironische effecten te bevrijden, is het laten varen van de mentale controle. Hij geeft het voorbeeld van iemand die na menig slapeloze nacht opluchting kan vinden in het besluit niet meer te proberen om in slaap te komen. Hier zijn we aangeland op het terrein van de paradoxen.

¹ Drs. R.A.F. Evers, psycholoog, psychotherapeut, seksuoloog NVVS, is werkzaam op de Polikliniek Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt en de OEP van RIAGG Rijnmond Noord-West, Rotterdam, coördinator van de polikliniek seksuologie van RIAGG-RNW. Correspondentie-adres: R.A.F. Evers, Polikliniek Psychiatrie AZR-Dijkzigt, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

² Mw.Drs. H.A. van Driel, psychologe, psychotherapeute i.o., is stagiaire psychotherapie op de Polikliniek Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt en werkzaam op de afdeling KNO/audiologie van het AZR-Dijkzigt.

^o Geaccepteerd voor publicatie 26 februari 1999.

Als in het kader van een psychotherapeutische behandeling een patiënt opzettelijk het symptoom bij zichzelf moet oproepen teneinde van het symptoom af te komen, spreken we van een therapeutische paradox. Frankl (1960, 1975) was één van de eerste psychotherapeuten die met deze techniek werkte. Hij beschouwde anticipatieangst als "the starting point of any anxiety neurosis". De door hem ontwikkelde techniek van de "paradoxical intention" was erop gericht om door middel van het voorschrijven en het overdrijven van het symptoom de anticipatieangst te beroven van zijn voedingsbodem. In zijn visie is anticipatieangst opgebouwd uit twee factoren: "attention" (overdreven zelfobservatie) en "intention" (extreme doelgerichtheid). Een patiënt, die lijdt aan een bloesfobie, observeert voortdurend of er geen tekenen van blozen zijn ("attention") en heeft het sterke gebod aan zichzelf om vooral niet te blozen ("intention"). De ingrediënten van "attention" en "intention" zorgen er dan voor, dat het gevreesde gebeuren juist optreedt. Analooft kan het gaan bij een patiënt die lijdt aan een erectiestoornis. Tijdens het vrijen wordt de mate van erectie angstvallig in het oog gehouden ("attention") en er is het bevel om een erectie te hebben ("intention"). Ook hier weer zorgen deze twee ingrediënten voor een grote kans op géén erectie.

We citeren hier Evers & Rijnders (1982), die het als volgt formuleren: "De rationale achter de "paradoxical intention" wordt gezocht in het gegeven dat zowel een symptoom als het tegendeel daarvan fenomenen zijn die behoren tot spontaan, door autonome functies bestuurd gedrag. Zoals afdwingen van het tegendeel van het symptoom - als strategie om het symptoom tegen te gaan (bijvoorbeeld jezelf dwingen niet angstig te zijn) - leidt tot een toename van het symptoom, zo leidt afdwingen van het symptoom (zichzelf dwingen angstig te zijn) tot een niet-optreden van het symptoom. Wanneer de therapeut er derhalve in slaagt om de patiënt ervan te overtuigen om zijn syndroom juist wél op te roepen - hetgeen dus neerkomt op de opdracht "wees niet spontaan" - blijkt de patiënt daar niet in te slagen. Het symptoom blijft weg. Dit is het begin van het doorbreken van de bestaande vicieuze cirkel, waardoor een constructieve cognitieve verandering tot stand kan komen."

Barlow (1986) stelt dat vrijwel algemeen wordt aangenomen dat angst een belangrijke rol speelt in het ontstaan en in stand houden van seksuele klachten. Middels experimentele data laat hij zien dat

angst ook heel goed een faciliterend effect kan hebben op seksuele opwindings. Hij maakt een onderscheid tussen seksueel functionele en seksueel disfunctionele mensen. Bij de eerste groep heeft angst een faciliterend effect, bij de tweede groep een remmend effect. Volgens Barlow richten seksueel disfunctionele mannen hun aandacht niet zozeer op de erotische stimuli als wel op allerlei cognities die falen voorspellen. Er treedt een proces op waarin de cognities interacteren met angst met als gevolg een disfunctionele prestatie. Gezien het faciliterende effect dat angst heeft op de seksuele opwindings bij de groep seksueel functionelen acht Barlow het niet raadzaam technieken te gebruiken die zich primair richten op spanningsreductie (zoals bijvoorbeeld relaxatie-oefeningen). Veel meer heil ziet hij in het technieken die zich richten op cognitieve verandering en het anders richten van de aandacht.

Belangrijk bij het gebruik van paradoxale strategieën is het motiveren van de patiënt. Men vraagt hem immers dingen te gaan doen die ogenschijnlijk tegen het gezonde verstand indruisen. Zoals bijvoorbeeld opzettelijk trillen, wanneer trillen het probleem is waarvoor iemand in therapie komt. Een goede manier waarop dit kan gebeuren is door het scheppen van een nieuw betekenis-kader. Laten we als voorbeeld blozen nemen. De therapeut kan in een gesprek met een bloesfobische patiënt hem vragen hoeveel macht hij nog eigenlijk heeft op het moment dat hij bloost. Macht bestaat uit wat je nog allemaal kunt waarnemen als je bloost. De gemiddelde patiënt antwoordt dan dat hij bij het optreden van de bloesklacht vrijwel niets meer waarneemt. De therapeut merkt op dat de patiënt zichzelf op dat moment gereduceerd heeft tot één groot blozend hoofd. Meer is er van de patiënt niet over. Echter, je kunt ook leren macht te krijgen terwijl je nog bloost. In het kader van een machtstraining is het nodig dat je bloost. Immers, anders valt er niets te trainen. Vandaar dat de therapeut de patiënt zal vragen in bepaalde situaties opzettelijk te blozen en dan te trainen om macht te krijgen. Wat kan hij nog allemaal waarnemen terwijl hij bloost.

Er kunnen twee uitkomstvarianten van een dergelijke opdracht zijn: ófwel de patiënt bloost inderdaad en voldoet aldus aan de door de therapeut geformuleerde opdracht. Het gesprek kan dan gaan over de mate waarin patiënt in staat was macht uit te oefenen. Ofwel - en deze uitkomst is waarschijnlijk - patiënt bloost niet langer. In het laatste geval kan de therapeut opmerken dat de gekozen situaties misschien te gemakkelijk waren en patiënt voorstellen een moeilijker situatie in te gaan met de-

zelfde opdracht: proberen te blozen. De betekenis van blozen is veranderd van een gevreesde gebeurtenis in iets wat je nodig hebt om te kunnen trainen. Het netto resultaat is dat het blozen steeds minder kans krijgt om op te treden.

Het non-prestatie-model

Masters en Johnson (1970) benadrukken het belang van niet-prestatiegericht vrijen. Bij een paar met seksuele problemen starten zij de behandeling dan ook met een coïtusverbod. Vervolgens leren zij het paar binnen de context van dit verbod vrijen weer leuk en prettig te vinden. Het model, dat hier beschreven wordt, borduurt voort op deze grondhouding. Je erectie verliezen tijdens het vrijen kan door iemand als een pijnlijke gebeurtenis beleefd worden. Dit kan een volgende keer bij het vrijen het gevoel oproepen te moeten presteren. Immers, de ervaring heeft nu geleerd dat een erectie hebben niet altijd vanzelfsprekend is. Juist deze prestatiehouding maakt dat het dan weer niet gaat.

Overigens hoeft de gebeurtenis niet alleen pijnlijk te zijn voor de man. De vrouw kan het gevoel hebben dat het aan haar ligt; dat zij niet langer aantrekkelijk is. Vrijen krijgt de connotatie van een onplezierige gebeurtenis. Zaken, die aan vrijen voorafgaan - zoals intimiteit, elkaar aanraken, op hetzelfde tijdstip naar bed gaan - worden meer en meer vermeden. Er kan een stereotyp patroon ontstaan waarin de man 's avonds bij het naar bed gaan blijft dralen en pas naar bed gaat als hij vrijwel zeker weet dat zijn vrouw in slaap is. De enkele keer dat er nog gevreeën wordt draait meestal op een mislukking uit. Wanneer het een keer wél gaat, met andere woorden als de erectie in stand blijft, moet de zaak snel afgehandeld worden. Zoals een patiënt het uitdrukte: "mijn erectie is een angstig bezit".

Bij toepassen van het "non-prestatie-model" analyseert de therapeut samen met het paar nauwkeurig het patroon van vrijen. Meestal wordt een patroon gevonden overeenkomstig het bovengeschetste. De therapeut legt nu het accent op het thema "presteren". Aan de ene kant, zo geeft hij aan, is het heel begrijpelijk dat je wilt presteren. Immers, je hebt gefaald en dat wil je rechtzetten. Aan de andere kant, zo geeft hij aan, werkt deze houding blijkbaar niet. Al met al is het met het verloop van de tijd alleen maar slechter gegaan. De wijze van vrijen tot dusverre vat de therapeut samen onder de noemer "prestatievrijen". Het is dui-

delijk, zo merkt hij op, dat prestatievrijen het probleem niet oplost voor het paar. Vandaar dat hij een nieuwe vorm van vrijen wil introduceren. De therapeut legt uit dat bij het prestatievrijen de man meer met zijn gedachten dan met zijn seksuele gevoelens bezig is. Omdat hij zó met zijn gedachten bezig is te presteren, is het invoelbaar dat hij de sensaties in zijn penis nauwelijks opmerkt. Het is belangrijk, zo stelt de therapeut, dat de patiënt weer leert voelen. Vandaar dat hij de volgende oefening wil voorstellen. Het paar krijgt de opdracht elkaar te strelen. Onderdeel van de streeloefening is dat de vrouw de penis van haar man zo geraffineerd mogelijk streelt. Om de sensaties in zijn penis weer goed te leren kennen, is het belangrijk dat de man niet met presteren bezig is. Dit kan heel gemakkelijk opgelost worden, zo stelt de therapeut, als hij zich voorneemt om geen erectie te krijgen. Zijn taak is dus om te merken wat voor prettige sensaties het strelen op een slappe penis bij hem kan oproepen.

De omkering heeft nu plaatsgevonden. In plaats van te pogen een erectie te krijgen, moet de patiënt nu pogen om geen erectie te krijgen. In de context van de behandeling heeft het niet-een-erectie-krijgen nu een positieve connotatie. Immers, het is dé manier waarop patiënt weer kan leren voelen. Doorgaans leidt de geschetste opdracht snel tot herstel van de erectie. Vaak meldt het paar dit schuld bewust. Soms formuleren zij het als volgt: "het is niet gelukt". Bij navraag blijkt dan dat de man toch een erectie heeft gekregen. Het is in deze fase belangrijk dat de therapeut het krijgen van een erectie niet gaat bekrachtigen. Immers, dan zou toch weer de prestatie om de hoek komen kijken. Wel kan de therapeut zich begripvol tonen. Het al of niet krijgen van een erectie heb je nu eenmaal niet in de hand. Als de patiënt oprecht probeert geen erectie te krijgen, dan is de therapeut tevreden. Komt er dan toch een erectie, dan kan hij er niets aan doen.

Als eenmaal tijdens de streeloefeningen goede erecties verkregen zijn, kan de volgende stap gemaakt worden: aanzet tot coïtus, waarbij de patiënt de opdracht krijgt om te verslappen op het moment van penetratie en dan na te gaan welke prettige sensaties het kan geven om met een slappe penis tegen de (schaam)lippen van zijn vrouw te wrijven. Doorgaans leidt deze opdracht ertoe dat de erectie juist in stand blijft. De volgende stap is coïtus met de opdracht om tijdens de coïtus te verslappen. Ook hier krijgt de patiënt de opdracht om te letten op de prettige sensaties die de slappe penis nog steeds

oproep. De therapeutische houding blijft steeds dezelfde. Een oprechte poging van de patiënt is voldoende. Omdat erecties nu eenmaal een auto-noom proces betreffen, kan het de patiënt niet kwalijk genomen worden als de opdracht niet lukt. De therapeut volhardt in deze houding totdat het paar een tijdlang probleemloos coïtus kan hebben.

Casus 1

Patiënt was een 51-jarige man, van beroep jurist. Hij was vijf jaar geleden weduwnaar geworden. In het huwelijk was seks nooit een probleem geweest. Hij had ook nooit erectiestoornissen gekend. Gemiddeld vrijde het paar tweemaal per week. Een jaar na het overlijden van zijn vrouw durfde patiënt voor het eerst weer seksueel contact met een vrouw aan. Deze vrouw had een geamputeerde borst, waarover zij patiënt niet had ingelicht. Toen hij eenmaal geconfronteerd werd met de geamputeerde borst verloor hij zijn erectie. Kort daarna leerde patiënt een andere vrouw kennen. Toen hij met haar ging vrijen schoot er door zijn hoofd: "als het nu maar gaat". Er gebeurde hetgeen patiënt vreesde: het ging niet. Een derde contact verliep op dezelfde wijze. Patiënt kwam in therapie met zijn huidige vriendin. Ook in deze relatie had hij het probleem meegenomen. Zij vrijden gemiddeld zo'n twee keer per week waarbij het nooit tot een coïtus kwam. Patiënt bevredigde zijn vriendin oraal.

Het non-prestatie-model werd geïntroduceerd. Het kostte weinig moeite beiden te motiveren voor de opdracht: "nagaan welke prettige sensaties het strelen van een slappe penis geeft". De volgende zitting meldde het paar dat het niet gegaan was. Patiënt had een stevige erectie gekregen, die gebleven was. Voor de volgende zitting werd dezelfde opdracht gegeven. Deze zitting meldde het paar dat ze twee keer zonder problemen coïtus gehad hadden. De therapeut merkte op dat dit enerzijds natuurlijk heel prettig was, anderzijds dat het naar zijn gevoel eigenlijk te snel ging. Hij herhaalde kort het non-prestatie-model en stelde voor dat de man zou proberen tijdens de coïtus zijn erectie te verliezen. Het paar ging accoord met deze opdracht. De volgende zitting bleek dat het hem niet gelukt was zijn erectie te verliezen. Beiden gaven te kennen dat ze het gevoel hadden dat ze het probleem te boven gekomen waren. Er werd een controle-afspraken over drie maanden gemaakt. Bij deze controle-afspraken bleek dat het probleem niet was teruggekomen.

Casus 2

Patiënt was een Hindoestaanse man van 30 jaar. Hij was sinds 8 jaar getrouwd. In het begin van de relatie was de seks bevredigend. In een periode dat het moeilijk ging op zijn werk kreeg patiënt erectieproblemen. Hoewel de moeilijkheden op de zaak tot het verleden behoorden, persisteerden de erectieklachten. Het paar vrijde nog gemiddeld één keer per maand zonder het gewenste resultaat: een geslaagde coïtus.

Ook bij dit paar werd het non-prestatie-model geïntroduceerd. Het kostte enige moeite het paar van de "logica" van het non-prestatie-model te overtuigen. Ook aan dit paar werd de gebruikelijke opdracht, het geraffineerd strelen van de slappe penis, gegeven. De volgende zitting meldde het paar dat ze de opdracht volgens afspraak tweemaal gedaan hadden. Eén keer had de man enige erectie gekregen. De therapeut benadrukte het belang van geen erectie krijgen. In de behandeling werd een tijdlang de genoemde opdracht herhaald, hetgeen uiteindelijk leidde tot goede erecties. Bij de volgende stap, de erectie verliezen bij penetratie, meldde het paar dat dit niet gelukt was. Vervolgens werd de opdracht gegevens tijdens coïtus de erectie te verliezen. Af en toe verloor de man inderdaad zijn erectie, hetgeen door de therapeut geprezen werd. Toen het paar een maandlang zonder problemen coïtus had, werd een controle-afspraken over drie maanden gemaakt. Het paar meldde toen dat het met hun seksleven bevredigend ging. Erectieverlies trad nog sporadisch op, zonder dat het paar hier langer een probleem van maakte.

Casus 3

Patiënt was een 29-jarige bioloog. Hij kende zijn huidige vriendin drie jaar. Het eerste jaar waren er geen seksuele problemen. De laatste twee jaar had patiënt erectieproblemen. De laatste maanden voorafgaande aan het eerste gesprek ging de coïtus helemaal niet meer. Dit patroon was ook in eerdere relaties terug te vinden. De eerste tijd ging het met de seks goed, daarna traden er erectieproblemen op. Hij weet dit aan het gegeven dat hij seks met iemand die hij goed kende niet meer zo opwindend vond. Op dit thema werd allereerst nader ingegaan. De therapeut sloot zich aan bij de stelling dat seks in een beginnende relatie opwindender is dan in een relatie die al enige tijd duurt. Echter dat seks in een langer bestaande relatie op zich ook heel bevredigend kan zijn. Mevrouw sloot

zich onmiddellijk bij die zienswijze aan. Het kostte de rest van de zitting om de man tot deze zienswijze te verleiden.

De volgende zitting werd het non-prestatie-model geïntroduceerd, met de gebruikelijke opdracht. De zitting erop meldde het paar dat ze de opdracht trouw gedaan hadden. Patiënt bleek inderdaad geen erectie gekregen te hebben. Dit werd door de therapeut positief benoemd. De volgende twee zittingen meldde patiënt beginnende erecties. De therapeuts houding bleef consequent: het prijzen van het feit dat patiënt geen volledige erectie gekregen had. Gedetailleerd werd ingegaan op hoe zijn vriendin zijn penis streelde en wat een nog geraffineerdere methode zou kunnen zijn om dit te doen. Langzaam aan begon patiënt af en toe een erectie te krijgen.

Omstreeks de negende zitting meldde patiënt goede erecties. Toen werd de volgende stap geïntroduceerd: het verliezen van de erectie tijdens penetratie. Patiënt gedroeg zich conform de opdracht en verloor inderdaad zijn erectie. Ook dit werd geprezen.

Twee zittingen verder meldde patiënt dat het hem niet meer gelukt was zijn erectie te verliezen. Vervolgens werd overgegaan op de opdracht "coïtus met erectieverlies". Dit lukte af en toe wel en af en toe niet. Ook verloor patiënt af en toe tijdens het voorspel zijn erectie. Dit deed hem echter niet langer; hij concentreerde zich op de prettige sensaties die zijn niet-geërecteerde penis opleverde.

Het paar werd na drie maanden voor controle gezien. Zij meldden dat zij tevreden waren over de seksualiteit. Meestal verliep de coïtus goed, af en toe verloor patiënt zijn erectie zonder dat het paar zich daar verder druk over maakte. De keren dat hij zijn erectie verloor, bevredigde hij zijn vriendin oraal.

Besluit

Bij het introduceren van het non-prestatie-model ontstaat er een andere betekenisgeving. Tijdens het vrijen geen erectie krijgen heeft niet langer de betekenis van falen, maar slechts voldoen aan een therapeutische opdracht. Als patiënt toch een erectie krijgt, is dit niet erg als hij maar oprecht aan zichzelf gevraagd heeft om geen erectie te krijgen. In feite: wat er ook gebeurt, de patiënt doet het goed. Het introduceren van het non-prestatie-model is een voorbeeld van een paradoxale strategie.

Paradoxale strategieën binnen sekstherapie zijn niet nieuw. Vandereycken (1982) stelt dat de gebrui-

kelijke Masters & Johnson-procedure betreffende het coïtusverbod soms een paradoxaal effect kan opleveren. Verder noemt hij het "propadvies" van Annon (1974): mannen met erectieproblemen moeten hun slappe penis in de vagina van de vrouw proppen en zich concentreren op de sensaties die dit contact oplevert. Een ander voorbeeld dat hij geeft betreft een patiënt met erectiestoornissen die het moeilijk vond adviezen van de therapeut over te nemen. Vanwege patiënt's spanningen en somberheid werden een tranquillizer en antidepressieve medicatie voorgeschreven. Vandereycken waarschuwde de patiënt dat het effect van de medicatie kon zijn dat het impotentie induceerde. De volgende zitting meldde de patiënt triomfantelijk dat de waarschuwing volledig onterecht geweest was. Integendeel, voor het eerst sinds maanden had hij een sterke erectie gekregen.

Het is vanzelfsprekend van cruciaal belang dat het paar de uitgangspunten van het non-prestatie-model overneemt. Soms treedt hierbij aanvankelijk weerstand op. Het paar, dan wel één van de twee, blijft op het standpunt staan dat erecties gewoon bij vrijen horen, dat vrijen zonder coïtus geen vrijen is e.d. Opvallend is dat het meestal de man is die dit naar voren brengt. Nogmaals expliciet maken hoe het vrijen tot dusverre ging, biedt doorgaans een goede oplossingsmogelijkheid. Geschetst wordt hoe de man met een angstige bezorgdheid het vrijen tegemoet treedt, hoe hij zich tijdens het vrijen bezorgd afvraagt waar de erectie nu toch blijft en hoe het vrijen in een gemeenschappelijke teleurstelling uitmondt. En hoe deze ervaring de angstige bezorgdheid over een toekomstige vrijpartij weer voedt. De therapeut concludeert dan ook dat hij niet ziet hoe deze manier van vrijen, dat van het etiket 'prestatie-vrijen' voorzien wordt, tot een oplossing kan leiden. En gezien de duur van het probleem, lijkt de tijd ook niet voor een oplossing te zorgen. Over het algemeen leidt een dergelijke confrontatie uiteindelijk tot een verandering van standpunt. Het is onze ervaring dat wanneer de uitgangspunten van het non-prestatie-model eenmaal door het paar zijn overgenomen er verder geen noemenswaardige weerstand meer optreedt. De verklaring lijkt te liggen in het gegeven dat alle oefeningen volstrekt logisch volgen uit de uitgangspunten van het non-prestatie-model. Ook de beginopdracht om de penis zo geraffineerd mogelijk te strelen roept geen weerstand op. Het wordt niet opgevat als verkapte kritiek hoe de penis in het verleden gestreeld werd, maar opgevat als een

logisch iets om maximale gevoelssensaties bij de man op te roepen.

Sinds kort is sildenafil (= Viagra®) op de markt. Dit leidt onvermijdelijk tot de vraag of men bij de hier beschreven patiëntengroep moet kiezen voor sildenafil dan wel het toepassen van het non-prestatie-model. De patiëntengroep, waar het hier om gaat, lijdt aan een psychologisch probleem, namelijk anticipatieangst. Het non-prestatie-model probeert niet alleen deze angst te reduceren, maar schept tevens een klimaat waarin deze angst ook in de toekomst minder kans krijgt. Aannemende dat sildenafil bij een individuele patiënt met sterke anticipatieangst helpt, blijft de vraag of dit effect behouden blijft als men de sildenafil staakt. Gewend als deze patiënt is te anticiperen kan hij gemakkelijk op de volgende gedachte komen: "Die andere keren ging het goed, maar toen gebruikte ik Viagra®. Als het nu ook maar zonder gaat." Zo hij inderdaad op deze gedachte komt, ligt het weer optreden van de cirkel van de anticipatieangst voor de hand.

Overigens kan men ook nog speculeren over een mogelijke combinatie van sildenafil en het non-prestatie-model. De gebruikelijke uitleg behorend bij het non-prestatie-model wordt gegeven. Eraan toegevoegd wordt dat het belangrijk is te oefenen in een conditie die zo verschillend mogelijk is van de oorspronkelijke conditie. Eerst was hij almaar bezig met een erectie proberen te krijgen, waardoor hij niet toekwam aan het voelen van de sensaties in zijn penis. Nu krijgt hij sildenafil voorgeschreven dat, zoals hij weet, de erectie bevordert. Dit geeft het optimale trainingsklimaat om te oefenen met de gedachte geen erectie te willen krijgen, zodat alle aandacht gericht kan worden op de prettige sensaties in zijn penis. Patiënten bij wie anticipatieangst op de voorgrond staat en die verder melden geen erecties te krijgen bij erotische prikkels in niet-vrij situaties en ook weinig melding maken van ochtenderecties zouden mogelijk gebaat zijn bij een dergelijke combinatie.

Het non-prestatie-model kent een belangrijke limiet. De patiënt moet in principe openstaan voor een andere betekenisgeving. Wanneer dit niet het geval is - bijvoorbeeld bij een patiënt die, ondanks uitvoerig urologisch onderzoek waarbij niets gevonden wordt, blijft vasthouden aan een organische genese van zijn klacht - zal introductie van het non-prestatie-model tot weinig verandering leiden.

Summary

The non-effort model in case of erectile dysfunction

Prescribing the symptom is a well-known therapeutic technique. In this article the use of this technique in the case of erectile dysfunction is described. In order to overcome the erectile dysfunction the patient is instructed to try not to get an erection during various forms of love-making. The rationale of this procedure is explicitly discussed with the patient. Three cases are presented in which the use of prescribing the symptom was the main therapeutic intervention.

Literatuur

- Annon, J.S. (1974). *The behavioral treatment of sexual problems. Vol. I: Brief therapy*. Enabling Systems, Honolulu.
- Armstrong, D.K.B., Convery, A.G. en Dinsmore, W.W. (1994). Reasons for patient dropout from an intracavernous auto-injection programme for erectile dysfunction. *British Journal of Urology*, 74: 99-101.
- Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 140-148.
- Borges, F.D. (1994). A new approach to the pharmacologic treatment of impotence. *International Journal of Impotence Research*, 6: 137-143.
- Evers, R.A.F. en Rijnders, P. (1982). *Paradoxe benadering: een systematische toepassing vanuit twee modellen*. Samson, Alphen aan den Rijn.
- Frankl, V.E. (1960). Paradoxical intention: A logotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy*, 14: 520-535.
- Frankl, V.E. (1975). Paradoxical intention and dereflection: Two logotherapeutic techniques. In: S. Arieti & G. Chrzanowski (eds.), *New Dimensions in Psychiatry*. Wiley, New York.
- Masters, W.H. en Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Little, Brown & Co, Boston.
- Slob, A.K. (1992). De potentie van psychofysiologisch onderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 16: 84-98.
- Vandereycken, W. (1982). Paradoxical Strategies in a Blocked Sex Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 36: 103-108.
- Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101: 34-52.