

Hand in hand: Emotionele en seksuele problemen Een rationeel-emotieve gedragsbenadering

Gidia Jacobs

Instituut voor RET, Voorschoten

Samenvatting

Bij bezoek aan een huisarts of psycholoog introduceert de patiënt of cliënt zijn of haar seksuele klacht doorgaans niet op een presenteerblaadje. Seksuele klachten worden vaak verpakt in een algemeen jasje of, sterker nog, de cliënt ervaart zijn of haar seksuele leven als vanzelfsprekend en is derhalve 'klachtloos'. Om seksuele problemen boven tafel te krijgen, moet de dokter of psycholoog er vaak actief en herhaaldelijk naar vragen. Seksuele problemen komen vaak 'via de achterdeur' de praktijk binnen¹. In de seksuologie wordt aangenomen dat emotionele en seksuele problemen vaak met elkaar te maken hebben. De behandelaar kan zich dus toegang verschaffen tot een seksueel probleem via het emotionele probleem waarvoor de cliënt zich aanmeldt. In dit artikel wordt aan de hand van een casus getoond hoe dit zijn beslag krijgt. De casus wordt beschreven vanuit de Rationeel-Emotieve Gedragstherapie (RET)². Bij een vrouw met een emotioneel probleem wordt een verband gelegd tussen haar functioneren op het werk en haar seksuele functioneren, wanneer blijkt dat ze oligomenorrhoe heeft. Aan de hand van een algemene cognitie over zichzelf wordt haar seksuele functioneren bij de behandeling betrokken.

De Rationeel-Emotieve Gedragstherapie (RET) is oorspronkelijk ontwikkeld vanuit de seksuologische hulpverlening (Jacobs, 2003). In de RET wordt er vanuit gegaan dat seksuele problemen doorgaans niet op zichzelf staan, maar dat ze deel uitmaken van een netwerk van emotionele en/of gedragsmoeilijkheden. De algehele emotionele gesteldheid van een cliënt vormt als het ware het klimaat voor zijn of haar seksuele attitude. Tevens wordt er een nauwe samenhang tussen emoties, gedrag en gedachten verondersteld, en wel als volgt: wanneer iemand denkt "seks is goed en bevordert de gezondheid" dan is de kans groot dat hij zich seksueel actief zal gedragen en daar plezier aan zal beleven. En andersom, als een vrouw denkt "masturberen hoort niet als je een relatie hebt", dan is de kans groot dat ze gaandeweg in de relatie

stopt met soloseks of zich schuldig voelt wanneer zij toch masturbeert.

Gedachten die mensen hebben over seksualiteit komen niet uit de lucht vallen, maar zijn ingebed in een meer algemeen geldend stelsel van opvattingen en visies over zichzelf, anderen en de wereld. Wanneer iemand als basisopvatting over zichzelf heeft: 'ik ben niet capabel', dan heeft dit waarschijnlijk ook gevolgen voor de manier waarop hij met zijn seksualiteit omgaat. Zo'n basisopvatting kan als aanknopingspunt dienen om in geval van een algemene emotionele of gedragsmatige klacht de seksualiteit in de spreekkamer te betrekken. De casus die hier gepresenteerd wordt is daar een voorbeeld van.

In de RET wordt gewerkt vanuit een hypothetisch-deductief model: de therapeut veronderstelt bepaalde verbanden (zoals een relatie tussen emotionele en seksuele problemen) en zoekt daar ook actief naar. Belangrijke elementen in de methode van de RET, die in de hierna volgende dialoog terugkomen, zijn: het specificeren van de klacht in termen van het ABC-model (zie figuur 1); het doelgericht werken aan een probleem door eerst een specifieke problematische situatie vast te stellen met daarbij behorende problematische gevoelens en/of gedragingen; vervolgens de daaraan gekoppelde gedachten vaststellen; het beïnvloeden of uitdagen van de opvattingen en gevoelens van de cliënt;

Drs. G. Jacobs, GZ-psycholoog, pedagoog NVO, seksuoloog NVVS. Zij is werkzaam aan het Instituut voor RET, Papelaan 85 d, 2252 EG Voorschoten, E: gjacobs@xs4all.nl

Met dank aan Hester Pastoor voor haar aanvullingen bij het lezen van dit artikel.

¹ Uitdrukking van Rik van Lunsen.

² De RET heet sinds 1995 officieel REBT (Rational-Emotive Behavior Therapy, zie Ellis, 1995) maar om pragmatische redenen is ervoor gekozen om in het Nederlands als afkorting RET te blijven gebruiken.

Figuur 1. Het ABC-model van de RET (vanuit het perspectief van de therapeut)

A:	formuleren van de problematische situatie
C:	vaststellen van het bij deze A optredende gevoel (emotioneel en fysiek) en gedrag
B:	beschrijven van gedachten en regels over de situatie, over zichzelf of over de ander in relatie tot C
D:	uitdagen van ongezonde denk-, gevoels- en gedragspatronen
E:	gezonde opvattingen aanbieden of bestendigen
G:	gedragsexperimenten voorstellen en laten uitvoeren

(Voor een uitgebreide beschrijving van het model, zie Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992 of Jacobs, 1998.)

het bestendigen van gezonde emoties, gedragingen en opvattingen en het entameren van gedragsexperimenten.

Casus oligomenorrhoe

Caty van Santen³ is 38 jaar, getrouwd, en heeft drie jonge kinderen. Ze wordt aangemeld via de werkgever. Ze heeft een functie op HBO-nivo en haar ontwikkeling in het werk stagneert. Ze laat zich bij vergaderingen nauwelijks horen en stelt zich reactief op terwijl in haar functie een meer pro-actieve houding gewenst is. Na een beperkte periode van ziekteverzuim dat hiermee in verband staat, biedt de werkgever haar psychologische begeleiding aan.

Stap 1: Seks bespreekbaar maken

In de RET is het gebruikelijk om de cliënt ter voorbereiding op het eerste gesprek een beknopte lijst met vragen te laten invullen. Bij de vraag of er moeilijkheden in het liefdes- of seksleven zijn en bij de vraag naar medische problemen heeft Caty 'geen moeilijkheden' ingevuld. Bij de vraag naar haar doelen voor de behandeling vult ze in: 'meer zelfvertrouwen en geen angst en paniek'.

In de eerste bijeenkomst noemt zij voornamelijk werkgerelateerde situaties die met angst en blokkades op het werk te maken hebben. We maken het volgende schema:

- A (situatie): Ik moet naar een potentiële opdrachtgever toe
 C (gevoel ➔ gedrag): Angst ➔ uitstellen van contactname / niet constructief voorbereiden
 B (gedachten):
 * Ik ben een dom blondje met net iets te veel hersens.
 * Ik moet zeker weten dat dit een succes gaat worden.

De therapeut (T) geeft ook gelegenheid om seksuele kwesties aan de orde te laten komen:

- T: Denk je alleen op het werk dat je een dom blondje bent? (grappend) Of zijn er ook situaties waarin jij denkt 'goh wat ben ik toch een slimme blondine'?
- C: Ik denk in allerlei situaties niet zo best over mezelf. Op het schoolplein bijvoorbeeld, daar weet ik ook nooit hoe ik me moet gedragen. Dan blijf ik maar in de auto zitten tot ik de eerste kinderen van het schoolplein zie komen. Die moeders op het plein staan zo leuk met elkaar te beppen en ik ... ik houd daar niet zo van.
- T: Hoe voel jij je dan op het schoolplein?
- C: Ik krijg dan het gevoel dat ik fout ben.
- T: Fout?
- C: Nou ja, ik ben wel anders dan anderen.
- T: (grappend) Een soort Alien⁴, ET of zo?
- C: (Lacht) Ja, zo iets.
- T: En thuis, in je relatie of met seks, ben je daar ook een dom blondje of een Alien?
- C: Nee, dat niet.
- T: Zie je jezelf wel als een aantrekkelijke partner en seksmaatje?
- C: Nou, goh, dat weet ik niet zo precies. We hebben het wel leuk samen en ik uit me thuis wel makkelijker dan op het werk bijvoorbeeld.

Stap 2: Zwangerschap als opstapje naar seks

In de daarop volgende sessies neemt de therapeut steeds meer gelegenheden te baat om het verband tussen het subassertieve gedrag op het werk/schoolplein en seks te gaan leggen. Tevens wordt het verband tussen denken (B) en voelen (C) bestendigd.

- T: Dus inmiddels hebben we wel helder dat als jij denkt 'ik ben een alien' of 'ik ben een dom blondje', dat je dan angstig wordt in contact met anderen en je je terugtrekt. Zijn er ook uitzonderingen op die regel? Op je vragenlijst had je namelijk aangegeven dat je klachten minder waren tijdens je zwangerschappen, hoe komt dat denk je?
- C: Ik denk dat dat iets hormonaals is, en daarbij was mij gezegd dat ik maar moest afwachten of ik zwanger kon raken, dus ik voelde me enorm capabel toen ik elke keer weer zonder enige moeite zwanger werd.
- T: Hoezo?
- C: Nou, ik menstrueer maar een paar keer per jaar. Uitgestelde menstruatie noemen ze dat ... (er wordt verder uitgewisseld over de medische geschiedenis) ... maar we wilden heel graag kinderen en ik had altijd het idee dat het geen probleem zou zijn.

³ De hier beschreven dialoog is werkelijkheidsgetrouw weergegeven. De naam van de cliënte is gefingeerd.

⁴ In het Engels uitgesproken

T: Dus toen jij dacht 'ik ben capabel, want ik kan namelijk wel zwanger worden, zonder moeite; ik heb van binnen gelijk gehad'; toen voelde jij je een stuk beter.

C: Ja, zo is het wel, ja.

T: Dus we weten niet of het de hormonen waren die maakten dat jij je capabel voelde en/of jouw idee 'zie je wel, ik had het bij het rechte eind'. We weten dat hormonen invloed hebben op gevoel, maar we weten ook dat denken invloed op je gevoel heeft.

Stap 3: Diagnostiek van de seksuele aspecten in ABC-termen

Om tot een op seks toegespitste doelstelling te komen stelt de therapeut vragen waarmee het duidelijk wordt wat de cliënt voelt en denkt bij seksuele activiteiten of bij het ontbreken daarvan.

T: Heeft die 'uitgestelde menstruatie' zoals jij dat noemt ook een seksueel effect op jou?

C: Wanneer bedoel je, nu of toen die dokter zei dat mijn kansen op een normale zwangerschap klein waren?

T: Maakt me niet uit, zeg jij maar wat je van belang vindt.

C: Nou, ik heb nooit uit mezelf zin, behalve rondom mijn eisprong.

T: En hoe ervaar je dat?

C: In het verleden hadden we daar wel moeite mee. Nou ja, met name Renk dan. Ik wees hem eigenlijk altijd af als hij zin had. Maar uiteindelijk heeft hij zich daar wel bij neer gelegd. Nu geef ik het aan als ik zin heb en dan vrijen we ook.

T: Betekent het dat jullie vier keer seks per jaar hebben?

C: Ja.

T: Ook toen jullie kinderen wilden maken?

C: Ja, en nog mooier (toont triomfantelijk): elke keer dat we het wilden, was ik ook direct zwanger.

T: Nou, fantastisch zeg. Maar, hoe zat het dan met je eigen seksuele ontwikkeling? Heb je gemasturbeerd? En was dat dan ook alleen rondom je eisprong?

C: (moet lachen) Ik herinner me dat ik masturbeerde toen ik acht jaar was, en toen was ik heus nog niet ongesteld.

T: Ben je blijven masturberen, en hing of hangt dat samen met je cyclus?

C: Ik ben op mijn tiende gestopt. Ik herinner me dat nog goed dat ik besloot dat dat niet meer mocht.

T: O? En weet je nog waar dat mee te maken had?

C: (Neemt de tijd om na te denken) Ik had met een vriendinnetje gezoend in de kelder van school en iemand had dat gezien. Een jongetje. Hij lachte ons

vreselijk uit. Jullie zijn hoeren, riep hij tegen ons. Misschien heeft dat er iets mee te maken.

T: Ach wat zonde, dat iets wat zo natuurlijk op gang was gekomen bij jou als kind, zo is gestopt. Dat lijkt erg op de voorbeelden die we van het werk hebben gezien. Jij hebt daar ook gezonde eigen impulsen en duwt die weg met gedachten dat het wel dom of niet goed zal zijn.

C: (ter bevestiging van hetgeen de therapeut zegt) Er schiet me nog wat te binnen. Ik ben nog eens vreselijk uitgelachen, toen ik met een vriendinnetje hand in hand over straat liep. Ik moet zo'n jaar of elf zijn geweest. Ik voelde me een nul en een viespeuk. Dat viespeukerige heb ik altijd wel een beetje gehouden.

T: Je bedoelt dat je niet als vanzelfsprekend naar seks kijkt als iets moois, goeds en fijns? Dus het zou kunnen zijn dat jouw ideeën over seks en de remmingen die je daar al vroeg hebt ingebracht iets te maken hebben met je beperkte seksuele activiteit, precies zoals je dat in andere sociale situaties kunt hebben.

C: Ja, misschien. Maar die hormonen dan? Ik ben een paar jaar geleden nog eens naar de huisarts geweest voor een uitstrijkje en toen heb ik dat ook ter loops ter sprake gebracht. Die gaf me een doorverwijzing voor de gynaecoloog.

T: En, wat zei die?

C: Ik heb steeds gearzeld of ik er wel heen moest, omdat ik niet wist wat het me zou opleveren.

T: Nou, dat zou je dan nog eens kunnen navragen bij de huisarts wat het je precies kan opleveren. Dat zal ik in mijn medische netwerk ook wel eens even navragen. Maar hoe gaat het vrijen nu dan in het werk? En hoe zelfverzekerd en assertief ben je daarin?

C: Meestal gaat het zo dat ik me rondom mijn eisprong opgewonden voel. Renk gaat altijd eerder naar bed. Als ik opgewonden ben zoek ik op de tv naar plaatjes van blote dames en dan zoek ik Renk op, maar die is dan al half in slaap.

T: En dan?

C: Ja, dan vrijen we wel natuurlijk.

T: Tot jullie klaarkomen.

C: Ja.

T: Gaat het ook wel eens anders?

C: Eigenlijk niet nee.

T: Kijk, dat van die hormonen kunnen we uit laten zoeken. Maar wat ik niet logisch vind, is dat je Renk uit zijn slaap haalt en dat je zo weinig aan seksuele voorbereiding doet. Net als in het eerste ABC-schema dat we opstelden, lijkt het dat je contactname uitstelt en weinig voorbereidingen treft. Het klinkt

mij er naar dat je onzeker bent over je seksuele capaciteiten, en nog restjes hebt van dat oude denken 'ik ben een viespeuk'. Dat kan in de weg zitten om je uitgebreider met seksuele contactname, als specifieke vorm van sociale contactname, bezig te houden. (T loopt naar de flipover)

Als we hier een ABC-schema van maken:

- A: een interne prikkel / eisprong
 C: 'zin' ➔ blote vrouwenplaatjes zoeken/ partner wakker maken / vrijen
 B: Nu kan het weer. Dit wordt leuk!
 Caty moet lachen om wat de therapeut bij B schrijft.
 T: Ik vermoed dat je zoiets denkt, want dat past bij het gevoel van zin en het bij het feit dat jij dan seks zoekt.
 C: Als we het doen is het wel plezierig, ja.
 T: Het enige wat je niet weet, is of je tot hetzelfde plezier en seksuele opwindning zou komen als jij dat op een ander moment dan rondom je eisprong zou doen, want dat probeer je nooit uit, begrijp ik.
 C: Dat klopt.
 T: Weet je wat ik nu denk? Dat er in principe een normale seksuele ontwikkeling was, en dat je door negatieve feedback daarover gezonde seksuele impulsen opzij bent gaan zetten. Je denkt net als bij andere sociale activiteiten (werk; schoolplein) niet vanzelfsprekend 'ik ben capabel' of 'ik ben een goede werknemer of sekspartner' (E).

Stap 4: Opvattingen beïnvloeden en gedragsverandering aanmoedigen

Inmiddels zijn we bij sessie tien. Caty voelt zich stukken beter en is op het werk in een hele andere situatie gekomen door een combinatie van externe veranderingen op de werkvloer (een nieuwe baas), beter zelfgevoel en assertiever gedrag. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij de positieve veranderingen. De tijd is inmiddels volledig rijp om de vanzelfsprekende 'schraalheid' van de seksuele relatie uit te dagen (D).

- T: Wat fijn dat het je in het werk zo goed gaat. Ben je tevreden?
 C: Nou, ik kan nu wel doen wat ik wil, maar ik doe mijn werk niet met passie. Misschien zou ik toch wat anders moeten gaan doen. (verhaalt over haar eerdere loopbaan)
 T: Leuk dat je zo je verlangens en wensen op dat gebied aan het onderzoeken bent. En trouwens, hoe zit het met passie in de seks, want dat is met jouw uitgestelde menstruatie misschien ook een verhaal apart.
 C: Ik heb daar nog eens over nagedacht wat je zei. Ik denk dat het wel klopt, dat ik mijn eigen seksuele gevoelens afrem. En als je het me zo op de vrouw

af vraagt, dan denk ik ook dat die seks niet echt met passie is. Daar gaat het te snel voor. Het is toch wel erg op dat orgasme gericht, bij alletwee. Als ik normaliter naar bed ga, dan zit ik erg in mijn hoofd, moe, pijn in mijn rug, de irritaties van de dag ... je weet wel. Ook van vrijen heb ik eigenlijk, net als bij het werk een soort plaatje in mijn hoofd van hoe het Moet zijn, en dat is dan vaak maar één ding. Ik moet aan één ding voldoen, de ander moet aan één ding voldoen, mijn lichaam moet aan één ding voldoen ... dat is inderdaad beperkend.

- T: Dus als jij wat meer passie wil in je leven, inclusief je seksuele relatie, hoe zou je daar dan aan kunnen gaan werken?
 C: Net als bij het werk, in ieder geval de situaties niet zo uit de weg gaan.
 T: Ja, uitstekend. Enig idee hoe?
 C: Net als bij het werk mijn idee over mezelf aanpakken?
 T: Ja, bijvoorbeeld door het idee aan de kaak te stellen dat jij een Alien bent als je plaatjes van blote vrouwen gebruikt om je opwindning verder te versterken.
 C: (Lacht quasi verontwaardigd) Dat heb ik helemaal niet gezegd! (dan serieus) Maar je hebt gelijk, dat is natuurlijk niet iets wat ik normaal vind.
 T: Het is overigens wel erg normaal; veel vrouwen gebruiken echte plaatjes of seksuele fantasieën om opgewonden te raken of om opwindning te versterken. Waarom zou jij dat dan niet mogen? Over hoe normaal dat is kan ik je de boekjes van Nancy Friday aanbevelen. Verder zou ik je aanraden om eens te gaan vrijen als Renk niet al half in slaap is. Meer bewust het seksuele contact aangaan vanuit de gedachte: ik ben capabel als sekspartner, met als voetnoot 'ook als ik het zelf meer stuur dan mijn hormonen'. Wat vind je daarvan? (E en G)
 C: Renk weet niet wat hem gebeurt!
 T: Weet jij dan wel wat er met jou gaat gebeuren?
 C: Nee, ook niet. Maar net als wat ik op het werk geleerd heb, kan ik focussen op wat ik wil in plaats van me te richten op wat ik denk dat die ander van mij wil.
 T: En weet jij al wat je wil dan?
 C: Nee, maar ik ben niet zo bang om dat te gaan ontdekken.
 T: Waarom niet?
 C: Als we seks hebben, is het wel leuk. En Renk en ik hebben op een bepaalde manier erg veel vertrouwen in elkaar. Dat is op het werk anders.
 T: Hebben Renk en jij ook vertrouwen in elkaars seksuele capaciteit?

C: Ik denk het wel ja, al hebben we het daar nooit zo duidelijk over gehad.

T: Misschien moeten jullie het dan ook maar eens bespreken samen. Want het lijkt vooral gewoontevorming in de seks bij jullie, op basis van een misvatting. (G)

De laatste twee sessies van de behandeling centreren zich eveneens rond het bespreken van de vorderingen in het kader van de doelen van de cliënt. Het positief bekrachtigen van wat bereikt is, het focussen op seksuele gevoelens anders dan hormonaal gestuurd, het bestendigen van gezonde opvattingen over seks en geven van specifieke gedragsalternatieven vormen de kern van de laatste bijeenkomsten.

Nabespreking

Het specificeren van de klacht op seksueel gebied is een taak apart, wanneer de cliënt niet voor een seksueel probleem is aangemeld. Omdat Caty geen ontevredenheid uit over haar seksuele relatie, worden aan seks gerelateerde zaken zoals zwangerschap en oligomenorrhoe als opstapje gebruikt om een eventueel seksueel probleem voor het voetlicht te brengen. Wanneer Caty de relatie ziet tussen haar geremde gedrag en haar opvattingen over zichzelf, over seks en over haar oligomenorrhoe, is zij al gauw bereid om met nieuw gedrag te gaan experimenteren. Een Intensive Therapie (laatste twee letters van het P-LI-SS-IT-model van Annon, 1975) is zodoende niet nodig.

Sommige behandelaars zullen zich afvragen waarom de therapeut seks überhaupt ter sprake brengt, terwijl de cliënt dat niet als aanmeldingsklacht formuleert. Een belangrijk deel van de patiënten komt nou eenmaal door schaamtegevoelens niet gemakkelijk of helemaal niet uit zichzelf met vragen of problemen bij het seksuele (dis)functioneren. Daarom kunnen (moeten?) hulpverleners het tot hun taak rekenen zelf de thematiek aan te snijden. Ook vanuit preventief oogpunt kan het bespreekbaar maken van seks een functie hebben, bijvoorbeeld wat betreft de partnerrelatie. En ook een holistische opvatting over gezondheid legitimeert het aankaarten van seksuele problematiek, zonder dat de cliënt zelf daar direct aanleiding toe geeft. In feite krijgt de cliënt zodoende "twee voor de prijs van één".

Tevens kan men zich afvragen of er een risico op over-interpretatie is bij het werken met een hypothetisch-deductief model, zodat dat in de RET gebruikelijk is. Met deze casus is het echter alleen de bedoeling geweest te laten zien dat er een verband gelegd kan worden tussen emotionele en seksuele problemen en het zinvol kan zijn om dat samen met de cliënt te

doen, zonder dat er afgeweken hoeft te worden van de oorspronkelijke doelstelling van de behandeling.

Tot slot moet gezegd worden dat het de moeite waard is om onderzoek te doen naar de precieze aard en inhoud van de relatie tussen emotionele en seksuele problemen. Het zou een surplus zijn wanneer in dat onderzoek theorie, empirie en klinische praktijk ook hand in hand kunnen gaan.

Literatuur

- Annon, J.S. (1975). *The behavioral treatment of sexual problems: Volume 2, Intensive Therapy*. Honolulu: Enabling Systems, Inc.
- Ellis, A. (1995). Changing Rational-Emotive Therapy (RET) to Rational Emotive Behavior Therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 13, 85-89.
- Friday, N. (1992). *Verboden Vruchten*. Utrecht: Bruna Uitgevers BV.
- Jacobs, G. (1998). *Rationeel-Emotieve Therapie. Een praktische gids voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jacobs, G. (2003). Albert Ellis: De kruisbestuiving van de seksuologie en de Rationeel-Emotieve Therapie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 27, 195-200.
- Walen, S., DiGiuseppe, R., & Dryden, W. (1992). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. Oxford: University Press.

Abstract

Hand in hand: emotional and sexual problems, a Rational-Emotive Behavioral approach

Most clients do not open up easily about their sexual problems. Doctors or psychologists have to ask actively and repetitively about their clients' sexual functioning before people start sharing this information. In other words, sexual problems can be revealed through other complaints or the client won't express any complaint at all. In Sexology it is assumed that emotional and sexual problems often occur simultaneously. Therefore, one could use the client's emotional problems to unfold his or her sexual functioning. In this article a client's case is demonstrated using the principles and practice of Rational-Emotive Behavior Therapy. A woman's functioning at work is connected to her sexual functioning, that is connected with her sexual functioning, which is related to the fact that she has oligomenorrhoe. General cognitions about herself are used to get access to her sexual thinking, feeling and behaving. As a result, sexual functioning can become an integrated part of the treatment.