

Klinische Casus

Therapie-monitoring in een blended online en face-to-face behandeling van een jonge man met situatieve erectieproblemen

Jacques van Lankveld^a, Peter Leusink^b, Gjalte-Jorn Peters^a

^a Open Universiteit, Heerlen

^b Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

Samenvatting

In deze casus beschrijven we de seksuologische behandeling van een jonge man met situatieve erectieproblemen zonder bijkomende comorbiditeit. De interventie had een *blended* vorm, met zowel online contacten als face-to-face sessies en contact via email tussen de sessies door. De *assessment* in deze casus werd vormgegeven als een samenwerkingsproject van cliënt en therapeut. De beschrijving van de casus wordt geïllustreerd met verbatim teksten van de cliënt, geselecteerd uit een ervaringsverslag dat hij na afloop van de behandeling schreef en aan de behandelaar stuurde¹. We besteden speciale aandacht aan het gebruik van een eenvoudig online monitoring instrument². Er wordt een beschrijving gegeven van het instrument, de wijze waarop dit - kosteloos - via een online vragenlijststelsel voor andere behandelingen ingericht kan worden, en van het statistische gereedschap om de data te visualiseren en de werkzaamheid van de interventie statistisch te toetsen. Het doel van dit artikel is tweeledig: het beschrijven van een *blended* vorm van face-to-face en online behandeling voor een seksueel probleem; daarnaast het demonstreren van de mogelijkheden van online monitoring en (statistische) toetsing van de voortgang van de behandeling.

Iwan³, een 24-jarige jongeman, meldde zich per email aan voor hulp vanwege zijn erectieprobleem. Hij wilde graag online hulp, omdat hij vanwege werk tijdelijk langere tijd in het buitenland verbleef, zonder mogelijkheden om ter plaatse seksuologische hulp te krijgen. Hij zou graag online hulp ontvangen en, als hij incidenteel in Nederland was, eventueel ook face-to-face gesprekken afspreken. In een intakegesprek via Skype vertelde hij over de erectieproblemen tijdens het vrijen met zijn vriendin. Hij was sinds anderhalf jaar voor het eerst seksueel actief met een partner. Hij woonde op het moment van aanmelding niet met

zijn vriendin samen. In situaties als ze dachten dat ze geen seks konden hebben, bijv. als ze bij haar ouders slieten, kwam er wel een erectie bij manuele stimulatie. Het probleem was extra sterk aanwezig als hij een condoom wilde aandoen, soms al bij de gedachte aan een condoom. In vakantiesituaties was het probleem wel eens weggebleven, maar een andere keer lukte het dan weer niet om een erectie te krijgen.

"Ik werd pas echt geconfronteerd met mijn erectieproblemen toen ik voor het eerst nuchter met een meisje seks wou hebben. Er kwam geen enkele reactie, een erectie bleef volledig uit. Ik had eerder al gemerkt dat mijn erecties niet meer zo waren als vroeger en dat mijn ochtenderecties uitbleven. Toch maakte ik er mij niet te veel zorgen over. Mijn eerste seksuele contacten waren onder invloed van alcohol en ik verweet het uitblijven van een erectie dan ook eenvoudigweg aan mijn alcoholconsumptie. Op dat moment was ik 22 jaar en had ik nog geen enkele keer

Prof. dr. J.J.D.M. van Lankveld, psycholoog, seksuoloog NWS, hoogleraar klinische psychologie

Drs. P. Leusink, huisarts, seksuoloog NWS

Dr. G.-J. Y. Peters, psycholoog, universitair docent

Correspondentie: Prof. dr. J.J.D.M. van Lankveld, E: Jacques.vanLankveld@ou.nl

Ontvangen: 24 februari 2016; Geaccepteerd: 14 augustus 2016

¹ Opname in dit artikel van tekstdelen uit het ervaringsverslag is vooraf door de cliënt expliciet goedgekeurd. Het volledige manuscript is voor indiening ter correctie aan hem voorgelegd.

² De monitor is kosteloos beschikbaar voor gebruik door andere behandelaars via <https://osf.io/6afhs/>

³ Pseudoniem

seks (met seks bedoel ik hier penetratie) gehad met een meisje. Ik sprak af met een meisje dat ik op stap had leren kennen, we kusten en probeerden seks te hebben maar mijn erectie bleef zo goed als volledig uit. Ze vroeg me wat ze kon doen om me te helpen. Maar ik zei haar gewoon dat ze niks kon doen. Ik was teleurgesteld en ook diep beschaamd.

Na enig opzoekwerk op internet vond ik enkele natuurlijke middelen die erectieproblemen zouden verhelpen. Ik heb deze geprobeerd maar zonder duidelijk effect. Ook las ik dat alcoholconsumptie zeer slecht is voor de erectie. Verder ging ik ook veel uit en sliep ik op onregelmatige uren. Ik ben dus gestopt met zoveel alcohol te consumeren en ging op regelmatigere uren slapen. Hierdoor kreeg ik 's nachts of 's morgens af en toe opnieuw een erectie. (...) Rond deze tijd ben ik een relatie begonnen met mijn huidige vriendin. (...) De keren dat we seks hadden was bijna altijd 's morgens, gebruikmakend van mijn ochtenderectie. Gedurende de dag was het zeer moeilijk en zeldzaam dat ik een erectie kreeg. Het kwam zelfs zover dat ik korte dutjes deed om toch maar een ochtenderectie te krijgen om toch maar seks te kunnen hebben. (...)

Daarenboven wou ik ook gewoon zo snel mogelijk altijd penetreren zodra ik een erectie had, bang om deze te verliezen als we het voorspel zouden voortzetten. Mijn vriendin kreeg problemen met het opgewonden worden omdat ik een verhoogde druk voelde om te presteren en mijn erectie uitbleef, wanneer ik zag dat ze heel opgewonden was. Wanneer ze echter haar opgewondenheid verborg, was het makkelijker voor mij om een erectie krijgen maar het probleem was dan dat ze eigenlijk ook niet echt opgewonden meer werd omdat ze het te zeer onderdrukte."

In de zelfbeschrijving legt Iwan duidelijk uit welke tegenstrijdige en contraproductieve gedachten bij hem speelden, en hoe dit ook ging doorwerken in de interactie met zijn vriendin. Zij had hem onlangs verteld te hebben overwogen of ze op deze manier wel verder wilde met de relatie, maar dat ze teveel van hem hield om die vanwege het erectieprobleem te verbreken. Voor Iwan was dit de reden om op dat moment hulp te gaan zoeken.

In het gesprek over zijn seksuele ontwikkeling kwam naar voren dat Iwan als puber onzeker was. Hij kwam vroeg in de groeispurt en was vanaf het begin van zijn puberteit veel groter dan andere kinderen. Om de snelle groei af te remmen werd door een kinderarts Sustanon depotmedicatie voorgeschreven, een testosteronpreparaat dat wordt gebruikt om de groeischijven in de botten sneller te doen sluiten. Hij gebruikte deze van zijn 15e tot zijn 19e jaar, eerst 250 mg, later 500 mg. Iwan vroeg zich af of dit mogelijk blijvende gevolgen voor zijn seksuele ontwikkeling kon hebben gehad. Bij masturbatie kwam de erectie zonder problemen. Vanaf het begin van de depotmedicatie kreeg hij makkelijk erecties bij seksuele stimulatie. Eerder gebruikte hij

enige tijd natuurlijke erectiestimulerende middelen die hij via internet kocht en ook schreef zijn huisarts een PDE-5 remmer (sildenafil; Viagra®) voor. Daarmee lukte het een aantal keren om gedurende een half uur een erectie te houden tijdens vrijen. Iwan was echter niet tevreden met het resultaat. We concludeerden dat er sprake was van een secundaire situatieve erectiestoornis met als predispositie een onzekere seksuele ontwikkeling bij versnelde lengtegroei en gebruik van testosteron, geluxeerd door verhoogde alcoholconsumptie bij eerste coïtuservaringen en in stand gehouden door prestatiedruk en contraproductieve gedachten.

Tijdens het intakegesprek werd met Iwan afgesproken dat de *assessment* in het kader van de behandeling de vorm zou krijgen van online monitoring.

Methode

Meetinstrument

In deze behandeling die werd opgezet als een n=1 studie werden een aantal aspecten van het functioneren van de cliënt gevolgd via online monitoring. De cliënt vulde om de vier dagen online een korte, niet gevalideerde vragenlijst in. Voor dat doel kreeg hij telkens een weblink in een door de behandelaar gegenereerde email toegezonden. Hij vulde zo mogelijk de vragenlijst nog dezelfde dag in. De vragenlijst bevatte 43 tot 59 vragen, afhankelijk van de routing naar aanleiding van de antwoorden op sommige vragen. De vragen werden steeds in dezelfde volgorde aangeboden. Routinematig invullen werd tegengegaan door afwisselende positieve en negatieve formuleringen van de items. Tabel 1 toont de opbouw van de online vragenlijst, de referentieperiode bij iedere vragengroep en de antwoordmogelijkheden.

Analyse van de monitordata

De data van de herhaalde metingen kunnen per vraag of vragengroep grafisch weergegeven worden voor visuele inspectie. De verschillen tussen de metingen in de baseline periode voorafgaand aan de therapie en tijdens de therapie kunnen getoetst worden met behulp van de randomisatietoets (Edgington, 1975). De naam van de toets verwijst naar het vergelijken van het verschil tussen baselinemetingen en metingen tijdens de behandeling, als het feitelijke moment van de overgang tussen baseline en behandelfase wordt aangehouden, met de verschillen tussen baseline en behandelfase die ontstaan wanneer het overgangsmoment gerandomiseerd gekozen wordt (Ferron & Onghena, 1996). De randomisatietoets is ook mogelijk voor n=1 studies en kent geen assumpties over de verdeling van de scores (Edgington, 1980; Onghena & Edgington, 1994). De randomisatietoets is een zogenaamde permutatietoets en maakt gebruik van een directionele toetswaarde gebaseerd op het verschil tussen fasegemiddelden. Voor geïnteresseerden: een gedetailleerde beschrijving van het gebruik van randomisatietoets voor herhaalde n=1 experimentele designs is gepubliceerd door Onghena

Tabel 1. Samenstelling van de online monitor

Vragengroep	Referentieperiode	Vraagtype (Antwoordmogelijkheden)
1 <i>Positief en Negatief Affect</i>	Afgelopen dagen (incl. vandaag)	7-pt Likert (Niet, , Matig, , Zeer)
2 <i>Andere ervaringen</i>	Afgelopen dagen	7-pt Likert (Niet, , Matig, , Zeer)
3 <i>T.a.v. mijn partner voelde ik ...</i>	Afgelopen dagen (incl. vandaag)	7-pt Likert (Niet, , Matig, , Zeer)
4 <i>Belangrijkste gebeurtenis</i>	Sinds vorige vragenlijst	Open vraag
5 <i>Deze gebeurtenis was ...</i>	n.v.t. (vervolgvraag van 4)	7-pt Likert (Zeer onplezierig, , Neutraal, , Zeer plezierig)
6 <i>Alcoholgebruik, fysieke inspanning, seksuele fantasie</i>	Sinds opstaan vanochtend	7-pt Likert (Niet, , Matig, , Zeer)
7 <i>Relatietyevredenheid</i>	Afgelopen dagen	7-pt Likert (Niet, , Matig, , Zeer)
8 <i>Masturbatie</i>	Afgelopen dagen	Ja/nee
9 <i>Seks met partner</i>	Afgelopen dagen	Ja/nee
10 <i>Seksueel functioneren (bij 8 en 9)</i>	Bij seksuele activiteit	7-pt Likert (Niet, , Matig, , Zeer)

Vragen per groep:

1. *Affect*: Opgewekt, eenzaam, angstig, tevreden, somber, schuldig, gelukkig, ontspannen, onzeker, geïrriteerd, enthousiast, boos.
2. *Andere ervaringen: (Afgelopen dagen)* was ik moe, had ik zin in seks, verveelde ik me, voelde ik me seksueel opgewonden, stond ik open voor seksueel initiatief, was ik ondernemend, mocht ik mezelf graag, schaamde ik me voor mezelf, voelde ik mij een goed persoon.
3. *T.a.v. mijn partner voelde ik ...*: Intimiteit, emotionele afstand, verbondenheid, liefde, kilheid, tederheid, warmte, boosheid.
6. *Vandaag...*: heb ik alcohol gedronken (nee; ja, namelijk [aantal] glazen); ben ik seksueel actief geweest (nee; ja, met partner; ja, met mezelf; ja, met andere partner); heb ik me fysiek ingespannen, was ik in gedachten bezig met seks; heb ik een erotische prikkel ervaren, ... omdat ik daar zelf op zoek naar ging, ... omdat ik verleid werd, ... die spontaan op me af kwam.
7. *De afgelopen dagen was ik...*: Tevreden over mijn relatie; tevreden over mijn seksuele relatie.
8. *Masturbatie*: ik heb gemasturbeerd; en dat leidde tot een orgasme
9. *Seks met partner*: ik heb seks met mijn vriendin gehad; en dat leidde tot een orgasme
10. *Seksueel functioneren (bij 8 en 9)*: Mijn erectie ... kwam makkelijk; ... voelde goed; ... bleef stevig. Ik was tijdens (8 of 9) ... opgewonden; ... gefocust op seks; ... ontspannen; ... positief gestemd.

en Edgington (Onghena & Edgington, 2005).

In de huidige casus verwachtten we dat het functioneren van Iwan op de verschillende uitkomstvariabelen in gunstige richting zou veranderen ten opzichte van baseline. De visuele inspectie en randomisatietoetsen werden uitgevoerd met behulp van het R package Userfriendlyscience, dat weer gebruik maakt van het R package SCRT (Single-Case Randomization Tests, version 1.1; Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium; (Bultè & Onghena, 2008)). Het gebruik van de randomisatietoets vereist dat voorafgaand aan de start van de feitelijke interventie voldoende ($n \geq 6$) meetmomenten zijn. Met Iwan werd afgesproken dat hij in de baselineperiode de online vragenlijst zes keer zou invullen. Drie maanden na de laatste sessie was er een follow-up periode, waarin hij de therapiemonitor vier keer invulde met de gewone tussenperiodes.

In de online Appendix van dit artikel (zie de pdf 'Handleiding voor Therapy-monitoring' bij dit artikel en de link <https://osf.io/6afhs/>) wordt een beschrijving gegeven van het opzetten van een nieuwe online monitor en een technische beschrijving van de analyse van de monitordata, het maken van grafieken voor visuele inspectie van de data en de uitvoering van de randomisatietoets.

Interventie

Het therapievoorstel, waarmee de cliënt instemde, startte met een poging om een antwoord te geven op Iwan's vraag over het langetermijneffect van zijn

behandeling met androgene hormonen. Daarna zou gestart worden met educatie over de cognitieve regulatie van seksueel functioneren, gevolgd door een aantal sessies met cognitieve gedragstherapie (voor een gedetailleerdere beschrijving zie van Lankveld & Broomans, 2011). In eerste instantie zou de nadruk worden gelegd op het modificeren van in stand houdende disfunctionele gedachten, eventueel gevolgd door sensate focusoefeningen. Er werd vooraf geen coïtus-stop afgesproken, omdat de waarde daarvan in het weinige onderzoek hieromtrent niet bevestigd werd (Takefman & Brender, 1984). De therapiesessies werden, al naargelang het verblijf van Iwan en zijn vriendin in Nederland of in het buitenland, via Skype of face-to-face (ftf) gehouden. Iwan werd gevraagd om met zijn vriendin te overleggen of zij bij de Skype-gesprekken en de ftf-sessies aanwezig wilde zijn.

Verloop van de therapie

De behandeling omvatte in totaal zeven sessies. Voor de start vulde cliënt zes keer de online vragenlijst in om het baselineniveau van zijn functioneren vast te stellen. In deze periode kreeg hij ook informatie over de eerdere hormoonbehandeling. Het bleek niet aangetoond maar ook niet uit te sluiten dat er ten gevolge van het gebruik van exogeen testosteron tijdens de puberteit blijvende veranderingen op hersenniveau optreden van het emotieregulatie-systeem. De literatuur bevat geen publicaties over eventuele bijwerkingen van Sustanon bij adolescenten op de lange termijn. Wel kan

sprake zijn van, meestal reversibele, korte-termijn effecten zoals prikkelbaarheid en risicovol gedrag (gokken, drugsmisbruik, agressie). Deze informatie leek Iwan gerust te stellen; hij is daar in het vervolg van de therapie niet meer op terug gekomen.

De eerste Skype-sessies werden besteed aan de cognitieve therapie. In de eerste sessie werd uitleg gegeven over de rol van cognities. Ook inventariseerde Iwan in een imaginatie-oefening zijn gedachten tijdens seksuele interactie. Hij noemde gedachten zoals "Krijg ik wel een erectie? Is mijn erectie goed genoeg? Alleen met een volledige erectie kan ik penetreren. Als we nog langer doorgaan met kussen verlies ik mijn erectie. Als ik een volledige erectie heb wil ik penetreren om die niet te verliezen. Als zij zelf masturbeert is dat heel opwindend, want dan hoef ik niet te presteren." De huiswerkopdracht na deze sessie was om telkens zijn gedachteninhoud te noteren wanneer hij een erotische prikkel waarnam of erotische gedachten kreeg, zowel spontaan als tijdens het vrijen met zijn vriendin. In zijn persoonlijke verslag schrijft Iwan hier over:

"Ik legde uit dat ik tijdens het voorspel met mijn vriendin zeer vaak aan mijn erectie dacht of het uitblijven hiervan. Ik was continu bezig met heb ik al een erectie en hoe goed is deze want hij moet toch stilaan beginnen te komen. Dit was de algemene gedachtegang die ik had wanneer ik seks wou hebben. Toen werd me uitgelegd dat deze gedachtegang eigenlijk de hoofdreden was voor het uitblijven van mijn erectie. Als ik me concentreer op mijn erectie dan is mijn brein enkel hierop gefocust en neem ik geen andere prikkels waar. In plaats van op mijn erectie te letten, moest ik gewoon genieten van het voorspel, hoe we kussen, hoe mooi en sexy mijn vriendin is, hoe fijn een aanraking voelt,... Dit was helemaal waar, vaak wanneer we kusten voelde ik zelf dat ik er niet volledig van genoot omdat ik vond dat ik ook een erectie zou moeten hebben bij het kussen."

In de tweede e-sessie vertelde Iwan over de genoemde gedachten en werden enkele storende gedachten uitgedaagd en geherformuleerd (Bögels & Van Oppen, 2011). Een voorbeeld was de gedachte "Ik zou wel in de natuur willen vrijen, maar ik krijg dan geen erectie." Na het exploreren van de emotionele lading van deze gedachte en het uitdagen van de gedachte werd een 'functioneler' alternatief geformuleerd: "In de natuur kunnen we kussen, misschien krijg ik geen erectie, maar dat hoeft ook niet persé, kan later misschien, of op andere plaats; vrijen kan nu ook zonder erectie fijn zijn." Als huiswerkopdracht houdt Iwan het lijstje met alternatieve gedachten op papier steeds bij zich in zijn broekzak, hij spreekt ze tenminste drie keer per dag hardop uit, en stelt zich daarbij de situatie voor en let op het gevoel dat dan ontstaat.

Iwan zag zijn vriendin in deze periode enkele keren per week. Tijdens het vrijen zagen ze op eigen initiatief af van penetratie of pogingen daartoe en ze von-

den dat aangenaam. Hij kreeg ook erecties, en deed op eigen initiatief solo-plaagoefeningen (van Lankveld & Broomans, 2011), die hij zelf had gevonden op internet. Ook al duurde het soms wel een aantal minuten voor zijn erectie op gang kwam, het lukte wel telkens.

"Dit was inderdaad een zeer belangrijk deel in de therapie omdat ik bang was mijn erectie te verliezen en omdat ik dacht dat ik geen andere erectie zou kunnen krijgen."

Bij de derde ftf-sessie was Iwan's vriendin aanwezig. Het intakegesprek werd aangevuld met informatie van haar kant. Haar kijk op het probleem was dat Iwan een psychologisch probleem heeft met een negatief effect op zijn seksuele functioneren, maar ook op zijn gevoel, hij wordt er verdrietig van. Zij dacht dat zijn verminderd zelfvertrouwen vooral het gevolg was van de seksuele problemen. Telkens als ze elkaar ontmoetten begon hij neutraal; hij had dan wel zelfvertrouwen op basis van de positieve ervaringen tijdens solo-oefenen met erectie opwekken, weg laten zakken en opnieuw opwekken. Hij begon echter te piekeren als ze gingen vrijen en hij niet snel een erectie kreeg; dan ging het fout. In dit gesprek werd de rationale van cognitieve therapie opnieuw uitgelegd.

De partner vroeg wat ze verder samen konden doen om het probleem op te lossen. Ze kregen uitleg over het sensate focus oefenprogramma van niet-genitale en genitale streeloefeningen, en spraken af om coïtus voorlopig uit te stellen. In de volgende ftf-sessies vertelden ze zich goed te hebben gehouden aan het oefenprogramma en de fasegewijze opbouw daarvan. Iwan's aandachtsfocus bleef toch sterk op zijn erectie gericht. Bij de plaagoefening lukte het om tot drie keer achtereen een erectie te krijgen. Iwan was erg verbaasd dat dit mogelijk was en hij meende dat zijn zelfvertrouwen hierdoor was toegenomen. Bij een volgende genitale streeloefeningen waarbij ook een condoom werd aangedaan kreeg hij sterkere gedachten over erectieverlies. De erectie bleef desondanks goed. In een volgende stap hadden ze na het omdoen van het condoom kortdurend (max. 30 seconden) coïtus. Ook deze stap lukte. Er was afgesproken dat zijn vriendin hierbij tijdelijk een glijmiddel zou gebruiken om niet te hoeven stoppen vanwege onvoldoende opwinding van haar. Bij eventueel optredende pijn bij de penetratie zouden ze wel stoppen. Omdat Iwan zich niet hoefde af te vragen of zij voldoende opgewonden zou zijn, verminderde dit zijn angst voor erectieverlies.

"Maar dan gingen we voor de volgende stap, een korte penetratie. Daarna verloor ik mijn erectie en voelde ik me toch niet zo zelfzeker eigenlijk. De volgende keer probeerden we het nog eens en opnieuw ging het goed, maar toen we stopten ging mijn erectie weer weg. Dit was eigenlijk niet erg want een erectie kan gewoon opnieuw worden opgewekt, maar toch beleefde ik het als iets negatief. Hierna ging het minder goed en mijn partner en ik raakten gefrustreerd (...). We wisten niet

goed wat te doen, moeten we terug van nul beginnen dan en weer een maand eraan werken? Het was duidelijk voor me dat ik bijsturing nodig had. (...) Ik legde mijn probleem uit en het antwoord was eigenlijk niet zo onlogisch maar toch hadden we er niet aan gedacht. Als een stap niet meer goed gaat moet je niet helemaal opnieuw beginnen maar gewoon een stap terugzetten. (...) Deze sessie was zeer belangrijk en gaf ons een leidraad. Hierna ging het met periodes goed en minder goed maar er was wel een zekere positieve verandering in mijn gedachtes. Voor mijn partner en mij was het ook duidelijk dat ik na een succesvolle seksuele ervaring meer zelfvertrouwen kreeg. En ook dat als we een week geen tijd hadden of zo dat dit zelfvertrouwen terug opgebouwd moest worden. Maar dit konden we doen door het stappenplan te volgen."

Resultaten

Kwalitatief

In zijn ervaringsverslag legt Iwan uit wat er volgens hem tijdens de therapie veranderd is.

"De veranderingen die ik bij mezelf heb waargenomen zijn:

- *Het hebben van een erectie is niet het belangrijkste wat er is, vrijen is leuk met en ook zonder erectie. Van elkaar genieten is het belangrijkste, en een erectie is mooi meegenomen.*
- *Wanneer ik een erectie heb door bijvoorbeeld stimulatie dan kan ik hier gewoon van genieten voordat ik wil penetreren. De beslissing om te penetreren moet komen wanneer ik daar echt zin in heb en niet gewoon omdat ik een erectie heb. Ik merk dat zolang ik gestimuleerd word, mijn erectie goed blijft. Het is niet zo erg dat ik hier enige stimulatie voor nodig heb. Maar terwijl mijn partner me stimuleert en voordat ik wil overgaan naar penetratie, zorg ik ervoor dat mijn partner ook zin krijgt. Hierbij maak ik me geen zorgen over mijn erectie maar ik geniet juist van dit hele sensuele moment.*
- *Ik ben niet bang om van positie te wisselen maar ik gebruik nog altijd 'op zijn hondjes' als veilige terugvalpositie in het geval mijn erectie niet volledig is. In deze positie lukt het ook met een minder goede erectie. Belangrijk tijdens het penetreren is ook glijmiddel te gebruiken omdat dit het penetreren duidelijk vergemakkelijkt.*
- *Nog steeds gebeurt het dat ik soms geen erecties krijg, of dat penetratie toch niet lukt. Belangrijk hierbij is er niet te veel waarde aan te hechten. Niet blijven te proberen maar gewoon samen naar buiten gaan en een wandeling maken of iets samen doen en dan later kunnen we gewoon nog eens proberen. Misschien lukt het dan, misschien ook niet, maar dat is niet belangrijk, er zijn momenten genoeg om te proberen, en het belangrijkste is gewoon van elkaar te genieten en penetratie is gewoon een bonus en is uiteindelijk ook maar één manier om seks te hebben.*

- *De therapie zelf deed me ook realiseren dat de kwaliteit van de erectie niet zozeer nodig was om seksueel genot te ervaren. Seksueel genot kan ook op andere manieren en een orgasme is even goed als het een volle erectie is of iets minder. Met andere woorden dat ik niet noodzakelijk een zeer goede erectie nodig had om te kunnen genieten en het ook niet meer van mezelf eiste. Dit kwam ook terug bij het invullen van de vragenlijst, soms vulde ik in dat mijn erectie niet zo goed was maar het beïnvloedde minder mijn seksuele belevenis."*

Iwan beschreef na afloop van de behandeling ook zijn ervaringen met de online monitor:

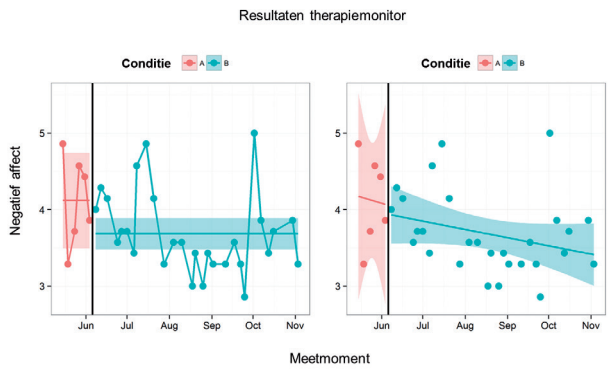
"Het invullen van de vragenlijst was soms confronterend omdat ik moest invullen hoe mijn erecties waren. Het was confronterend om te zien dat in een periode van 4 dagen ik geen vooruitgang had geboekt. Maar dit was ook te wijten aan het gebrek aan tijd om therapeutische oefeningen alleen of samen met mijn vriendin te doen. Hierdoor voelde ik me soms ook wel schuldig omdat als ik er geen tijd voor vrijmaakte dan kon ik ook niet zomaar vooruitgang verwachten. Ik merkte ook dat ik pessimistisch was bij het invullen van negatieve resultaten en optimistisch of zelfs trots bij het invullen van positieve resultaten. Bij het invullen van positieve resultaten gaf dit een boost aan mijn zelfvertrouwen dat ik goed bezig was en dat ik vooruitgang maakte. Bij het invullen van negatieve resultaten was er het omgekeerde effect. Maar het invullen van de lijst was ook een soort motivatie om actief aan mijn erectieprobleem te werken en het was een soort trigger om het probleem niet links te laten liggen.

Het invullen van de test zelf elke 4 dagen was moeilijk omdat ik deze altijd 's avonds wou invullen om zo de meest actuele ervaring erin op te nemen. Het probleem hierbij was dat ik het dan soms vergat of te weinig tijd had om ze voor het slapen gaan goed in te vullen. Ook vond ik het soms moeilijk om de belangrijkste gebeurtenis van de afgelopen dagen in te vullen omdat er soms niet echt iets veranderd was in mijn leven."

Kwantitatief

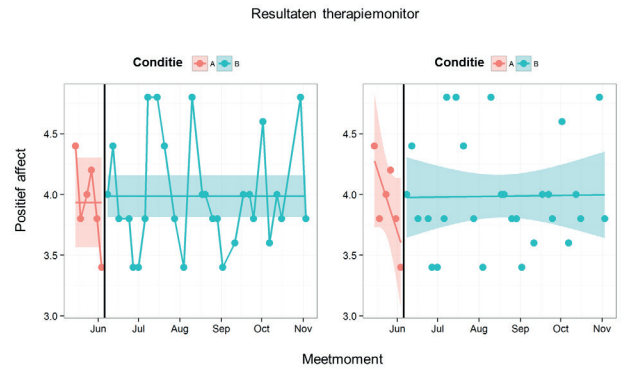
De online monitor liet een aantal interessante ontwikkelingen zien, waarbij sommige veranderingen tijdens de therapie, en ten opzichte van het functioneren in de pre-therapieperiode, in de verwachte gunstige richting gingen, terwijl andere aspecten van het functioneren niet veranderden. Vanwege de beperkte ruimte in dit artikel volgt hierna een selectie uit de bevindingen.

Zo was er in de therapie een afname te zien van negatief affect, terwijl positief affect gelijk bleef, zie Figuren 1 en 2. In het linker deel van elke figuur zijn de gemiddelde niveaus tijdens baseline en therapieperiode als een horizontale lijn door de betreffende fase heen getrokken. In het rechterdeel is afzonderlijk tijdens



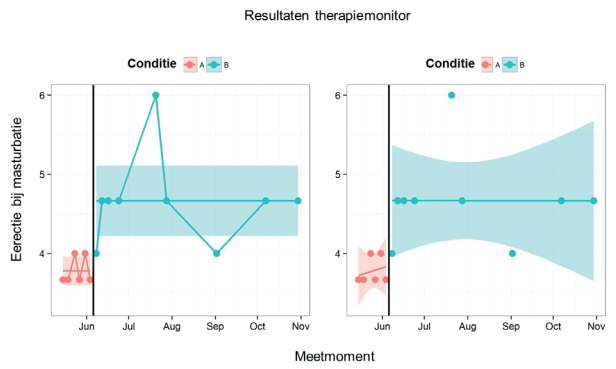
Figuur 1. Negatief affect voor en tijdens de behandeling

baseline- en behandel fase een lineaire regressielijn getrokken, waardoor in elke fase een eventuele trend zichtbaar gemaakt wordt. De datapunten in beide delen van de figuur zijn steeds hetzelfde. In Figuur 1, linkerdeel, is te zien dat niet alleen het negatieve affect in de behandel fase gemiddeld lager lag dan in de base-



Figuur 2. Positief affect voor en tijdens de behandeling

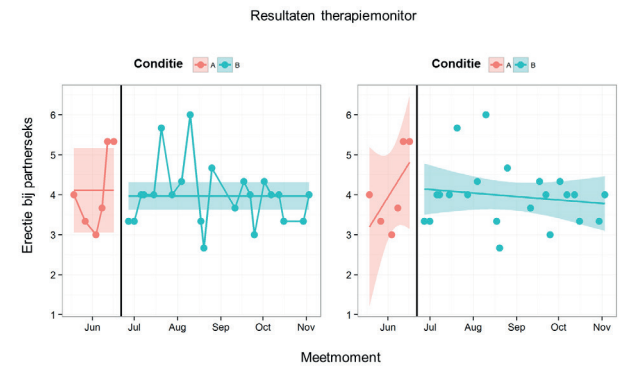
begin van de therapie verbeterden zijn erecties tijdens masturberen, zie Figuur 3. Het lagere aantal datapunten in de tijdreeks toont de lage frequentie van masturberen van Iwan in de hele behandelperiode. Opvallend is (Figuur 4) dat de erectie kwaliteit tijdens seksueel contact met zijn vriendin niet verbeterde ten opzichte



Figuur 3. Kwaliteit erectie tijdens masturbatie

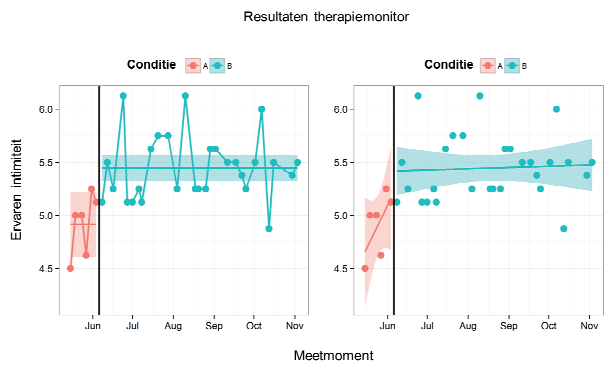
line fase; in het rechterdeel is bovendien zichtbaar dat het negatieve affect ook tijdens de behandel fase nog een dalende tendens vertoonde. Er was geen effect van therapie te zien op positief affect, zie Figuur 2.

De ontwikkeling van Iwan's seksuele functioneren was ook in kaart gebracht, zie de Figuren 3 en 4. Snel na het

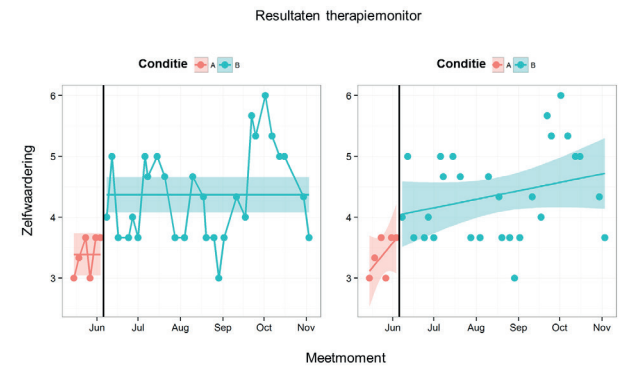


Figuur 4. Kwaliteit erectie tijdens seks met partner

van baseline. Ook verbeteringen op andere gebieden zijn opgenomen in de monitor. Figuur 5 toont Iwan's ervaren mate van intimiteit met zijn partner, die tijdens de therapie hoger is dan voor de start. Figuur 6 laat zien dat zijn zelfwaardering in de behandelperiode zowel hoger is ten opzichte van de baselineperiode, als een stijgende



Figuur 5. Ervaren intimiteit met de partner voor en tijdens de behandeling



Figuur 6. Zelfwaardering voor en tijdens de behandeling

lijn vertoont die nog tijdens de hele behandelperiode verder doorzet.

Tenslotte is getoetst of de gemiddelden op de hier gerapporteerde monitorvariabelen verschilden tussen baseline- en therapiefase. Geen van de met behulp van de randomisatietoets berekende p -waarden bleef onder de drempelwaarde ($p = .05$). De verbeteringen op het gebied van zelfwaardering en ervaren intimiteit kwamen het dichtste bij de significantiedrempel, resp. $p = .172$ en $p = .138$.

Reflectie

De door de cliënt gerapporteerde verbeteringen, zowel in de afsluitende sessie als in zijn nagestuurde evaluatieverslag, werden ten dele ondersteund door de data uit de therapiemonitor, alhoewel deze ook, onverwachte, uitblijvende effecten toonde, zoals het niet verbeteren van de door de cliënt ervaren kwaliteit van zijn erectie tijdens partnerseks. Toch spreken deze bevindingen elkaar niet tegen: de behandeling van een erectiele dysfunctie is niet alleen gericht op verbeteren van de functie maar richt zich ook op seksuele beleving en satisfactie (McCabe & Althof, 2014).

Het voortdurende monitoren van de ervaringen van de cliënt tijdens de therapie biedt de mogelijkheid om de voortschrijdende ervaringen van de cliënt te bespreken in het contact met de hulpverlener. Deze mogelijkheid is tijdens de hier beschreven behandeling overigens niet gebruikt. Op deze manier kunnen online monitoring data ingezet worden binnen *collaborative-therapeutic assessment* (CTA) modellen van hulpverlening, waarbij de data die de cliënt voorafgaand aan de therapie en tijdens het hele proces aanlevert gebruikt kunnen worden voor *midtherapy evaluation* (Finn, Fischer & Handler, 2012; Finn & Tonsager, 1992, 1997). De monitoring data, waaronder de cliënt's evaluatie van de therapeutische alliantie, kunnen informatie verschaffen voor het gesprek over onder meer de voortgang in de behandeling, de mate waarin vooraf gestelde doelen zijn bereikt, en op welke aspecten van behandeling bijsturing wenselijk is.

Een ander voordeel van het gebruik van de therapiemonitor is de mogelijkheid om zicht te houden op het al dan niet wijzigen van probleemdeterminanten. De therapeut kan, op grond van een analyse van het intakegesprek, de seksuele anamnese, en eventueel aanvullende psychodiagnostisch onderzoek, een casusconceptualisatie opstellen, en daarin de factoren opnemen die verantwoordelijk lijken voor het in stand blijven of steeds terugkeren van het probleem waarvoor hulp wordt gezocht. Zo kan, bijvoorbeeld, de cliënt's stemming in de monitor worden opgenomen, hoe vaak cliënt en partner in elkaars nabijheid spanning ervaren door conflicten, of hoeveel stress de cliënt ervaart van *daily hassles* (ter Kuile, Vigeveno & Laan, 2007).

Een nadeel van het gebruik van deze vorm van monitoring kan zijn dat te frequent een verzoek tot invol-

len wordt gedaan zonder dat de cliënt vorderingen ervaart, zoals ook onze cliënt beschreef. Dit kan de therapietrouw negatief beïnvloeden, anderzijds kan het motiverend werken omdat het vermijdingsgedrag zou kunnen tegen gaan.

Literatuur

- Bögels, S., & Van Oppen, P. (2011). Specifieke aspecten van cognitieve therapie. In S. Bögels & P. Van Oppen (Eds.), *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk* (pp. 59-85). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bultè, I., & Onghena, P. (2008). An R package for single-case randomization tests. *Behavior Research Methods*, 40, 467-478. doi: 10.3758/BRM.40.2.467
- Edgington, E. S. (1975). Randomization tests for one-subject operant experiments. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 90, 57-68. doi: 10.1080/00223980.1975.9923926
- Edgington, E. S. (1980). Validity of randomization tests for one-subject experiments. *Journal of Educational Statistics*, 5, 235-251. doi: 10.2307/1164966
- Ferron, J., & Onghena, P. (1996). The power of randomization tests for single-case phase designs. *Journal of Experimental Education*, 64, 231-239. doi: 10.1080/00220973.1996.9943805
- Finn, S. E., Fischer, C. T., & Handler, L. (2012). *Collaborative/therapeutic assessment: A casebook and guide*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1992). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to college students awaiting therapy. *Psychological Assessment*, 4, 278-287. doi: 10.1037/1040-3590.4.3.278
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9, 374-385. doi: 10.1037/1040-3590.9.4.374
- McCabe, M. P., & Althof, S. E. (2014). A systematic review of the psychosocial outcomes associated with erectile dysfunction: does the impact of erectile dysfunction extend beyond a man's inability to have sex? *The Journal of Sexual Medicine*, 11, 347-363. doi: 10.1111/jsm.12374
- Onghena, P., & Edgington, E. S. (1994). Randomization tests for restricted alternating treatments designs. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 783-786. doi: 10.1016/0005-7967(94)90036-1
- Onghena, P., & Edgington, E. S. (2005). Customization of pain treatments: Single-case design and analysis. *The Clinical Journal of Pain*, 21, 56-68; discussion 69-72. doi: 10.1097/00002508-200501000-00007
- Takefman, J., & Brender, W. (1984). An analysis of the effectiveness of two components in the treatment of erectile dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 321-340. doi: 10.1007/BF01541905
- ter Kuile, M. M., Vigeveno, D., & Laan, E. (2007). Preliminary evidence that acute and chronic daily psychological stress affect sexual arousal in sexually functional women. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2078-2089. doi: 10.1016/j.brat.2007.03.006
- van Lankveld, J., & Broomans, E. (2011). Cognitieve therapie bij seksuele disfuncties. In S. Bögels & P. van Oppen (Eds.), *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk (2e, geheel herziene druk)* (pp. 391-424). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Summary

In this clinical case we describe the sex therapy of a young man with situational erectile problems without concurrent comorbid problems. The intervention had a 'blended' design, with online contacts, face-to-face sessions and between-session contact through email. The clinical assessment was set up as a collaborative project of therapist and client. The case description is illustrated with verbatim text fragments selected from an evaluation report that the client wrote after termination of the treatment and sent to the therapist. The use of the text fragments was explicitly approved by the client before manuscript was submitted. Special attention is given to the use of a simple online monitoring instru-

ment. Next to a description of the instrument, the procedure to adapt the monitor for use in specific therapeutic settings is described, using an online questionnaire system. We also described the statistical tools that can be applied to visualize the monitor data and to statistically test treatment efficacy. The monitor is made available in open source R package 'userfriendlyscience', and a (Dutch) tutorial is available at <https://osf.io/6afhs/>.

Keywords: erectile problem, blended treatment, online treatment, data monitoring, online questionnaire

Trefwoorden: erectieprobleem, blended behandeling, online behandeling, data monitoring, online vragenlijst