
Klassieke Seks therapie

Klassiek omdat het al 40 jaar gebruikt wordt, en omdat de basis van M&J is, en er al heel wat veranderingen zijn gekomen en alternatieven zijn voorgesteld. Hier verdiep je u verder in als seksuoloog. Het is iets dat je leert om mensen met seksuele problemen verder te helpen.

Opmerking: Erectiele stoornissen of erectieproblemen zijn eigenlijk verouderde termen. Ook impotentie is een verouderde term. Het impliceert dat men 'minder man is'.

Evolutie (Tiefer & Melman)

1980

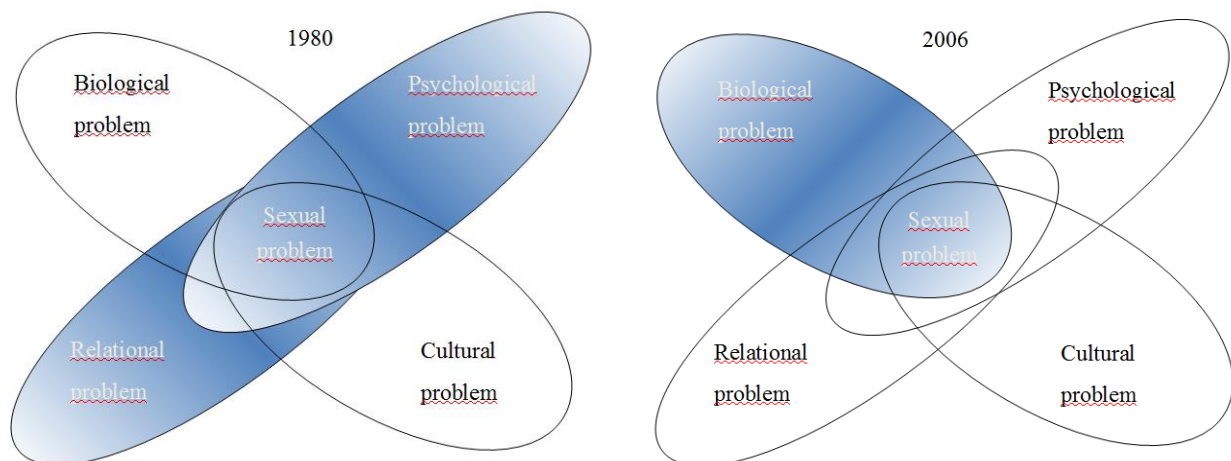
Seksuele problemen werden in jaren 80 gezien als psychologische problemen, 90% zou psychogene oorzaak hebben. Hier was dus psychotherapie de oplossing, 60% vindt dit ook een goede oplossing. Toen had men weinig kennis van de fysiologie, voornamelijk psychologische hypothesen.

Bv: Impotent *zijn* = iets wat je bent, niet iets wat je eigenlijk *hebt* als aandoening

2003/2013

Men gaat er van uit dat 90% van de seksuele problemen een organische oorzaak kent. Hier is niet langer psychotherapie, maar biologische therapie de oplossing (bv Viagra dat heel veel onderzoek kent). Men heeft immers nu veel meer kennis van de fysiologie. Deze therapie wordt aanvaard door 86%.

Bv ED niet meer *zijn*, maar een ED *hebben*. Het is dus niet langer een *zijn*-beschrijving, maar een fysiologisch probleem.

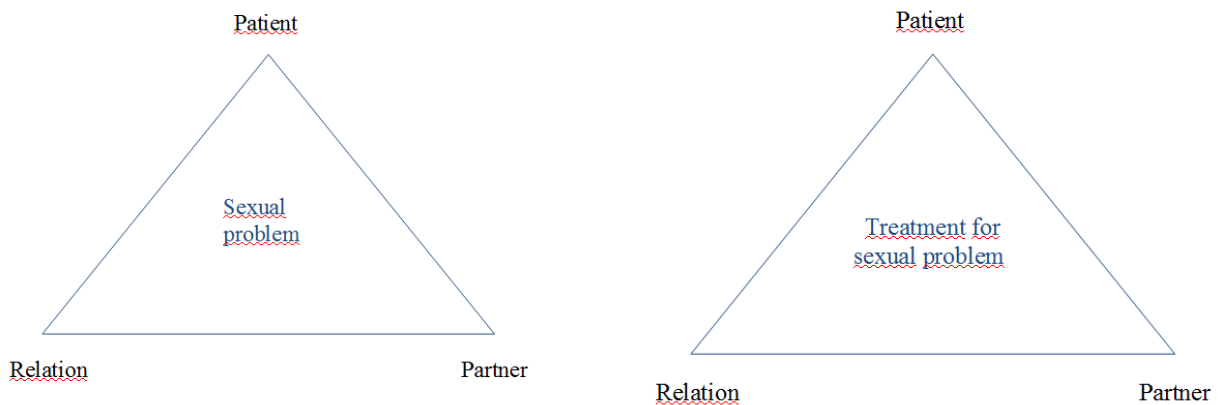


Cultuur kan je niet echt mee in rekening brengen. Je hebt er immers niet veel controle over. Idealiter zou het zouden alle vier aspecten moeten opgenomen worden in de behandeling van een seksuele aandoening.

De driehoeksverhouding van seksuele disfuncties

Seksueel probleem is iets wat snijdend is, net zoals de hoeken van de driehoek. De punten kunnen pijnlijk zijn voor zowel CI, partner als relatie. De patiënt is de symptoomdrager, de persoon die de stoornis ondergaat.

De behandeling moet dan ook rekening houden met deze drie factoren. De kans bestaat dat als je individueel gaat werken, dat je dingen te horen krijgt die de partner niet mag horen. Dit zet je vast. Je kan wel vragen om het aan de partner te vertellen, maar dit wordt niet altijd gedaan. Je gaat altijd proberen om het koppel samen op therapie te komen, ook al is dit maar één enkele sessie. Het is namelijk het probleem niet enkel van de patiënt, maar beide partners.



Impact op de patiënt

Een seksueel probleem is niet levensbedreigend, maar kan wel een grote bron van stress vormen. Bv je gevoel van man of vrouw zijn, je mannelijkheid of vrouwelijkheid kan in twijfel getrokken worden. Zo kan het ook een confrontatie zijn met het ouder worden. Het is een populaire misvatting dat ouderen asexueel zijn.

Een seksueel probleem is geassocieerd met negatieve gevoelens. Zo is er minder fysieke en emotionele beleving, daalt de levenskwaliteit, een dalend algemeen welzijn, depressieve symptomen waar men ook prikkelbaar door is, angst voor een 'oude dag' met een onbevredigende relatie.

Impact op de partner

De reacties op een seksueel probleem kan in fases verlopen:

- Ondersteunend en geruststellend (aanvaardend in eerste instantie)
Bv 'het is niet erg. Trek je het niet aan, volgende keer zal het wel beter zijn'
- Verwondering
Bv 'zou het iets met mij te maken hebben?'
- Kwaadheid, frustratie, bekritiserend, achterdochtig
Bv 'heeft hij/zij iemand anders? Houdt ie nog wel van me?'
- Triestheid
Bv 'is dat het einde van onze intieme relatie, onze seksuele relatie?'
=> einde van iets positiefs
Bv 'Geen initiatief nemen om een negatieve ervaring te voorkomen'
=> Bang om afgewezen te worden, om teleurstelling bij de partner te voorkomen
=> CAVE: uit elkaar groeien

- Bevrijding
Bv 'seks was altijd al een last, goed dat het voorbij is'

Impact op de relatie

Mogelijke gevolgen van een seksueel probleem op de relatie:

- 'afkoeling' van de relatie: warmte, energie, intimiteit van de relatie verdwijnt
- Relationele spanning en prikkelbaarheid stijgt
- Vluchtgedrag: fantasie, pornografie & internet als 'veilig' toevluchtsoord. Je wordt hier immers niet beoordeeld of veroordeeld, geen SOA's,...
- Grotere afstand & gevoel van vervreemding

Sekstherapie >> Masters & Johnson

Ze spraken over een '*faalpercentage*' ipv een '*slaagpercentage*'. Bancroft had hier kritiek op: Is een faalpercentage van 20% gelijk aan een slaagpercentage van 80%? Betekent dit dat voor de 80% de behandeling wel degelijk goed is?

- ⇒ Dit was meer dan een taalspel. De betekenis van de uitspraken verschillen namelijk.
- ⇒ Is de oplossing van het probleem wel seksueel gezond zijn?
- ⇒ Als we er in slagen om de symptomen weg te krijgen, dan betekent dat nog niet dat er een positieve seksuele beleving is. Met andere woorden: is er sprake van een bijdrage tot seksueel welzijn? Tot seksuele gezondheid? Voor beide partners?

Behandelingsprincipes (in the human sexual response cycle) van M&J:

- Symptoomgericht werken: falen van de seksuele functie was het thema van hun therapie
- Partnergericht: partner werd meer uitgenodigd dan in andere therapieën
- Seksuele oefeningen en interacties centraal: er werd over seks gesproken en behandeld (bv thuisoefeningen)
- ⇒ Trachtten zich hiermee tegen de psycho-analytische gebeurtenissen af te zetten in die tijd

Er werd altijd gewerkt met paren. Er was een therapeutenpaar, een man en een vrouw waarvan 1 arts is. Tijdens de therapie dient altijd man & vrouw aanwezig te zijn als behandelaar. Men behandelde ook altijd een patiëntenpaar (M & V, geen holebi's). Ook diegene met disfunctie moeten aanwezig zijn tijdens therapie. Wanneer je aanmeldde als single, dan werd er een surrogaat-partner aangewezen (door bijvoorbeeld prostituee).

Ze zaten voor 2 weken in sociale isolatie: verlof met hotelverblijf zonder familie, vrienden of kinderen en geen stress van de job. Deze kunnen dan geen negatieve invloed hebben op het resultaat van de therapie.

Overzicht behandeling

Dag 1 = inleiding en uitvoerige anamnese

- psycho-sociale en psycho-seksuele anamnese
- 2.5 u man – man / 2.5 u vrouw – vrouw
- ⇒ Het idee hierachter is dat mannen en vrouwen hun seksueel probleem beter tegen iemand van hetzelfde geslacht te vertellen.
- lunch
- aanvullende info van man – vrouw / vrouw – man
=> belangrijk want informatie van eerdere sessie kan nagegaan worden hoe het is voor de persoon van het andere geslacht en zo kan men ook met beide therapeuten in contact komen
- lichamelijk onderzoek (bloed- en urineonderzoek)

Op het einde van de dag krijgt het paar een rationele hypothese van het seksueel probleem en van de persoonlijkheid van de partners:

- Etiologie = lichamelijk, psychosociaal, psychopathologie
- Motivatie voor therapie, discrepantie in informatie, (verschillen in) verwachtingen => belangrijk is om samen een gezamenlijke hulpvraag op te stellen waarmee gewerkt kan worden. Hierdoor is het belangrijk om de verwachtingen op elkaar af te stemmen.

Dag 2 = ronde tafel gesprek met het paar

- Bevindingen meedelen en werkhypothesen bespreken: wat men denkt dat de oorzaak is en wat men er denkt aan te doen.
- Seksuele psycho-educatie: informatie geven over de seksuele responscyclus, psycho-educatie over seksualiteit (veel kennis onder de gewone bevolking ivm seks was er niet in de jaren 60. Er werd geen tot weinig seksuele en relationele vorming gegeven.)
Uitgangspunt: seksualiteit is een 'natuurlijke' functie. Transpireren, erectie, lubricatie zijn onwillekeurige reacties die niet leerbaar zijn. Maar seksualiteit is gedrag dat aan- en af te leren is (bv. ademen: men kan 'goed' leren ademen)
- Spectatoring: toeschouwersrol opnemen
Als je te veel gaat nadenken en te veel gaat reflecteren over wat goed en niet goed gaat, dan mis je een stuk van het vrijen. Je bent enkel aan het vrijen met je hoofd, niet langer met je gevoel. Men moet de mensen terug in contact laten komen met hun gevoel. Van angst terug naar lust kunnen evolueren.
- Beschrijving van het seksueel therapeutisch programma::

Seksueel therapeutisch programma

Speel oefenprogramma of '*Sensate focus program*'. Het is bedoeling om op een speelse manier gaan aanraken,... om zo seks op een leuke manier opnieuw te leren kennen. De nadruk ligt op het voelen van de sensatie, het gevoel moet centraal staan, dan pas zal gedrag volgen.

Binnen het programma waren er vijf stadia, indien men een stadia goed doorlopen had, mocht men verder naar het volgende stadium.::

1) *Sensualiteitstraining 1*

In ontspannen, aangename sfeer elkaar van kop tot teen strelen met uitzondering van de genitale zones (borsten, vulva & clitoris bij de vrouw; penis & scrotum bij de man). Dit zowel actief (strelen) als receptief/passief (zich laten strelen).

Het doel is een leerfunctie: genot brengen, geven en ontvangen van lustervaringen. Terug leren ervaren en voelen.

Dit werkt intimiteitbevorderend (voor velen is knuffelen, aanraken,... belangrijk om bij elkaar te horen, om zich veilig te voelen). Het is 'voorgescreven' genot met coïtusverbod én accent op niet-verbale technieken (niet praten). Hierdoor is de angst voor falen uitgeschakeld, eerder alle druk om seksueel te presteren is weggenomen.

=> focus op het strelen en voelen, niet op het denken. De sensaties staan centraal.

=> een soort van bodyscan maken van je partner: welke plekje zijn gevoelig bij hem/haar (niet noodzakelijk seksueel)

=> voordeel: iedereen kan het doen (behalve als er een serieus probleem is ivm naaktheid)

- Nieuwe ontdekkingsreis: het lichaam van jou en je partner opnieuw leren kennen en uit het oud

stramien geraken.

2) *Sensualiteitstraining 2*

In ontspannen, aangename sfeer elkaar van kop tot teen strelen *inclusief* (niet exclusief, dus niet enkel focus op) de genitale zones (borsten, vulva & clitoris, penis & scrotum). Dit zowel actief (strelen) als receptief (zich laten strelen) doormiddel van handen, voeten en mond. Maar dit *zonder* ritmische opwindende stimulering die tot orgasme kunnen leiden (coïtusverbod blijft!)

Doel:

- zich richten op tactiele lustwaarneming
- partner hierover inlichten op non-verbale manier, feedback zonder woorden

In deze fase mag men niet masturberen in het bijzijn van de partner. Dit om de druk niet op te voeren om toch seksueel contact te hebben. Indien iemand zich toch opgewonden voelt, moeten ze zich terug te trekken en zich te 'ontladen'.

3) *Sensualiteitstraining 3*

In ontspannen, aangename sfeer elkaar van kop tot teen strelen *inclusief* (niet exclusief) de genitale zones (borsten, vulva & clitoris, penis & scrotum). Dit zowel actief (strelen) als receptief (zich laten strelen) dmv handen, voeten en mond. Deze keer *met* ritmische opwindende stimulering die tot orgasme kunnen leiden, maar dit hoeft niet (coïtusverbod blijft!).

4) *Sensualiteitstraining 4*

In ontspannen, aangename sfeer elkaar van kop tot teen strelen *inclusief* (niet exclusief) de genitale zones (borsten, vulva & clitoris, penis & scrotum). Dit zowel actief (strelen) als receptief (zich laten strelen) dmv handen, voeten en mond. Deze keer *met* een niet-eisende coïtus. De man stelt zijn penis intra-vaginaal ter beschikking zonder op orgasme gerichte bewegingen (ruiterpositie van de vrouw zodanig dat de vrouw zelf controle heeft. Voor vrouwen met vaginisme is dit een zeer grote opdracht).

Doel: zinnelijk genitale lustontplooiing

5) *Sensualiteitstraining 5*

In ontspannen, aangename sfeer elkaar van kop tot teen strelen *inclusief* (niet exclusief) de genitale zones (borsten, vulva & clitoris, penis & scrotum). Dit zowel actief (strelen) als receptief (zich laten strelen) dmv handen, voeten en mond. Deze keer *met* een coïtus/ penetratie met orgasme gericht bewegingen.

Doel: zinnelijk genitale lustontplooiing

Opmerkingen:

- Koppels kunnen in een bepaalde fase blijven steken. Het is dan de bedoeling om na te gaan waar de drempel ligt, wat de hindernis is en deze dan zorgvuldig aan te pakken. Natuurlijk zijn er koppels die het programma niet volledig kunnen doorlopen. Dit hoeft niet noodzakelijk slecht te zijn. Sommige mensen zijn al tevreden dat ze bijvoorbeeld intiem kunnen zijn met elkaar.
- Het programma wordt elke dag geoefend.
- Het programma wordt bij elk seksueel probleem toegepast met dezelfde streefoefeningen MAAR: wel *mét* specifieke behandelingsvoorstellen afhankelijk van pathologie)
 - bijv. ejaculatio precox
 - knijpmethode (wanneer hij voelt dat hij moet klaarkomen, met duim en twee vingers de eikel weg te drukken, het orgasme weg te drukken) of start-stopmethode. Dit bij masturbatie op zichzelf.

- mét glijmiddel
- coïtus: ruiterspositie, zijligging, man boven (start-stop). Ook de vrouw komt in beeld wanneer hij het al beter kan beheersen.
- bijv. vaginisme
 - staafjes van Kegel: progressieve dilatatie. Kegeltjes van de grote van een pink tot penis. Overtuigen van de vrouw dat er iets in de vagina ingebracht kan worden zonder dat er pijn is.
- Duur: maximaal 2 weken *ongeacht het eindresultaat!!*
=> in die zin was er dus wel ergens een druk, maar was intensief & zonder kinderen en werk

Helen Singer Kaplan

Kaplan introduceerde het “seksueel verlangen” als een nieuwe psychocategorie voor seksuele opwindings.

Seksuele lust-inhibities door seksueel remmende angsten. Dit is een continuüm qua intensiteit én diepte:

- Oppervlakkige angsten : Bv Faalangst, prestatieangst, schuldgevoelens ivm lust en seksualiteit
- Onbewuste angsten : Bv Angst voor lust, intimiteit en psychoseksueel succes
- Diep onbewuste angsten
Bv Intra-psychische conflicten (bv. castratieangst) en pathologische interactie-conflicten (bv. Willi – collusies: positief zorg nodig & zorg kunnen geven, negatief zorg nodig en niet kunnen geven of zorg niet meer nodig en toch geven)

Kaplan had geen aandacht voor de gedragsmatige aanpak van Masters & Johnson. Ze ontwierp een kortdurende therapie die zich richt op deze angsten door een combinatie van :

- gedragstherapeutische (~ sensualiteitstrainingen van Masters & Johnson)
 - psychodynamische technieken
 - met als doel een exploratie van de intra-psychische en interactionele afweer en weerstand
 - inzicht biedend om de seksuele symptomen snel te veranderen, met confrontatie en psychotherapeutische interventie
- Bv: Waarom gebeurt dit nu, met mij, met ons ? Waarom reageer ik niet (meer) positief met lust ?Waarom erger ik mij (nog) zo ?
- ⇒ Confrontatie met de gevolgen : gedaald zelfwaardegevoel, hinder voor normaal seksueel leven en bedreiging van de partnerrelatie

Molinski

Molinski paste focuserende sekstherapie toe. Deze ging uit van de sensualiteitstrainingen van Masters en Johnson met soepelheid voor:

- Intensiteit : 1/dag, 1/week, 1/maand ...
- Sociale isolering: volledig, partieel (of werk of gezin), niet
- Uitvoering: één therapeut
- Ambulante raadpleging ipv “hotelopname”

Focus ligt op een gedetailleerde beschrijving van het gedrag van beide partners bij de streefoefeningen.

→Dit is meer realistisch tegenwoordig.