OPLOSSINGSGERICHT WERKEN MET DE VRIJBLIJVENDE SEKSUOLOGISCHE PATIENT OP EEN DIENST UROLOGIE

Een analyse

Merckx, Noortje

Noortje.merckx@uza.be

INHOUDSTAFEL

Inleiding 3

De flowchart van het Brugs Model 4

Problemen en beperkingen 5

De vrijblijvende relatie 6

Interesse en respect tonen 7

Alternatieve rampscenario's beschrijven 8

Positieve intenties van de verwijzer benutten 8

Druk vanwege de verwijzer benutten 9

Meebewegen met de psychosomatische patiënten 9

Welke factoren zouden kunnen bijdragen aan de verhoogd waargenomen weerstand binnen de seksuologische praktijk op een afdeling urologie? 9

Seksuele dysfuncties: psychosomatiek 9

Waarden en normen 10

Seksuele mythes 11

Het taboe 11

Stap naar de hulpverlening is groot 12

Is praten over seks nog altijd zo moeilijk? 13

Verwachtingen van patiënten binnen een ziekenhuis 15

Analyse van een aanpak voor de vrijblijvende seksuologische patiënt 16

Hoe uit weerstand zich in mijn ziekenhuispraktijk? 16

De stoere man zonder problemen 16

De patiënt die zijn afspraken niet nakomt 17

Mijn partner weet van niks 17

Ik moet van mijn partner 18

De beperking niet kunnen aanvaarden 18

De psychosomatische patiënt: Het zit niet in mijn hoofd 18

De therapeut zijn expertise in vraag stellen 19

Religieuze overtuiging als drogreden 19

Een mogelijke aanpak 19

Meegaan met hun verhaal: interesse en respect tonen 19

Verhalen van anonieme anderen 21

Meebewegen met de psychosomatische patiënt 22

Positieve intenties van de verwijzer benutten 25

Hoe zelf omgaan als therapeut met weerstand 25

Besluit 26

Literatuur 27

DE VRIJBLIJVENDE SEKSUOLOGISCHE PATIËNT OP EEN DIENST UROLOGIE.

INLEIDING

Het werk van een seksuoloog op een medische dienst lijkt zich op verschillende manieren te onderscheiden van het werk van een seksuoloog binnen een privépraktijk. Niet alleen ziet men een heel ander soort van hulpvragen de revue passeren, ook valt er iets te zeggen over de populatie van patiënten die een bezoekje brengt aan deze uiteenlopende seksuologische consultatie ruimtes.

Mijn therapeutische opdracht speelt zich af op twee verschillende locaties: Mijn privépraktijk bevindt zich in Leuven, daarnaast werk ik op een dienst urologie en gynaecologie in het UZA te Edegem. Het combineren van deze twee jobs, zorgde ervoor dat ik in de loop der tijd meer en meer ben beginnen nadenken over de bijzonderheden van deze twee therapeutische settings. Wat vooral opvalt is hoe weinig gelijkenissen er zijn wat betreft de patiëntenpopulatie en de soorten hulpvragen in beide locaties. Je zou kunnen beargumenteren dat er alleen op basis van de geografische locatie een verschil kan worden opgemerkt: Leuven, met zijn wat elitairder hoogopgeleid publiek, veel studenten en expats, staat inderdaad in schril contrast met het meer multiculturele, soms lager opgeleide en zeker breder gevarieerd publiek dat ik in het UZA zie. Maar het is waarschijnlijk meer dan dit. Het valt op dat de hulpvragen in het UZA in schril contrast staan met de hulpvragen waarmee ik in Leuven aan de slag ga. In het UZA, waar ik voornamelijk mannen zie, is de grootste hulpvraag erectiele dysfunctie en meer dan regelmatig starten we de conversatie met argwaan en lichte weerstand. De meesten werden naar me doorverwezen door een uroloog, neuroloog, endocrinoloog of gynaecoloog. Regelmatig komen ze “omdat het moest van de dokter”. Vaak hebben ze hiernaast ook te kampen met andere chronische aandoeningen die al dan niet interfereren met het seksueel functioneren. Andere psychosomatische aandoeningen maken het vaak complex en het Cartesiaans[1] denken is vaak overheersend aanwezig in hun manier van denken.

De hulpvragen in Leuven zijn duidelijk van een ander kaliber. Privé komen mensen vaak uit eigen beweging naar me toe, ze hebben me dan online gevonden, via vindeentherapeut.be bijvoorbeeld. De meest voorkomende hulpvraag is een gebrek aan verlangen. Daar zie ik bovendien vaker vrouwen dan mannen, iets wat in de psychologische hulpverlening over het algemeen vaker wordt opgemerkt. Vrouwen zouden sneller dan mannen naar een hulpverlener stappen (Pattyn, Verhaeghe & Bracke, 2015). De patiënten die ik ontmoet in

[1] De Franse filosoof René Descartes (1596-1650) dacht dat er een fundamentele scheiding bestaat tussen het lichaam (res extensa) en de geest (res cogitans). Het lichaam is volgens Descartes stoffelijk en wordt beheerst door de natuurwetten, terwijl de geest immaterieel is en onafhankelijk van het lichaam kan bestaan.

Leuven hebben vaak een heel hulpverleningsparcours achter de rug. Ze zijn bovendien meer vertrouwd met psychologie, kennen de terminologie regelmatig beter dan ik en lazen al menig zelfhulpboek. Ze stappen als het ware mijn praktijk binnen alsof ze reeds een consulterende cliënt zouden kunnen zijn. [2] Bij deze populatie heerst er de overtuiging dat ons lichaam en geest één zijn en dat ons brein en denkvermogen wel degelijk een invloed kunnen beoefenen op ons lichaam. Seksuele disfuncties worden bekeken met een bio-psycho-sociale bril en mentaal werk verrichten wordt gezien als nuttig in dit hele multifactoriële gegeven. Het lijkt alsof het allemaal een tikkeltje vlotter gaat. Waar ik in het UZA soms naar huis ga met het gevoel dat deze job niks voor mij is, kan ik op de andere plek mijn therapeutische ego-batterij af en toe weer wat opladen.

Het zal dus niet verbazen dat mijn behandelingsmethodes in beide groepen wat uiteenlopen. Intuïtief pas ik me aan aan de cliënt die voor me zit, vaak niet eens helemaal zeker zijnde van het niveau van betrokkenheid van onze therapeutische alliantie. Want hoe noem je het betrekkingsniveau waarbij de huilende man die voor je zit wanhopig op zoek is naar hulp, al jaren seksueel aan het wegkwijnen is, maar wel 100% overtuigd is dat zijn erectiele dysfunctie een fysiologisch, anatomische oorzaak heeft? Ik volg de cliënt en doe iets anders. Omdat mijn therapeutische aanpak zo ontzettend verschillend lijkt in beide locaties, vond ik het intrigerend genoeg om hier mijn eindwerk aan te wijten.

Indertijd gaf het Brugs Model een aanknopingspunt in mijn zoektocht naar alternatieven. Het gebruik van weerstand als een nuttige bondgenoot, maar ook de analyse van je therapeutische alliantie als handvat in je gesprek, gaven me ingangspoorten.

Alvorens te starten met de analyse van een mogelijke aanpak van (vermoedelijke) vrijblijvende seksuologische patiënten op een afdeling urologie[3], staan we eerst even stil bij wat een vrijblijvende relatie nu eigenlijk is binnen de flowchart van het Brugs Model. Omdat een vrijblijvende houding misschien ook te maken heeft met het taboe dat hangt rond het spreken over seks, gaan we hierna dieper in op waarom het zo lastig is om te praten en hulp te zoeken over seksuele problemen en zijn mannen hier dan anders in dan vrouwen? En zou de typische man sneller de neiging hebben om in de categorie vrijblijvende patiënt terecht te komen? Vervolgens volgt de analyse van mijn eigen aanpak, getoetst aan de theorie van het Brugs Model. Dit alles sluiten we af met een samenvattend besluit.

DE FLOWCHART VAN HET BRUGS MODEL

Een basaal vertrekpunt binnen de Oplossingsgerichte stroming, met name van het Brugs Model van Oplossingsgerichte Cognitieve Systeemtherapie is dat je als therapeut vanaf het

[2] We weten natuurlijk dat theoretische kennis alleen onvoldoende is om in de Brugse flowchart als consulterende client te worden aanschouwd. Hierover volgt later meer info

[3] Ik zal me voor de rest van deze paper voornamelijk concentreren op patiënten met het mannelijk geslacht. Hoewel ik ook vrouwen tegenkom in de vrijblijvende relatie, zie ik het vaker terugkomen bij mijn mannelijke patiënten. De man-vrouw ratio in mijn patiëntenpopulatie is ongeveer 70-30 dus dit kan gedeeltelijk daardoor verklaard worden.

begin erg bewust bezig bent met het evalueren van de therapeutische relatie met je cliënt. De therapeutische relatie is het belangrijkste werkinstrument van een therapeut. Het ideale therapeutische parcours is een samenwerking tussen jezelf en je cliënt waarbij ernaar gestreefd wordt dat de cliënt expert wordt van zijn eigen therapie (Isebaert, L.& Lefevere, G., 2024). Zoals Isebaert en Lefevere aanhalen in hun boek (2024) is dit een weg vol hindernissen en valkuilen. De belangrijkste is er eentje waarin we allemaal wel eens intuimelen: het te snel en te graag willen helpen. Gevaar bestaat dat we ongewild onze cliënt in een afhankelijke positie duwen, we gaan bovendien onze eigen doelen opleggen, een weg die deze cliënt misschien zelf nooit gekozen zou hebben. Niet alleen creëer je op deze manier een afhankelijke patiënt, maar dit roept ook weerstand op. Het Brugs Model stelt daarom voor om onszelf een aantal vragen te stellen om het niveau van betrokkenheid in de therapeutische alliantie te bepalen. Deze niveaus zijn niet statisch en kunnen zelfs veranderen tijdens de duur van één gesprek. Het in acht houden van het huidige niveau van betrokkenheid kan ons helpen om niet vooruit te lopen op onze patiënten.

PROBLEMEN EN BEPERKINGEN

Wanneer een cliënt bij ons komt aankloppen met zijn symptomen en bijhorend lijden, is het van belang even stil te staan bij deze moeilijkheden en ons de volgende vraag te stellen: Kunnen we verwachten dat we deze moeilijkheden zullen oplossen of kunnen we ervan uitgaan dat er een deeltje nooit zal worden opgelost? Het Brugs Model maakt daarom een onderscheid tussen problemen en beperkingen. Een moeilijkheid waarvoor een oplossing kan worden gevonden, wordt beschouwd als een probleem. Als er geen haalbare oplossing mogelijk is, dan wordt de moeilijkheid of dat deeltje van de moeilijkheid gecategoriseerd als beperking (Isebaert, L.& Lefevere, G., 2024). Isebaert en Lefevere (2024) wijzen er bovendien op dat de meeste moeilijkheden een complexe mix zijn van beperkingen en problemen. Sommige zaken kunnen we oplossen en andere zaken leren we aanvaarden. In hun boek staan ze stil bij de verschillende soorten van beperkingen waar men mee te kampen kan krijgen. Een belangrijke categorie waar ik zelf vaak mee te maken krijg zijn de biologische beperkingen. Een man die na een prostatectomie zijn erectiele functie verliest, daar kunnen we vanuit gaan dat er (gedeeltelijk?) sprake is van een beperking. Hoewel het zelfs bij dit soort van situaties vaak een mix van gegevens is. Je patiënten begeleiden in het leren aanvaarden van een beperking en het leren managen van de emotionele impact ervan op je leven, kan veel openheid creëren. Hierdoor komt er weer mentale ruimte vrij om oplossingen te vinden voor de problemen in hun leven. Een man met onverklaarbare pijn aan het scrotum, die de ene na de andere specialist opzoekt, maar nooit antwoorden vindt, die zichzelf tergt in het zoeken naar oplossingen voor een moeilijkheid die eigenlijk meer dan waarschijnlijk een beperking is, die uiteindelijk door zijn huisarts wordt thuis geschreven, deze man kan gebaat zijn met een begeleid aanvaardingsproces. Isebaert en Lefevere (2004) formuleren dit als volgt “Wie accepteert dat een weg doodloopt, kan in het struikgewas nieuwe paden gaan verkennen.”

DE VRIJBLIJVENDE RELATIE

De tweede vraag die we ons stellen is: “Is er een hulpvraag?” Wanneer deze er niet is, dan noemen we de betrekking tussen de therapeut en zijn cliënt een vrijblijvende relatie. De cliënt kan een hoop problemen en beperkingen hebben, maar hij vraagt de therapeut niet om hem te helpen. Hij is op een of andere manier gestuurd, verplicht, binnengebracht door gezinsleden of door de politie, maar hij is niet uit eigen initiatief gekomen. Hij wil geen hulp, of als hij er wil, dan niet van ons (Isebaert en Lefevere, 2004). De patiënten met psychosomatische klachten vallen vaak mooi onder deze categorie. Wanneer deze patiënt niet kan erkennen dat het psychische aspect van de multifactoriële etiologie van zijn symptomen ook van belang is, hebben we te maken met een iemand die eigenlijk niet door ons geholpen wil worden. Hij of zij wil vooral een medische oplossing onder de vorm van een doorverwijzing naar een fysiotherapeut, medicatie of een of andere medische behandeling. Ook Isebaert en Lefevere (2024) beschrijven deze groep patiënten als veeleer vrijblijvend. Meestal worden deze patiënten naar ons verwezen door een medicus. Vaak ervaar ik het zelf als ‘de vuilbak diagnose’. Ze hebben alles getest, maar vonden niks somatisch dus dan blijft er niks anders meer over dan doorverwijzen naar een psychotherapeut/ psycholoog/seksuoloog. Patiënten zijn vaak zelf al erg gefrustreerd door deze gang van zaken. Ze zijn het absoluut niet eens met de diagnose van een psychische stoornis. Hij of zij is ervan overtuigd dat de klachten uitsluitend fysiek van aard zijn. Dokters kunnen niet alles weten, dus dit verklaart waarom er bij hem of haar (nog) niks gevonden werd tot nu toe.

Patiënten van deze subcategorie bezorgen ons al wel eens kopzorgen. Ze staan niet open voor ons hulpaanbod. Ze vertonen er geen belangstelling voor. Het Brugs Model noemt hen daarom ook wel de voorbijgangers of de toeristen. Ze wandelen achteloos voorbij onze etalage waar wij onze tips en tricks hebben uitgestald, maar zijn verder niet geïnteresseerd om een daadwerkelijke aankoop te doen. Er wordt met andere woorden geen mandaat gegeven. Waarom zouden ze iets van al onze goedbedoelde adviezen en theorieën opvolgen als ze er eigenlijk van overtuigd zijn dat zij niks verkeerd doen. Waarom zouden ze dan moeten werken aan verandering? Bij deze groep cliënten zal er dus veel weerwerk worden geboden wanneer de therapeut probeert vooruit te geraken. Hoe meer inspanning door de therapeut, hoe meer weerstand er zal opkomen. De patiënt komt terecht in een starre defensieve houding waardoor de ruimte om naar mogelijke veranderingen te zoeken volledig wordt ingenomen. Het therapeutische proces komt muurvast te zitten. Een erg spijtige zaak. Vaak doet dit ook iets met de therapeut zelf. De voortdurend gevoelde weerstand kan worden opgenomen als het vakmanschap dat niet erkend wordt en het in twijfel trekken van de therapeut zijn expertise. Dit roep frustraties op en kan uiteindelijk zelfs leiden tot een stopzetting van de therapie. Gelukkig biedt het theoretisch kader van het Brugs Model een weerwoord. Zij gaan er namelijk vanuit dat er ondanks het feit dat er geen hulpvraag aanwezig is bij sommige cliënten, toch de behoefte bestaat voor hulp. Het verschil bestaat erin dat deze groep mensen overtuigd zijn dat er (bij ons) geen oplossing is

voor hun probleem, ze kunnen bijvoorbeeld hun gewoontes niet veranderen en kunnen zich niet inbeelden dat er hulp of ondersteuning bestaat voor dit probleem dat daadwerkelijk iets voor hen zou kunne betekenen. Er is vaak sprake van een gevoel van onbekwaamheid en velen vertrouwen ons als therapeut niet (Isebaert & Lefevere, 2024).

Wat zijn nu volgens Isebaert en Lefevere (2024) een aantal werkende strategieën die we kunnen toepassen bij een patiënt in een vrijblijvende relatie? In dit stukje zal ik deze theoretische inzichten meegeven, waarna ik in het deeltje toegespitst op seksuologische patiënten, deze theorie zal linken aan voorbeelden uit de seksuologische praktijk.

INTERESSE EN RESPECT TONEN

Isebaert en Lefevere (2024) geven een aantal werkzame strategieën bij cliënten in een vrijblijvende relatie. Zij stellen dat we ons afgewezen kunnen voelen door patiënten die zich op deze manier verhouden tot ons. Wanneer we er als therapeut in slagen om dit gevoel geen zuurstof te geven en het integendeel om kunnen draaien naar een positieve attitude, dan start het eigenlijke therapeutische werk. Wanneer je oprechte interesse toont voor het leven van de cliënt, zijn vaardigheden en passies etc., creëer je een context waarin een hulpvraag kan ontstaan. Le Fevere de Ten Hove (2018) schrijft hierover dat deze brede positieve connotaties van de dingen die de cliënten doen, kunnen gebeuren door een simpele positieve herformulering van wat de cliënt zegt:

Cliënt: "*Ik ben hier omdat mijn moeder erop aandrong*."

Therapeut: "Je hebt veel respect voor je moeder."

Isebaert en Lefevere (2024) wijzen erop dat het vaak beter is om niet van meet af aan het probleem te bevragen dat aanleiding is geweest voor de consultatie. Er wordt ingezet op andere aspecten van zijn persoonlijk en professioneel leven waar we appreciatie gaan tonen voor hoe deze cliënt zijn leven leidt. Hierdoor wordt er een context gecreëerd van vertrouwen en wederzijds respect, de afwerende houding wordt afgelegd, een context waarin dan eventueel op later tijdstip wel kan worden verder gekeken naar het werkelijke probleem. Zij geven hierbij een voorbeeld van een man die naar de huisarts komt voor maagproblemen. Zijn echtgenote belde op voorhand naar de arts om hem op de hoogte te brengen van het alcoholprobleem van de man. Omdat het niet opportuun lijkt om deze man meteen aan te pakken voor zijn alcoholprobleem, hij komt namelijk voor zijn maagpijn, besluit de arts in te zetten op iets anders. De moeder van de man is ook zijn patiënt en zo weet de arts dat meneer haar heel regelmatig gaat bezoeken. Hij gooit het gesprek dus over een andere boeg waarbij hij deze man waardering en appreciatie kan tonen voor het goede dat hij doet. Hierdoor ontstaat er opening om iets verderop in de conversatie toch lichtjes het alcoholprobleem aan te tikken. De waardering die we tonen aan onze patiënt en de complimenten die hij van ons ontvangt, zorgen ervoor dat er een nieuwe therapeutische alliantie ontstaat die ervoor zal zorgen dat de patiënt meer open zal staan om mee te werken aan oplossingen i.p.v. aan het ontkennen van het probleem.

In mijn analyse van hoe ik zelf omga met de seksuologische vrijblijvende patiënt, zal het duidelijk worden dat ik vaak wel met de deur in huis val. Hierover later meer.

ALTERNATIEVE RAMPSCENARIO'S BESCHRIJVEN

Een andere strategie volgens Isebaert en Lefevere (2024) is het beschrijven van alternatieve rampscenario's. Er wordt aan de cliënt een verhaal verteld dat in vele opzichten lijkt op dat van hem, maar waarbij het gedrag van de andere cliënt veel minder gereguleerd was dan dat van deze cliënt. In vergelijking hiermee lijkt zijn probleemgedrag minder dramatisch. Het is hem duidelijk gelukt om zichzelf hierin tegen te houden. Hij toont een zekere deskundigheid, omzichtigheid en verantwoordelijkheid.

Le Fevere de Ten Hove (2018) zal geen grote verhalen schetsen. Zij doet hetzelfde maar dan op een subtielere manier. Therapeut: "*Goed dat je je woede op de deur bekoeld hebt, en niet op een toevallige voorbijganger*." Ook hieruit blijkt dat de cliënt toch precies niet zo'n slechte keuze heeft gemaakt.

POSITIEVE INTENTIES VAN DE VERWIJZER BENUTTEN

Bij deze derde strategie wordt degene die deze cliënt zo ver heeft gekregen om tot bij ons te komen beschouwd als de eigenlijke cliënt. Hierbij wordt er ingezet op de relatie van de cliënt met de verwijzer, waarbij je de inzichten van deze derde persoon zo positief mogelijk voorstelt (Isebaert & Lefevere, 2024). Er kunnen dan dingen gezegd worden zoals: "*Zij is bezorgd om u en uw toekomst." Of "Hij moet wel op u gesteld zijn: Hij wil u kennelijk behoeden voor de ernstige gevolgen van…"* Door dit soort interventie houden we rekening met de mogelijke loyaliteiten van de cliënt met zijn systeem (Le Fevere de Ten Hove, 2018). Door de goede bedoelingen te vernoemen, wordt de band tussen beiden versterkt. Indien goed aangepakt, impliceert deze interventie bovendien het vertrouwen van de doorverwijzers in de capaciteiten van de cliënten. Therapeut: "*Je leraar is ervan overtuigd dat je in staat bent iets voor je probleem te doen. Hij gelooft duidelijk in je*."

Het maken van positieve connotaties over de afwezige leden van het systeem induceert positieve nuances in de visie van de cliënt (Le Fevere de Ten Hove, 2018).

Je kunt ook proberen om de relatie van de cliënt en verwijzer te benutten, door het doel van de verwijzing te preciseren. *Wat wil je verwijzer eigenlijk bereiken? Hoe zou hij of zij merken dat jullie dat punt bereikt hebben, wat zou daarvoor nodig zijn? Hoe zou zij of hij dan anders zijn tegenover jou? Heb je dit punt soms al eens bereikt en hoe heb je dit toen aangepakt?* Vaak leidt dat ertoe dat de cliënt zelf tot een eigen hulpvraag komt, al was het maar om deze te onderscheiden van die van de verwijzer. Isebaert en Lefevere (2024) gaan hier uit van een systemische visie waarbij de premisse is dat wie dan ook (de cliënt of de verwijzer) door een kleine verandering in de regels (de interactionele gewoontes) van het systeem, invloed kan uitoefenen op de gewoontes van de anderen in hetzelfde systeem.

DRUK VANWEGE DE VERWIJZER BENUTTEN

Wanneer de cliënt het niet eens blijkt met de inzichten van zijn verwijzer, kan je een vierde strategie uitproberen. Isebaert en Lefevere (2024) zouden dan het volgende vragen: "*Wat ziet u uzelf (of wat zouden wij) anders doen opdat X tevreden kan zijn en u niet meer in de gordijnen jaagt?"* of: *"Wat kan je (wat kunnen wij) anders doen, opdat X het niet meer nodig vindt dat u bij mij komt?"*

Het vervelende gedrag van de verwijzende partij (controleren, kamers doorzoeken, het niet respecteren van privacy) laten stoppen, kan worden gebruikt als doel om naar toe te werken in de therapie. Er wordt dus ook in deze voorbijgangersrelatie gezocht en onderhandeld over een objectief (Le Fevere de Ten Hove, 2018).

MEEBEWEGEN MET DE PSYCHOSOMATISCHE PATIËNTEN

Een enigszins andere situatie ontstaat er bij de patiënt die hulp vraagt, maar van mening is dat wij niet de juiste partij zijn om hem hierbij te helpen. Dit zien we regelmatig bij patiënten met psychosomatische (onverklaarbare) klachten. De patiënt is overtuigd dat er een organische oorzaak is van zijn klachten en weigert te aanvaarden dat er een psychologische factor zou kunnen meespelen in dit verhaal. Isebaert en Lefevere (2024) zijn van mening dat het in zulk soort geval het beste is om mee te bewegen met de visie van de patiënt. Zij suggereren om de visie op de problemen te delen, waarna je zijn semantische keuzemogelijkheden kunt beginnen te verruimen.

Zij wijzen erop dat het tijd vraagt en dat het gevaar erin kan bestaan dat men na enige tijd gesprekken zonder concrete hulpvraag, hier niet meer op bedacht is. Een te onstuimige psychotherapeutische interventie kan op zo'n moment het prille vertrouwen, dat net aan het groeien was, op het spel zetten.

De typische patiënt met erectieproblemen of premature ejaculatie op een dienst urologie kunnen we waarschijnlijk eerder thuisbrengen in deze categorie.

WELKE FACTOREN ZOUDEN KUNNEN BIJDRAGEN AAN DE VERHOOGD WAARGENOMEN WEERSTAND BINNEN DE SEKSUOLOGISCHE PRAKTIJK OP EEN AFDELING UROLOGIE?

SEKSUELE DYSFUNCTIES: PSYCHOSOMATIEK

Het is inderdaad opvallend dat we op een dienst urologie meer dan eens te maken krijgen met patiënten die lijken niet te willen meewerken. Hierboven stipte het ik al even aan: Waarschijnlijk speelt de multifactoriële, bio-psycho-sociale etiologie van de meesten seksuele dysfuncties een grote rol. Zoals Ysebaert en Lefevere (2024) ook aanhalen, is het niet voor niks dat mensen met een psychosomatische aandoening vaker ingedeeld worden

in de vrijblijvende categorie. Het blijft nog altijd een moeilijk te geloven fenomeen voor velen dat een emotie zulk soort lichamelijke reacties kan oproepen[4].

WAARDEN EN NORMEN

Wanneer het gaat over seksualiteit moeten we ook nadenken over de waarden en normen geassocieerd met dit onderwerp. Geïnternaliseerde waardepatronen aangaande dit moeilijk bespreekbare onderwerp, kunnen er mijns inziens opnieuw voor zorgen dat men tijdens een seksuologisch consult dichtklapt en niet kan, wil, durft meewerken.

Misschien vinden sommige mensen seksuele problemen bijvoorbeeld een luxeprobleem. We hebben toch alles? Seks mag niet zulk grote plaats nemen in ons leven dus we leggen ons er dan maar gewoon bij neer. Vaak niet beseffende wat de grotere gevolgen bijvoorbeeld kunnen zijn voor de relatie en andere aspecten van het dagelijkse leven.

En merken we dat de (vroegere) katholieke normen en waarden ook niet regelmatig onderliggend roet in het eten strooien? Jawel, ook bij jonge mensen of bij mensen die geen godsdienst beoefenen. Seks heeft een reproductieve functie. Plezier verwachten is niet prioritair, en daar toch naar op zoek willen gaan, wordt wat bestraffend ervaren. We zien niet voor niks regelmatig jonge koppels voor het eerst komen consulteren na jarenlang seksuele problemen op het moment dat ze beiden beslissen om voor kinderen te gaan. Want dan is er een valabele reden, plezier niet. Masturbatie geeft meer dan eens een beklemmend gevoel achteraf. Hoe vaak hoor ik zowel jong als oud, man als vrouw vertellen: “Na de climax, voel ik me slecht en vraag ik me af waarom ik dit weer heb gedaan.”

En wat met die rol-patronen?

“*Een echte man, die pakt me in bed*.”

Een man behoort bijna mystieke vaardigheden te bezitten op seksueel gebied. De druk om te presteren ligt hoog. Een man is geacht initiatief te nemen, actief te zijn, over een hoger libido te beschikken, ondernemend te zijn, etc. Je kan je het lijden nu al inbeelden wanneer men niet kan voldoen aan deze onbewust geïnternaliseerde verwachtingspatronen. Schaamte en het gevoel geen man te zijn, het zelfbeeld en de mannelijke identiteit krijgen een deuk. Soms uit dit zich in de praktijk als een muur van overdreven mannelijk zelfvertrouwen.

“*Ik kan mijn seksuele fantasieën niet uitproberen met mijn vriendin. Daar is ze veel te schattig voor.*” Het madonna-hoer complex[5] wordt dit laatste wel eens genoemd. In de

[4] Wanneer we daar even bij stilstaan vinden we het daarentegen wel normaal dat er tranen uit onze ogen kunnen vloeien bij een emotie zoals verdriet en dat we een erectie krijgen bij seksuele opwinding. Dit zijn dan de gewenste en naar onze normen te verwachte lichamelijke reacties. De omgekeerde beweging roept weerstand op: angst doet de erectie teniet, chronische stress kan darmproblemen veroorzaken…

[5] Het Madonnacomplex omschrijft een situatie die kan optreden binnen de relationele sferen, waarbij de man zijn partner aanbidt als een heilige Madonna. Zijn respect voor haar is hierbij zo groot, dat seksuele

praktijk kunnen we dit soort fenomeen denken waar te nemen wanneer we als therapeut bijvoorbeeld vermoeden dat er genezing zit in het seksuele repertorium met de partner wat spannender te maken, maar de mannelijke patiënt die voor je zit, hier absoluut niet van wil weten.

SEKSUELE MYTHES

Daarnaast houden we graag vast aan bepaalde vertrouwde ideeën die aanvoelen als de enige mogelijke waarheid als het gaat over seksualiteit. Hieronder geef ik enkele voorbeelden:

Wanneer je kiest voor elkaar, word je enkel nog opgewonden van elkaar.

"*Masturbatie binnen een relatie staat gelijk aan bedrog. Waarom heeft hij dit nodig? Hij heeft mij toch?"*

Een man wordt altijd opgewonden zo vlug hij een naakte vrouw ziet.

"Vroeger keek hij maar naar mij en kreeg hij een erectie. Hij vindt me blijkbaar niet meer aantrekkelijk."

Dit soort van denkpatronen stelt de hele relatie in vraag op basis van een verkeerd begrepen fenomeen en zorgt er regelmatig voor dat de schuld van het seksuele probleem binnen het koppel volledig bij de ander wordt gelegd. Er is iets mis met hem of haar. De schuldig bevonden partner wordt vervolgens verplicht op z'n eentje naar de seksuoloog gestuurd.

De eerste keer doet pijn bij een vrouw. Dit is normaal. Vrouwen blijven ten gevolge van deze mythe vaak jaren doorbijten tijdens een traditionele vrijpartij met hun lief. De schade die hierdoor ontstaat is vaak niet te overzien.

"Een vrijpartij moet spontaan gebeuren."

Wanneer er door kinderen, werk, het leven minder en minder tijd en ruimte is om tot een 'spontane' vrijpartij te komen, loopt men vervolgens vast. In de seksuologische kliniek voelen we vervolgens weerstand wanneer we het vastgelopen koppel proberen te laten nadenken over het heruitvinden van hun seksleven. Waarbij het durven inplannen en er bewust tijd voor vrijmaken etc. vaak aanvoelt als een onmogelijkheid.

HET TABOE

behoeften niet meer binnen dit plaatje passen. De man ziet haar meer als een moederfiguur, die je op een voetstuk wilt zetten en waarvoor je liefde en zorg draagt, net als zij voor hem doet. Daartegenover staat juist weer dat deze man een geheel andere kant ontwikkelt waarin hij andere vrouwen als lustobject ziet. Hierbij is het respect juist compleet afwezig. De man kijkt naar deze vrouwen als een vervangbaar object, waarbij lust de enige aantrekking vormt. Samengevat, de man die aan het Madonnacomplex lijdt, deelt vrouwen in als heilige madonna of – om het maar even grof te zeggen – als hoer.

Maar daarnaast speelt er volgens mij ook nog iets anders. Er is nog een derde reden voor de gevoelde weerstand binnen de seksuologische consultatie ruimte: het onderwerp seks is taboe, voelt oncomfortabel, roept schaamte op, maakt mensen verlegen. We vinden het bij wijze van spreken makkelijker ons stoelgang patroon te bespreken met een arts, dan zonder verlegenheid te vertellen dat je moeite hebt om tot een orgasme te komen. Om zich een houding te vinden in al dit onbehagen, schuilen mensen zich misschien wel eens achter een muur van weerstand. Hoe weerstand zich volgens mijn klinische ervaring meer specifiek uit binnen de seksuologische consultatie ruimte, daar ga ik iets verder dieper op in.

Het taboe rond seksualiteit zou dus een bijkomende reden kunnen zijn waarom we regelmatig te maken krijgen met de typische voorbijgaande patiënt. Maar hoe zit dat eigenlijk? Is seks nog altijd zulk moeilijk bespreekbaar onderwerp? Wordt er inderdaad lang gewacht eer men hulp zoekt? En is dit bij mannen opvallend moeilijker dan bij vrouwen? En waar zou dit aan kunnen liggen?

STAP NAAR DE HULPVERLENING IS GROOT

Hoewel er uit onderzoek meer dan eens naar voren komt dat de prevalentie van seksuele problemen relatief hoog ligt, wordt er inderdaad niet zo snel naar een hulpverlener gestapt.

Volgens het Vlaamse Sexpert-onderzoek van 2013, waarvan de resultaten te lezen zijn op de website van Sensoa (Sensoa Sexpert-onderzoek, 2013), bleek dat 43% van de seksueel actieve vrouwen en 35% van de seksueel actieve mannen minstens één seksuele functiestoornis rapporteerden. Bij een seksuele functiestoornis is het seksueel functioneren in één van de fasen van de seksuele responscyclus verstoord. Het gaat bijvoorbeeld om orgasmestoornissen, erectiestoornissen of voortijdige ejaculatie. Bij een seksuele disfunctie wordt deze verstoring van het seksueel functioneren door de persoon bovendien als een probleem of als lastig ervaren. 22% van de vrouwen en 12% van de mannen rapporteert minstens één seksuele disfunctie.

- Vrouwen hebben vooral last van orgasmestoornissen, stoornissen in het verlaagd seksueel verlangen en lubricatiestoornissen (problemen met vochtig worden).
- Mannen melden vooral een teveel aan seksueel verlangen, vroegtijdige ejaculatie en erectiestoornissen.
- Sommige disfuncties (problemen met erectie of lubricatie bijvoorbeeld) zijn duidelijk verbonden met de leeftijd (vanaf 50 jaar).

Vaak hebben mensen al verschillende jaren last van een seksuele disfunctie. Maar slechts een minderheid - 1 op 8 mannen en 1 op 5 vrouwen - zoekt professionele hulp.

Ook in Nederland deed men soortgelijk onderzoek dus de vergelijking kan gemaakt worden: 11% van de Nederlandse mannen en 15% van de vrouwen heeft tenminste één seksueel

probleem, dat vaak of altijd voorkomt en waar men behoorlijk of erg veel last van heeft (Sensoa, Sexpert-onderzoek, 2013).

Wanneer je deze onderzoekscijfers bekijkt, valt het op dat de stap naar hulpverlening voor een seksuele dysfunctie enorm groot is en dat deze voor mannen nog groter is dan voor vrouwen. Een bevriende seksuoloog zei me hierover ooit: “Vrouwen praten face to face, maar mannen praten zij aan zij”. Waarmee hij doelde op het feit dat het opvalt dat vele vrouwen gewoon zijn om met hun vriendinnen urenlang te zitten kletsen, maar dat mannen eerder iets samen gaan doen, waarbij er ook wel eens een belangrijk onderwerp zal worden aangetoetst, maar dat oogcontact is niet nodig. De typische therapeutische praktijk is in die zin niet echt man-vriendelijk.

Daarnaast valt het op dat de typische hulpzoekende man voor een seksuele dysfunctie eerder zal aankloppen bij een arts dan bij een seksuoloog. Zou het kunnen dat er aan het concept mannelijkheid een soort van biologisch determinisme vasthangt? Komende van een onderbewuste overtuiging dat je maar man bent, wanneer je geen last hebt van mentale problemen? De “jongetjes mogen niet wenen”- filosofie die er met de paplepel wordt ingegoten? In het licht van dit soort van denkpatronen kan deze stoornis sowieso enkel een fysiologisch, anatomische oorzaak hebben, want een man heeft zijn mentale welzijn ten alle tijden onder controle. Of is de typische man gewoon puur biologisch minder goed in staat zijn eigen emoties te doorgronden en zijn eigen lichaamsreacties te begrijpen? Waardoor het bezoek aan een arts gewoonweg comfortabeler voelt en meer past bij deze man zijn gewone manier van doen? Doeners en denkers dus en geen voelers. [6]

Dit alles hierboven beschreven in acht nemende, kan men zich inbeelden dat de man die uiteindelijk terechtkomt in mijn consultatie box in het ziekenhuis, niet alleen al enkele jaren rondloopt met de last, maar ook vele bergen heeft overklommen om uiteindelijk met zijn klacht tot bij de uroloog te geraken. Mee in acht nemend dat seksuele problemen vaak zorgen voor schaamte en minderwaardigheidsgevoelens, een lichamelijke boycot die als een directe aanval kan ervaren worden op de eigen genderidentiteit, valt het op dat het makkelijker is voor sommigen om de etiologie als iets puur medisch anatomisch te bekijken, iets buiten ‘henzelf’, iets waar zij zelf niks aan kunnen doen. Zo wordt de beperking waar men zich zo voor schaamt makkelijker hanteerbaar en draagbaarder. De probabiliteit dat deze man van plan was om deze dysfunctie aan te pakken op een psychotherapeutische manier, kunnen we bijgevolg inschatten als zeer onwaarschijnlijk.

IS PRATEN OVER SEKS NOG ALTIJD ZO MOEILIJK?

[6] Ik besef dat ik in dit deeltje erg genderstereotiep uit de hoek kom. We weten natuurlijk allemaal dat er niks te zeggen valt over ‘de man’, net zoals we dat niet kunnen over ‘de vrouw’. Ik zie dit eerder als een continuüm met twee uitersten, de typische man ten opzichte van de typische vrouw, waarbij elk van ons zich ergens bevindt op de lijn van dit continuüm. Waarbij het merendeel van de personen met een penis zich waarschijnlijk bevinden aan de mannelijke kant van het spectrum en het merendeel van de personen met een vagina aan de andere kant.

Volgens het Sexpert-onderzoek (2013) wordt het vooral als lastig ervaren om te praten over seks binnen de groep van de 75-plussers. Voor deze groep is het moeilijker om hulp te zoeken, merken de onderzoekers. De huidige 75-plussers groeiden op in een samenleving waarin seksualiteit vaak verzwegen werd. Daarom is het belangrijk dat zorgverleners seksualiteit proactief ter sprake brengen en rekening houden met mogelijke fysieke of mentale beperkingen (Sensoa Sexpert-onderzoek, 2013). Nu blijkt dat het ook voor zorgverleners niet zo vlot gaat om dit onderwerp aan te kaarten. Kom op tegen Kanker peilde ooit naar ervaringen van (ex-)patiënten en partners via een anonieme vragenlijst waarin bespreekbaarheid en aandacht voor de gepaste zorg in het kader van seksuele problemen werden bevraagd met de volgende vragen:

- Hoe bespreekbaar is kanker en seksualiteit vandaag met zorgverleners in Vlaanderen?
- Krijgen (ex-)patiënten en hun partners vandaag al gepaste zorg voor hun klachten op vlak van seksualiteit en intimiteit?

De overgrote meerderheid van de bevraagde personen bleek te kampen te hebben met seksuele problemen. Aangezien de vragenlijst vooral werd ingevuld door mensen met borstkanker en prostaatkanker viel dit wat in de lijn der verwachtingen, maar het is duidelijk dat ook andere patiënten met andere types van kanker moeilijkheden ervaren op het gebied van seksualiteit en intimiteit. Op de website van Sensoa (2013) valt er te lezen dat er een aantal belangrijke noden naar voren kwamen:

Minderheid krijgt informatie of een gesprek

- Slechts één op de vier van de bevraagde patiënten en partners kreeg voor de start van de behandeling informatie.
- In de zorg voor prostaatkankerpatiënten is het wel al beter ingeburgerd. Twee op drie van de respondenten die met dit kankertype werden geconfronteerd, kregen wel vooraf info over de gevolgen van de behandeling op seksualiteit.
- Bijna de helft van de patiënten en partners (48%) heeft tijdens of na de behandeling een gesprek over hun vragen en problemen op seksueel en intiem vlak gehad met een zorgverlener, vooral met de kankerspecialist en soms ook met de psycholoog.
- Nochtans wou een duidelijke meerderheid van de groep (72,5 %) die geen gesprek hierover had, wel graag zo'n gesprek.

Gesprek meestal op initiatief van de patiënt of partner

Dit gesprek gebeurde meestal op initiatief van de patiënten of partners, ook al adviseren experten en richtlijnen dat het initiatief voor zo'n gesprek van de zorgverleners moet komen.

- 70,5% verwacht dat een zorgverlener zelf het initiatief neemt om mogelijke problemen op seksueel en intiem vlak te bespreken. In de eerste plaats de kankerspecialist en de trajectbegeleider, maar in mindere mate ook de psycholoog en de seksuoloog.
- Bijna de helft (47,5%) van de deelnemers verwacht ook dat seksualiteit en intimiteit toch minstens voor de start van de behandeling wordt besproken. Ook op andere momenten tijdens het behandeltraject en na de behandeling moet dit thema kunnen worden besproken wanneer de patiënt er klaar voor is.
- De meeste deelnemers moesten zelf het initiatief nemen om een gesprek met een zorgverlener aan te gaan. Toch is het belangrijk dat zorgverleners dit zelf proactief ter sprake brengen. Veel patiënten voelen zich immers op hun beurt geremd om erover te beginnen.

Dit onderzoek toont bijgevolg mooi aan hoe de drempel om over seksualiteit te spreken zelfs aanwezig is in een setting waarbij het geweten is dat de overgrote meerderheid van de patiënten sowieso moeilijkheden ervaart met seksualiteit en intimiteit. En deze schroom wordt ervaren door zowel de zorgverleners als door de patiënten (en hun partners) zelf. Een reden waarom het gesprek hierover vaak geen plaats krijgt in het hele zorgtraject, is dat seksualiteit in geval van een oncologisch parcours misschien niet meteen als prioritair wordt ervaren. De mensen zijn als het ware in een overlevingsmodus en staan nog niet stil bij de fase die volgt na genezing. De zorgverleners halen regelmatig aan dat de setting zich onvoldoende leent om zo'n gesprek aan te gaan. Men doelt dan op een gebrek aan privacy in een ziekenhuis context, of op te weinig tijd om dit er ook nog bij te nemen tijdens het veel te korte consult. Patiënten denken ook vaak dat het wel zal overgaan en verbeteren na de behandeling. Achter al deze redenen zit er natuurlijk één grote en dat is de schroom en schaamte die hen belemmert om dit onderwerp gewoon op tafel te gooien.

VERWACHTINGEN VAN PATIËNTEN BINNEN EEN ZIEKENHUIS

Dat er verschillen zijn tussen patiënten die een psycholoog bezoeken binnen een ziekenhuis setting en een privépraktijk blijkt uit onderzoek. Een Noorse studie onderzocht de tevredenheid van een groep psychiatrische patiënten in beide soorten settings en ontdekte dat de patiënten in de ziekenhuis omgeving vaak minder tevreden bleken. Het verschil tussen privé- en ziekenhuispatiënten bleek het grootst voor mensen met een mindere capaciteit in mentale zelfanalyse of voor mensen die slechts eenmaal kwamen in de voorbije drie maanden (Bjørngaard, J.H., Garratt, A., Gråwe, R.W., Bjertnaes, O.A. & Ruud, T., 2008). Deze onderzoekers wijzen erop dat men verder zou moeten onderzoeken wat de psychiaters in een privé setting dan beter doen om dan op basis hiervan de aanpak binnen de ziekenhuizen te verbeteren. Wanneer we deze onderzoeksresultaten bekijken met een oplossingsgerichte bril, zouden we de hypothese kunnen hanteren dat deze minder tevreden mensen wel eens voorbijgangers kunnen geweest zijn. Daarnaast lijkt het niet

onlogisch dat er in een ziekenhuis kader vaker mensen ‘per ongeluk’ of onvoorbereid bij de psycholoog terechtkomen. Omdat de dokter hen zei dat het moest, omdat het terugbetaald wordt (in sommige gevallen), omdat ze niet goed wisten dat een seksuoloog eigenlijk geen arts is, etc.

ANALYSE VAN EEN AANPAK VOOR DE VRIJBLIJVENDE SEKSUOLOGISCHE PATIËNT

HOE UIT WEERSTAND ZICH IN MIJN ZIEKENHUISPRAKTIJK?

Dat we hier bijgevolg te maken krijgen met een wat uitdagender publiek staat buiten kijf. Natuurlijk wordt het pas interessant wanneer we weten hoe we deze categorie van patiënten op een passendere manier hulp kunnen bieden. In het volgende gedeelte probeer ik een analyse te maken van een oplossingsgerichte aanpak bij een vrijblijvende seksuologische patiënt op een dienst urologie. Ik zal hiervoor vooral kijken naar voorbeelden vanuit mijn eigen praktijk en deze vervolgens toetsen aan de hierboven beschreven theorie. De aanpak die ik zal beschrijven is mijn eigen individuele manier van werken waaraan ik nog volop aan het sleutelen ben. Daarom vind ik het belangrijk om te vermelden dat dit meer dan eens een opdracht vol twijfel en aanpassen is. Ik zal zeker en vast niet claimen dat ik de waarheid in pacht heb. Vooral omdat ik eigenlijk ervan overtuigd ben dat er geen exacte theoretische waarheid bestaat wanneer het gaat over mensen. Het schrijven van dit stukje riep dan ook weerstand op bij mezelf. Na slechts vier jaar ervaring als beginnend therapeut valt het me zwaar om een soort van eigen protocol of vaste werkwijze te beschrijven. In de loop der tijd heb ik me meermaals moeten heruitvinden en het lijkt er zeker niet op alsof ik mijn eindpunt reeds bereikt heb. (Of ooit zal bereiken)

De ‘ik weet het ook niet’-houding helpt vaak om wat meer achteruit te leunen en dichtbij de patiënt te blijven, maar als er nu één ding is waar de eerder vrijblijvende populatie op mijn dienst allergisch op lijkt te reageren dan is het wel een ervaren gebrek aan expertise.

Alvorens in te gaan op de factoren en handvaten die eventueel helpend kunnen zijn bij de vrijblijvende seksuologische patiënt, pik ik even in op de verschillende manieren waarop ik regelmatig geconfronteerd word met weerstand. Hoe ik deze zaken vervolgens nuttig probeer in te zetten binnen het gesprek leg ik later uit.

DE STOERE MAN ZONDER PROBLEMEN

Regelmatig word ik geconfronteerd met mannen die ogenschijnlijk blakend van zelfvertrouwen mijn consultatie box binnenstappen. Zij doen wat stoer, vertonen meer dan eens wat lichte macho-trekken en scheppen graag op. Ze praten graag over hun (vroegere) prestaties in bed of vertellen me met veel plezier hoeveel verschillende partners al ooit voor hen gevallen zijn.

“Dat klinkt misschien wat speciaal, maar partners zijn lyrisch over mijn seksuele vaardigheden”

“Meerdere keren had ik partners die nadat ze het uitmaakten met me, smeekten om terug te komen.”

Vaak stellen ze dat zij niet zo vlug aangedaan zijn door zaken. Ze weigeren toe te geven dat bepaalde zaken hen iets doen.

Daarnaast betrap ik sommigen soms op flirterig gedrag. Alsof ze mij als testpersoon gebruiken die hen zal kunnen bevestigen in hun gehoopte casanova gehalte. Een deel van de identiteit die misschien wel een deuk heeft gekregen door de seksuele dysfunctie waar deze persoon mee kampt.

DE PATIËNT DIE ZIJN AFSPRAKEN NIET NAKOMT

Een heel vervelend aspect aan deze groep mensen is dat ze meer dan gemiddeld op het laatste moment hun afspraken niet nakomen, proberen te verplaatsen, een tweede keer al niet meer komen opdagen, pas maanden later plots terug op mijn agenda verschijnen. Het zal niet verbazen dat dit in de kleren kruipt. Het traject dat jij als therapeut zo graag wil bewandelen wordt te pas en te onpas onderbroken. Vervolgens zorgen de veel te lange pauzes tussen de verschillende gesprekken ervoor dat het soms lijkt alsof je telkens opnieuw van voor af aan kan beginnen. Soms zie je iemand plots niet meer terug, maar je komt nooit te weten waarom. De anonimiteit van de afsprakencentrale in een ziekenhuis helpt natuurlijk om onopgemerkt uit mijn agenda te verdwijnen. Vaak merk ik het pas weken later op dat ik een bepaalde patiënt nooit meer heb teruggezien. De telefooncentrale schrapt ze zonder meer uit mijn patiënten agenda en vraagt niet naar een uitleg. Het maakt de stap om dit te doen dan ook erg klein. Wat dit doet met mezelf als therapeut en hoe ik probeer om hiermee om te gaan, daar ga ik later nog wat dieper op in.

MIJN PARTNER WEET VAN NIKS

Zowel bij de vrijblijvende als bij de zoekende, consulterende of expert relatie zie je het wel eens terugkomen dat de patiënt achter de rug van de partner tot bij jou komt. Bij de vrijblijvende groep lijkt dit regelmatiger voor te komen. Hier wordt het dan soms waargenomen als weerstand wanneer je doorheen het gesprek (of de gesprekken) evalueert dat het nodig is om het systeem te betrekken omdat de seksuele dysfunctie zich vooral of enkel manifesteert tijdens de betrekkingen met de partner, maar de patiënt hier niet van wil weten. De patiënt wil het niet bespreekbaar maken en wil de partner zeker niet meebrengen naar de consultatie. De patiënt schat het probleem in als een individueel iets waar hij zelf een oplossing voor moet vinden en weigert te aanvaarden dat de partner er ook maar iets mee te maken kan hebben. Daarbovenop ervaart de persoon schuld en schaamte en kan of wil hij niet dat zijn partner te weten komt dat hij hiervoor hulp moet zoeken.

Een Iraakse man kwam ooit op verwijzing naar mij omwille van erectiele dysfunctie. In mijn zoektocht naar uitzonderingssituaties, vertelde hij me trots dat hij een stuk of 4 vriendinnen

tegelijk probeerde tevreden te stellen. Bij de ene had hij er eigenlijk amper last van, maar bij de mama van zijn kindje lukte het nooit. Zij wist natuurlijk niks van deze hele situatie en ook niet dat hij hulp zocht voor zijn erectieprobleem. Hij was voortdurend op zoek naar oorzaken. Mijn voorzichtige suggestie dat sommige mannen zich schuldig voelen door het onderhouden van meerdere contacten tegelijkertijd en dat schuldgevoelens ook soms een factor kunnen zijn in de etiologie van opwindingsproblemen, werd weggelachen. Dit kon er zeker niks mee te maken hebben.

IK MOET VAN MIJN PARTNER

De mannen die gestuurd worden door hun partner, maar zelf het probleem niet zien. Dit zijn de patiënten die bij me binnenstappen met de boodschap: “Ik geloof eigenlijk niet in psychologie. Wat doen jullie eigenlijk?”

Een man die volgens zijn vriendin geen libido had, werd naar mij gestuurd omdat zij vond dat hij een probleem had. Hier moest iets ernstig aan de hand zijn met hem, want een man zonder zin in seks dat kan toch niet? Hijzelf ondervond er eigenlijk geen last van, zei hij. Hij masturbeerde regelmatig en was perfect tevreden met hun sporadische vrijpartij.

DE BEPERKING NIET KUNNEN AANVAARDEN

Deze mensen worden naar mij gestuurd om te leren omgaan met hun beperking, maar ze zijn nog niet zo ver. Ze zijn nog niet klaar om te aanvaarden dat hun weg is doodgelopen en dat er misschien andere nieuwe mogelijkheden te ontdekken zijn in het struikgewas langs het pad. Zij willen een oplossing voor hun beperking en hopen deze van mij te krijgen.

Na een prostatectomie kan er soms onomkeerbare schade zijn ontstaan aan het erectie mechanisme. Dit valt voor sommigen erg zwaar en vraagt eigenlijk een soort van rouwproces en een zoektocht naar wat er nog wel mogelijk is. Regelmatig denkt men verkeerdelijk dat een seksuoloog een medische specialisatie is. De hoop dat een seksuoloog, met al zijn gespecialiseerde kennis hier toch nog iets kan aan doen, kan snel omdraaien naar wanhoop en desillusie en ervoor zorgen dat het gesprek komt vast te lopen.

DE PSYCHOSOMATISCHE PATIËNT: HET ZIT NIET IN MIJN HOOFD

Wanneer elke andere anatomische of fysiologische oorzaak is uitgesloten, kunnen we zo goed als elke seksuele dysfunctie categoriseren onder de psychosomatische aandoeningen. Het mooie aan seksuele geneeskunde is juist deze zeer duidelijke link tussen emoties en lichaamsreacties. In tegenstelling tot vele andere psychosomatische chronische aandoeningen, kan je bij seksuele dysfuncties de onmiddellijke lichaamsreacties als het ware meteen waarnemen. Wanneer een man seksuele opwinding ervaart, krijgt hij normaal gezien een erectie. Is dezelfde man plots angstig omdat hij vreest dat zijn partner hem zal afkeuren, dan komt er angst in de plaats en bestaat er het risico dat de man zijn erectie verliest. Mannen met erectieproblemen waarbij reeds een duplex werd genomen en de

uroloog hen anatomisch onderzocht, die cardiologisch werden nagekeken, waar een endocrinologisch bilan werd opgemaakt en waar niks werd gevonden, daar wordt er over het algemeen van uit gegaan dat zij lijden aan psychogene erectiele dysfunctie. Voor velen een moeilijk te aanvaarden diagnose, want hier hangt bij sommigen, veronderstel ik, een waardeoordeel aan vast. Daarnaast heerst er meer wanhoop, want als het gaat over iets in hun hoofd, dan is de genezing ver te zoeken, een vluchtig, niet te vatten iets.

DE THERAPEUT ZIJN EXPERTISE IN VRAAG STELLEN

Sommigen verstoppen hun -naar ik veronderstel- onzekerheid onder een laag van kritische aanwezigheid. Wat doe jij eigenlijk? En waar gaat dit naartoe? Ze gaan zelf grasduinen in hopen medische literatuur en proberen de therapeut te overdonderen met al de kennis die ze bezitten over de aandoening die hen aanbelangt. Het kan soms aanvoelen als een verhoor of een proefexamen. Alsof je moet slagen voor hun test, opdat de therapeutische relatie kan verbeteren.

RELIGIEUZE OVERTUIGING ALS DROGREDEN

“Wij, Moslims mogen niet masturberen” zei een alleenstaande man met erectieproblemen tegen mij. Ik vroeg me wanhopig af hoe hij hoopte dat ik hem kon helpen zonder de mogelijkheid om te oefenen of uitzonderingsituaties te kunnen analyseren.

EEN MOGELIJKE AANPAK

In wat volgt beschrijf ik de zaken die ik probeer te doen bij patiënten die voornamelijk in de categorie vrijblijvend vallen. Deze lijn is niet altijd heel scherp met het volgende trapje van het therapeutische interactie niveau, namelijk de zoekende patiënt (Er is een hulpvraag, maar de vraag is niet werkbaar, de patiënt ziet zijn eigen resources niet en verwacht dat de therapeut het voor hem oplost.)

MEEGAAN MET HUN VERHAAL: INTERESSE EN RESPECT TONEN

Zoals hierboven beschreven is het bij de voorbijgaande patiënt van cruciaal belang om interesse en respect te tonen. Hoewel de patiënt op verschillende manieren zal proberen zijn afkeuring of afwijzing te laten blijken, bestaat de uitdaging erin om hier als therapeut je niks van aan te trekken. Door hen als het ware een koekje te tonen van een ander soort deeg, hoop je hen te bewijzen dat we te vertrouwen zijn. We tonen interesse en waarderen hun zienswijze.

Isebaert en Lefevere(2013) vermijden om meteen het probleem te bevragen dat de aanleiding was voor deze consultatie. Zij willen het eerst hebben over zijn successen en de zaken in het leven die wel goed gaan. In het geval van de seksuologische patiënten op een dienst urologie, heb ik gaandeweg gemerkt dat de meeste mannen het erg appreciëren wanneer ik meteen met de deur in huis val. Omdat zij meer dan eens verwachtten dat een seksuoloog over allerlei zaken zal babbelen behalve over seks, voelt het bijna als een

opluchting aan wanneer ik geen schroom toon over het onderwerp. Ik start mijn eerste consultatie met een nieuwe patiënt altijd met deze inleiding:

"*Omdat ik dagelijks spreek over seksualiteit, merk ik dat er bij mij eigenlijk zo goed als geen drempel meer aanwezig is wanneer het gaat over seksualiteit. Je gaat merken dat ik af en toe direct uit de hoek kan komen. Ik besef natuurlijk wel dat dit voor de meesten onder ons niet hetzelfde is. Je komt hier bovendien bij een wildvreemde persoon terecht waartegen je het moet hebben over je meest intiemste zaken. Geef dus zeker aan, mocht je je minder comfortabel voelen bij bepaalde vragen. Geef je grenzen aan. Ik vind dit heel belangrijk."*

Hiermee is de toon meestal gezet, want vervolgens zal zo goed als 90% van mijn cliënteel met wat meer gemak spreken over zijn seksuele leven. Ik merk vaak zelfs wat dankbaarheid. Ik bied hun een podium aan laat hen impliciet weten dat ik weinig schroom voel over het onderwerp. Ik merk dat dit al wat van de spanning doet dalen.

Waar ik in het begin regelmatig mee heb geworsteld, is in hoeverre ik als vrouw kan meegaan in bepaalde heteroseksuele mannen hun macho-achtige gedrag. Een vaak vertoond gedrag dat waarschijnlijk gestoeld is op de norm die bij velen nog leeft dat mannen moeten presteren in bed. Zoals ik hierboven ook al zei, ervaar ik het stoere macho-gedrag als een manier voor sommige mannen om zich een houding te geven. Ook kan dit worden aangevoeld door de therapeut als een vorm van afwijzing. Zeker bij de voorbijgaande patiënt. Een aanvaardende houding aannemen is instinctief hetgene wat je dan probeert te doen, maar dat betekent in dit geval dat je wat meegaat in dit macho-achtige discours. Ik probeer appreciatie te tonen voor deze man zijn houding en de manier waarop hij naar man-vrouw verhoudingen kijkt. Wanneer hij opschepperig gedrag vertoont over zijn (vroegere) veroveringen en probeert om op die manier indruk op me te maken, ga ik er in zekere zin in mee. Ik stel hem vragen, laat mijn waardering blijken en diep deze uitzonderingssituaties verder uit. Hiermee begeef ik me wel-is-waar soms op glad ijs. Dit stoere gedrag leunt namelijk dicht aan bij een ander wat vervelender gedrag, namelijk het proberen te flirten met de therapeut.

Omdat het naar mijn aanvoelen soms echt nodig is om dit niet meteen de kop in te drukken, ga ik hier voorzichtig in mee. Niet alleen omdat het voelt alsof deze man zijn zelfbeeld door de seksuele dysfunctie erg geleden heeft, maar ook omdat de therapeutische relatie hiervan afhangt. Ik zal dit dan eerder met wat humor aanpakken en bijvoorbeeld de volgende repliek geven:

Cliënt: "De vrouwen die ik tegenkom, zijn vaak zo preuts. Daar zullen de mannen die jou tegenkomen wel geen last van ondervinden!"

Therapeut: "Ha, dat is een veronderstelling die vaak gemaakt wordt over seksuologen. Ik zie dat jij het flirten nog niet verleerd bent, he! Ben jij altijd zo'n durver als je vrouwen benadert? Oh ja? En hoe doe je dat dan?"

Natuurlijk moet ik opletten met dit soort aanpak, want ik mag nooit de verkeerde indruk wekken dat er van mijn kant interesse zou zijn naar hen toe. Indien de stoere uitspraken beginnen plaats te maken voor persoonlijke vragen, dan grijp ik in en wijs hen terecht. In mijn carrière van 4 jaar is dit eigenlijk nog maar één keer nodig geweest. Ik heb gemerkt dat je zelfs met flirtgedrag oplossingsgericht aan de slag kunt gaan en dat de meesten mensen de grenzen weten te bewaken. Dit kan soms een ander verhaal zijn bij mannen die zedenfeiten hebben gepleegd/of willen plegen, voornamelijk dan de groep exhibitionisten. Wanneer deze laatste groep vrijwillig komt aankloppen, lijkt het er soms op dat ze jou als vrouwelijke therapeut speciaal hebben uitgezocht om zichzelf aan bloot te geven. Het gaat dan niet meteen over het letterlijke blootgeven, maar in het spel van woorden zit bij hen af en toe een zeker genot. Bij deze groep bouw ik de therapeutische relatie bewust niet op vertrekkende van een seksueel discours, maar gaan we eerder proberen te praten over hun andere passies en dergelijke meer.

VERHALEN VAN ANONIEME ANDEREN

Wanneer ik denk te merken dat het gesprek stroef verloopt omdat er te veel schaamte heerst over de seksuele dysfunctie, de patiënt voelt zich een mislukte man, probeer ik openheid te creëren door te normaliseren. Om het gevoel van abnormaliteit te doorbreken, kan het soms nuttig zijn om verhalen te vertellen van anderen met soortgelijke problemen. Hierbij zal ik aan een zestiger met erectieproblemen bijvoorbeeld een verhaal vertellen over een jongeman met erectieproblemen. Deze aanpak lijkt op de aanpak van de alternatieve rampscenario's die hierboven beschreven werd, maar het doel is misschien enigszins anders. Waar het bij de rampscenario's verteld wordt om de patiënt zijn probleemgedrag te relativeren en hem aan te tonen dat hij al betere keuzes maakten dan enkele anderen, vertel ik deze verhalen om hen in contact te brengen met het universele van hun lijden. Ze zijn niet alleen en ja, het komt zelfs voor bij jongere mannen dan zij zelf. Het normaliseert de problematiek waarvan zij dachten dat enkel zij mee te kampen hadden. Een veel gehoord verhaal bij seksuele problemen, in stand gehouden door het feit dat er onder elkaar over seksuele problemen bijna nooit gesproken wordt. Vaak is de seksuoloog de eerste waaraan ze deze beschamende situatie hebben verteld. Regelmatig normaliseer ik nog verder door hen te laten nadenken over onze verwachtingen omtrent mannen en seksualiteit en vertel hen over vrouwen met pijn bij het vrijen, een klacht die vaak gerelateerd is aan een gebrekkige lubrificatie van de vagina. Een te droge vagina of een penis die zijn erectie verliest zijn twee dezelfde dingen vertel ik hun dan. En wat vinden zij van een vrouw die hier last van heeft? Hangt hier eenzelfde waardeoordeel aan vast? Ook vertel ik dat het opwindingsgevoel binnen een vrijpartij als van nature met ups-and-downs kan voorkomen. Het is geen abnormale zaak dat je je niet honderd procent van de tijd volledig opgewonden voelt.

Je patiënt in contact brengen met de universele andere en tegelijkertijd inzetten op het voorzichtig normaliseren van zijn symptoom, creëert bij sommigen openheid om het

gesprek toch aan te gaan. Alsof er als het ware een last van hun schouders is gevallen waardoor de weerstand, gevoeld aan het begin van het gesprek, stilletjes aan kan plaatsmaken voor openheid. Hier verandert de therapeutische relatie naar een zoekend contact.

Dit alles kunnen we natuurlijk pas doen wanneer we voldoende aandacht hebben gegeven aan het lijden van de persoon die voor ons zit. We moeten erg sensitief zijn voor het gevoel van kwetsbaarheid, wanhoop en onbekwaamheid. Het zelfbeeld dat een deuk krijgt door hier bij mij binnen te stappen. Anders bestaat er het risico dat hij onze intenties om te normaliseren zal verstaan als het minimaliseren van zijn lijden.

MEEBEWEGEN MET DE PSYCHOSOMATISCHE PATIËNT

Wanneer we te maken hebben met een patiënt die ervan overtuigd is dat de etiologie van zijn seksuele dysfunctie enkel van biologische aard kan zijn, volg ik de aanpak van Isebaert en Lefevere (2024). Ik zet hierbij elk consult opnieuw in op het voldoende aandacht besteden aan de zorgen en aan zijn (somatische) visie op de problematiek. Tijdens het bevragen van het lijden, kan je bovendien ook vele andere zaken evalueren die kunnen nuttig blijken achteraf. Een evaluatie van de mentale gezondheid van de man die voor je zit, kan soms info geven over zijn mentale status. Zaken zoals depressiviteit, angststoornissen, compulsiviteit, ADHD en autisme kunnen een rol spelen in het ontstaansmechanisme of het onderhouden van bepaald seksuele dysfuncties. Tegelijkertijd kan een seksuele dysfunctie soms de achterliggende problematiek camoufleren (bv: erectieproblemen of genderdysforie op de voorgrond bij een OCD-problematiek). Te vergelijken met de 5 o'clock rule van John Henden, zorg ik ervoor dat er voldoende tijd overblijft om in te zetten op andere zaken, zodat er tegelijkertijd toch ook wat hoop kan ontstaan en we niet blijven hangen in de negativiteit.

Het meebewegen met de zienswijze van de patiënt, vraagt een aanpak waarbij we de eenzijdige verklaring van de patiënt voor zijn probleem gaan valideren.

Een jongeman met erectieproblemen, vertelde me dat hij plots last kreeg van erectieverlies bij seks met zijn partner nadat hij een operatie onderging aan de voorhuid. Voor hem was de link duidelijk: de operatie veroorzaakte schade en hierdoor ontstonden de problemen met zijn erectiemechanisme. Hij bleek wel-is-waar geen problemen te ondervinden bij masturbatie en hij had ook nog normale ochtenderecties. Voor mij en de uroloog was het duidelijk dat er geen sprake was van een zenuw- of vaatproblematiek, maar ik stuurde hem toch terug naar de uroloog voor een duplex zodat hij erkend werd in zijn zoektocht naar biologische oorzaken. Toen hij vervolgens terug tot bij mij kwam, was hij bereid om te beginnen werken, het vertrouwen was gewonnen. Wanneer je op dit punt bent gekomen, kan je met mondjesmaat uitleg beginnen geven over psychosomatiek.

De psycho-educatie die ik in dit soort gevallen geef, start meestal met een standaard uitleg over etiologische factoren, onderhoudende factoren en initiërende factoren. Zo leg ik uit dat

het inderdaad wel kan zijn dat een initiërende factor een medisch biologische was, bijvoorbeeld de inname van een SSRI, maar dat er ondertussen onderhoudende factoren en initiërende factoren zijn bijgekomen die de aandoening in stand houden. Omdat de SSRI ondertussen al lange tijd gestopt is, kunnen we die initiële factor dus niet meer aanpakken. Hierbij ga ik mee in hun 'oorzaak gevonden-oplossing gevonden'- redenering. Waarbij ik hun zienswijze respecteer en blijf valideren. Het is voornamelijk belangrijk dat de patiënt die voor me zit begint te begrijpen dat seksuele dysfuncties een multifactoriële origine hebben en dat ze moeten bekijken met een bio-psycho-sociale bril. In het geval van erectieproblemen en orgasme moeilijkheden, leg ik vervolgens het verschil uit tussen mentale opwinding en genitale opwinding en hoe deze twee niet altijd op één lijn zitten. Dit doe ik om hen te verduidelijken dat we ons ook kunnen focussen op die mentale opwinding om genitale opwinding te verhogen. Hier geef ik weer een reden meer waarom het belangrijk is om ook mentaal werk te verrichten. Vervolgens leg ik hen uit wat vervelende, afleidende gedachten doen met je mentale opwinding, waarbij ik hen ook meteen uitleg wat we daaraan kunnen doen. Het leren focussen op zintuiglijke ervaring, terwijl vervelende gedachten er gewoon mogen zijn, kunnen ze bijvoorbeeld aanpakken tijdens een gewone vrijpartij, ofwel via onze Sensate focus[7] oefeningen. "Maar misschien doen ze al zoiets?", vraag ik hen dan vervolgens. Na mijn uitvoerige uitleg is het vaak makkelijker voor de mensen om vervolgens zelf voorbeelden te geven van wat ze op dit gebied als eens gedaan hebben en hoe het hen soms wat beter lukt om in het moment te blijven.

Ik merk dat ik in eerste consultaties, waar de patiënt zich af en toe of permanent in een vrijblijvende houding bevindt, veel uitleg geef en erg direct over seksualiteit spreek. Zoals ik eerder beschrijf, valt het me op dat de patiënten in het ziekenhuis, die ik eerder zou durven beschrijven als voorbijgangers, gebaat zijn bij expertise. Ze worden als het ware pas overtuigd over het nut van mijn inbreng, wanneer ik voldoende kennis kan aanbrengen. Soms maak ik gebruik van de positie die zij denken dat ik bekleed op de dienst, als een soort van placebo-effect. Vooral buitenlandse patiënten spreken me vaak herhaaldelijk aan met dokter. Terwijl ik dit vroeger zou hebben gecorrigeerd, maak ik nu af en toe gebruik van de geassocieerde expertise die men deze rol toebedeelt. Ik word wat directiever. Het is bijna alsof deze cliënten vrijblijvend zijn in mijn rol als psychotherapeut, maar al zoekend in mijn zogenaamde expert-artsen rol. In dit soort situaties durf ik gebruik te maken van opgelegde opdrachten zoals de opstart van sport of dieet. De ervaring leert me dat deze mannen vervolgens terugkomen, gedisciplineerd zijn gestart met wat ik hen voorstelde en zichzelf genezen verklaren. Doordat je je meer in een expertpositie bevindt binnen een ziekenhuis,

[7] De Sensate focus oefeningen worden ook wel eens streeloefeningen genoemd. Oorspronkelijk ontwikkeld door William Masters en Virginia Johnson, pioniers in seksonderzoek van de 20e eeuw. De oefeningen worden ook nu nog veelvuldig gebruikt binnen de seksuologische praktijk. Beoogde doelen zijn: het leren focussen op het hier en het nu en dus ook op de erotische factoren, een veranderende houding t.o.v. storende gedachten, in vivo exposure therapie, intieme interactie met focus op het proces en niet het doel, m.a.w. zonder druk op de ketel (er mag niet verder gegaan worden met penetratie of op orgasme gerichte handelingen), uitbreiding van het seksuele repertorium en (her)initiëren van koppelcommunicatie betreft seksualiteit.

kan je nog meer met hypnotische inductie werken (‘Als je dit doet, zal...’). Je kan hierbij je oplossingsgerichte hypotheses aanbieden als waarheden. Voorbeeld: *“Wanneer je zal vermagerd zijn, zal je merken dat je meer energie en dus meer zin zult hebben.” “Wanneer jij deze oefeningen voorstelt aan je vrouw, zal je merken dat zij dankbaar gaat reageren.”*

Enkele andere zaken waar ik al dan niet op inga tijdens dit soort consultaties:

- De seksuele respons cyclus en de nood aan seksuele stimuli om de opwindingscurve te laten stijgen. Het spontane libido is een mythe.
- Het Dual Control Model van Janssen en Bancroft (Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., Sanders, S. A., 2009), waarbij de gas- (excitatie) en remfactoren (inhibitoren) in kaart worden gebracht. Dit model geeft hoop. We stellen hierbij het opwindingsvermogen voor als een weegschaal, waarbij in het ene schaaltje de inhibitoren gewicht geven aan de schaal en er in het andere schaaltje de gewichtjes van de gasfactoren liggen. In het schaaltje van de rem zitten misschien een aantal beperkingen waar we geen controle over hebben. Zaken zoals medicatie, chronische ziektes, inwonen bij de schoonfamilie, …kunnen we hier bijvoorbeeld onder brengen. Maar evengoed zitten er misschien een aantal oplosbare problemen in diezelfde schaal, denk maar aan koppel communicatie die wat spaak loopt, slechte voedingspatronen, huishoudelijke taken die niet goed verdeeld zijn… Kunnen we een rem factor niet meteen wegnemen, dan kunnen we misschien wel een gas factor toevoegen aan de weegschaal. Hier kunnen we aan de slag gaan met wat onze patiënt erotisch vindt, wat hem of haar opgewonden doet worden.
- De werking van PDE5-inhibitoren. Vaak kregen mijn patiënten dit al voorgeschreven, maar hebben ze schrik voor lange termijneffecten, afhankelijkheid, een voortdurende erectie of weten ze eigenlijk niet hoe ze zouden moeten werken. Juiste info is hier van cruciaal belang om te voorkomen dat ze deze foutief gebruiken en daardoor opnieuw geconfronteerd worden met een faalervaring. PDE5-Inhibitoren kunnen nuttig zijn omdat ze ervoor kunnen zorgen dat mijn patiënten terug succeservaringen behalen.
- Info over effecten van lichaamsbeweging en dieet op opwindingsvermogen en genitale doorbloeding: Ik vertel succesverhalen van anderen en vertel hen over de Netflix documentaire ‘You are what you eat, a twin experiment.’
- Extra motiverende info over de Sensate focus oefeningen, indien het vanuit het verhaal van de patiënt nodig lijkt: Hoogstwaarschijnlijk gaat je partner dit als fijn ervaren. Voor vele koppels is dit soort oefening een fijne openbaring en potentieel repertorium uitbreidend.
- Uitleg over stress en spanning en het effect hiervan op de bekkenbodem en dus ook op erectie en orgasme. Omgekeerd: Wat gebeurt er bijvoorbeeld in je hersenen wanneer je veel mediteert. Dit kan je zien op een hersenscan.

POSITIEVE INTENTIES VAN DE VERWIJZER BENUTTEN

Zoals Isebaert en Lefevere beschrijven in hun boek (2024), kan je ook gebruik maken van de relatie van de cliënt met zijn verwijzer. Zij beschouwen de doorverwijzer als de eigenlijke cliënt. Hierbij worden de inzichten van de derde persoon zo positief mogelijk voorgesteld:

Bij een man met erectieproblemen die hierdoor intimiteit en seksualiteit ontweek: *Zou het kunnen dat ze jou mist? Binnen een koppel wordt seks vaak gebruikt als een manier om een diepere connectie te ervaren, om zich graag gezien te voelen.*

We laten de cliënt nadenken over hoe zijn partner reageert op zijn dysfunctie, wat dit met hem doet en hoe hij vervolgens handelt. Regelmatig zien we de volgende typerende interactie: Man verliest erectie, vrouw reageert teleurgesteld want zijn erectieverlies wordt vertaald als de barometer van haar eigen aantrekkelijkheid, man voelt zich schuldig en tekortschieten en trekt zich vervolgens terug. Man gaat daarna alle intimiteit uit de weg. Vrouw voelt zich nog meer onaantrekkelijk en begint te klagen.

Door deze dynamiek te beschrijven, creëren we soms nieuwe inzichten bij de voorbijgaande patiënt. Inzichten die hoopgevend zijn, want hiermee kan hij aan de slag. Door van zijn kant de interactionele gewoonte te veranderen, kan het systemisch evenwicht veranderen. We laten de cliënt hierover nadenken en laten hem nadenken over eventuele andere interactiemogelijkheden waarna hij vervolgens kan observeren bij zijn partner wat dit teweegbrengt en hoe dit eventueel de vicieuze cirkel waarin het koppel zich bevindt, kan doorbreken.

Dit soort van interventies probeer ik ook te benutten wanneer de partner van de patiënt niet op de hoogte is van zijn bezoek aan mij. Zeker wanneer de schoorvoetende bezoeker komt aankloppen vanuit een sterke relationele motivatie, kunnen we deze onzichtbare verwijzing nuttig inzetten.

HOE ZELF OMGAAN ALS THERAPEUT MET WEERSTAND

Het is niet altijd fijn om regelmatig geconfronteerd te worden met dit soort van patiënten. Het kan je doen twijfelen over je expertise en handelingsbekwaamheid.

Zelf helpt het me om de beide totaal verschillende praktijken te combineren. Wat ik in de ene praktijk niet heb, zal ik op de andere plek wel krijgen.

Daarnaast noteer ik uitgebreid in hun medisch dossier. Wanneer ik tijdens het gesprek vermoed dat ik te maken had met een voorbijganger noteer ik dit, zo vermijd ik teleurstelling en vertwijfeling wanneer deze persoon achteraf niet meer komt opdagen.

Ik probeer ook regelmatig tussen de gesprekken door een luchtig gesprekje te hebben met collega’s of misschien zelfs wat te ventileren over een bepaalde anoniem gemaakte patiënt aan een collega die niks met de patiënt te maken heeft.

Bovenal probeer ik al mijn patiënten met veel geduld te benaderen en hen telkens te zien als mensen die hulp zoeken, ongeacht hoe deze personen mij behandelen of hoe zij overkomen. Hen bekijken als personen met mogelijkheden en krachten, helpt me om dan toch op een bepaalde manier wat meer achteruit te leunen.

BESLUIT

De vrijblijvende seksuologische patiënt binnen een ziekenhuissetting, zoals die op een dienst urologie, stelt de therapeut voor unieke uitdagingen. Deze patiënten komen vaak zonder eigen hulpvraag, gestuurd door een arts of partner, en vertonen regelmatig weerstand tegen psychologische hulpverlening. Seksuele disfuncties worden doorgaans louter als medisch probleem gezien, wat het gesprek over psychosociale oorzaken bemoeilijkt. Het Brugs Model biedt echter handvatten om met deze weerstand om te gaan. Door in te zetten op respect, erkenning van hun perspectief en het opbouwen van een vertrouwensrelatie, kan er ruimte ontstaan voor verandering. De therapeutische alliantie vereist hier een flexibele, soms directieve benadering, waarbij het normaliseren van klachten en het benadrukken van succeservaringen centrale strategieën zijn. Deze aanpak vraagt veel van de therapeut, niet alleen qua vakkennis, maar ook qua zelfreflectie en geduld. Toch toont de praktijk dat zelfs de meest vrijblijvende patiënt soms ontvankelijk wordt voor hulp, mits hij zich gezien en begrepen voelt.

LITERATUUR

Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., Sanders, S. A. (2009). The Dual Control Model: Current Status and Future Directions. *Journal of Sex Research*, 46 (2 & 3): 121-142.

Bjørngaard, J.H., Garratt, A., Gråwe, R.W., Bjertnaes, O.A. & Ruud, T. (2008). Patient experiences with treatment in private practice compared with public mental health services. *Scand J Psychol.*49(4):385-92. doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00658.x. Epub 2008 May 6. PMID: 18466189.

Isebaert, L.& Lefevere, G. (2024). *De therapeutische alliantie: Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie* (2e druk). Academia Press.

Le Fevere de Ten Hove, M. (2018). *Korte therapie: Handleiding bij het 'Brugse Model' voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren* (8e druk). Antwerpen-Apeldoorn Garant.

Pattyn, E., Verhaeghe, M. & Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **50**, 1089–1095. https://doi.org/10.1007/s00127-015-1038-x

Sensoa Sexpert-onderzoek (2013), *Seksualiteitsbeleving van Vlaamse volwassenen: feiten en cijfers*, Teruggevonden op https://www.sensoa.be/seksualiteitsbeleving-van-vlaamse-volwassenen-feiten-en-cijfers#title12