Gedragstherapie 3

Gedragstherapie jrg. 21 3 Utrecht, september 1988

Gedragstherapie jrg. 21 3 Utrecht, september 1988

Gedrags-therapie

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Van Loghum Slaterus in opdracht van de Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Nederlandse en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie.

Doelstelling Het tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van experimenteel en klinisch onderzoek op het gebied van de gedragstherapie, alsmede van theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen.

Redactie Floor Kraaimaat, eindredacteur; Paul Eelen, Ruud Hornsveld, Peggy Janssen, Nady Van Broeck en Walter Vandereycken, redactieleden; Anneke Marrée, redactiesecretaresse.

Redactieraad Marijke Bisschop, Paul Cosyns, Erik Depreeuw, René Diekstra, Paul Emmelkamp, Marcel van den Hout, Paulette Van Oost, Paul Smeets, Joost Zwaan.

Redactie-adres Nieuwegracht 30, 3512 LS Utrecht, telefoon 030-31 17 22.

Verschijningsdata Vier maal per jaar, op de derde dinsdag van resp. maart, juni, september en december.

Abonnementen
Nederland: *f* 67 per jaar; studenten (max. 5 jr.): *f* 41
België: Bfr. 1.340 per jaar; studenten (max. 5 jr.): Bfr. 820
Losse nummers: *f* 19,50/Bfr. 390
Nieuwe abonnementen kunnen schriftelijk en telefonisch worden opgegeven bij de volgende administratieadressen:
(Nederland) Libresso b.v., Distributiecentrum voor boeken en tijdschriften, postbus 23, 7400 GA Deventer, telefoon: 05700-33155;
(België) Van Loghum Slaterus b.v., Santvoortbeeklaan 21-23, 2100 Deurne-Antwerpen, telefoon: 03-3247890.
Abonnementen kunnen op elk gewenst tijdstip ingaan; voor het resterende kalenderjaar wordt een evenredige abonnementsprijs in rekening gebracht.
Verantwoordelijke uitgever voor België: J. Goorden, Weldadigheidsstraat 41, 2540 Hove, België.

Adreswijzigingen Bij wijziging van naam of adres gelieve een gewijzigd adresbandje te sturen naar een van bovenstaande administratieadressen.

Beëindiging abonnement Abonnementen kunnen schriftelijk tot uiterlijk 1 december van het lopende abonnementsjaar worden opgezegd. Bij niet tijdige opzegging wordt het abonnement automatisch een jaar verlengd.

Betaling Bij voorkeur dient van de te ontvangen stortings-acceptgirokaart gebruik te worden gemaakt.

Advertenties Van Loghum Slaterus b.v., Emmalaan 27, 3581 HN Utrecht, telefoon: 030-511274, postbus 13079, 3507 LB Utrecht.

Te recenseren boeken en tijdschriften
Exemplaren dienen te worden gezonden aan de redactie-secretaresse. Niet-aangevraagde recensie-exemplaren worden niet teruggezonden.

Basisvormgeving
Harry N. Sierman, Amsterdam

ISSN 0167-7454

De pijnlijke penis: een gedragstherapie met een hypnotherapeutische procedure als glijmiddel

Wilfried Van Craen* en Guido Pieters**

Inleiding

Dyspareunie (pijn bij coïtus) is een bij mannen zeldzaam voorkomende klacht. Alhoewel ze bij beide geslachten voorkomt, wordt ze in de literatuur (bijvoorbeeld Annon, 1976; Friedman e.a., 1983; Musaph & Haspels, 1983) vaak verkeerd besproken als een uitsluitend vrouwelijke seksuele dysfunctie, dikwijls gepaard gaande met vaginisme. In een handboek over seksuele dysfuncties bij mannen (Krane et al., 1983) vinden we de term zelfs niet vermeld.

Masters & Johnson (1970) bespreken de klachten wél afzonderlijk voor man en vrouw. Deze auteurs zien fimosis als één der oorzaken van mannelijke dyspareunie, wanneer deze aanleiding geeft tot recurrente ontstekingsprocessen. Bruinsma & Moors (1977) stellen dat bijna driekwart van deze klachten een duidelijk aanwijsbare lichamelijke oorzaak heeft. Ook Schellen (1981) en Bancroft (1983) noemen uitsluitend lichamelijke oorzaken voor dyspareunie bij de man (irritatie van de glanspenis, ten gevolge van ontstekingsprocessen, slechte hygiëne of allergie; dieper gelegen ontstekingsprocessen; anatomische afwijkingen). Mimoun (1984) stelt dat chronische genitale pijn bij de man de arts dikwijls met een (therapeutische) impotentie confronteert. Hij stelt dat het te verkiezen is, veeleer dan frontaal deze klachten aan te pakken, hier zijn toevlucht te nemen tot een aantal 'psychocorporele' technieken die normaal in de sekstherapie worden gebruikt. Tordjman (1984) geeft in een artikel over de psychoseksuele repercussies van seksueel overdraagbare ziekten aan hoe daaruit problemen van dyspareunie kunnen ontstaan.

Uit dit kort overzicht blijkt dat het probleem van mannelijke dyspa-

* Seksuoloog-gedragstherapeut, Instituut voor Relationele, Individuele en Seksuele Therapie, F. de Goedestraat 17, 1040 Brussel.
** Psychiater-psychotherapeut, UPC St. Jozef, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg.
Universitair Gezondheidscentrum, DGGZ, Leuven.

reunie in de vakliteratuur weinig aandacht heeft gekregen. Het leek ons daarom dan ook interessant deze problematiek aan de hand van een casus wat uitgebreider te bespreken. Daarbij zal vooral aandacht besteed worden aan de analyse van de pijnklacht. In dit geval kende de therapie een wat verrassend verloop.

1. Casus

Cliënt is een negentienjarige student, die nog bij zijn ouders woont. Hij heeft één jongere broer. Vader is een 41-jarige tuinbouwer, moeder een 39-jarige verpleegster. De verwijzing gebeurde door een androloog/endrocrinoloog. Verwijzings- en aanmeldingsklacht is een psychogene hyperesthesie van de glanspenis, met primaire dyspareunie als gevolg. Volgens de verwijsbrief zouden er geen organische afwijkingen bestaan die de klacht kunnen verklaren. Op basis hiervan wordt om psychotherapie verzocht.

1.1. Ontwikkelingsgeschiedenis van de klachten en ziektetheorie van cliënt

Volgens cliënt is zijn pijnklacht er, zover hij zich kan herinneren, altijd geweest. Zijn verste herinneringen gaan terug naar de periode toen hij zes à zeven jaar was en van de huisarts moest oefenen in het achteruittrekken van de voorhuid van zijn penis (cliënt had fimosis), wat als pijnlijk werd ervaren. Hij kan niet zeggen of dit dezelfde pijn was als die welke hij nu ervaart. In elk geval was de pijnlijke gevoeligheid van de eikel al aanwezig in de periode toen hij met masturbatie begon. Hij gebruikte toen (op elfjarige leeftijd) een 'speciale' manier van masturberen, waarbij alleen de penisschacht werd vastgehouden en gemanipuleerd en de eikel zorgzaam werd vermeden. Ook tijdens het wassen van de penis vermeed hij het aanraken van de (pijnlijke) eikel. Buiten deze twee situaties had hij geen last van de hypergevoeligheid omdat hij een sterk ontwikkeld prepitium had 'dat zijn eikel als een handschoen omschermde' zodat schurende kleding of andere vormen van aanraking nooit de eikel zelf raakte maar de voorhuid. Pas als deze naar achter werd getrokken ontstond er een probleem van pijnlijke gevoeligheid. Gezien de zeldzaamheid van dergelijke situaties, besteedde cliënt weinig aandacht aan dit probleem. Echter: 'mocht die bescherming van het preputium er, dank zij de fimosis, niet geweest zijn, dan had ik ongetwijfeld wél veel meer activiteiten vermeden', aldus cliënt. Pas toen hij op zestienjarige leeftijd een eerste coïtuspoging ondernam, werd hij zich bewust van zijn hachelijke positie: met de voorhuid erover was penetratie erg omslachtig en pijnlijk voor het meisje, maar een poging tot penetratie met naar achter getrokken voorhuid (en dus ontblote eikel)

bracht bij hem een hevige pijn mee bij de geringste aanraking van de vagina. De coïtuspoging werd door cliënt onmiddellijk stopgezet uit angst voor nog meer pijn. Naar het meisje toe wist hij het falen 'een draai te geven door te zeggen dat ze te nauw was'. De relatie met dit meisje werd niet voortgezet (het was 'een flirt') maar cliënt durfde ook geen nieuwe initiatieven meer te nemen. Twee jaar later leerde hij zijn huidige vriendin kennen, waarmee hij nu sinds anderhalf jaar een intense relatie heeft. Aanvankelijk vermijdt hij geslachtsgemeenschap, maar na enkele maanden doet hij toch een poging. Bij aanraking van de eikel is de pijnbeleving echter dermate dat hij zijn erectie verliest en de coïtuspoging faalt. Hij stelt zijn vriendin op de hoogte van het probleem, ze reageert er met begrip op. Cliënt begint zich de consequenties van zijn (tot dan toe niet zo verontrustend) pijnprobleem te realiseren en wendt zich tot de huisarts. Deze verwijst hem naar een uroloog die geen enkele organische afwijking kan vaststellen (ook de fimosis blijkt, in overeenstemming met de mening van de later geraadpleegde specialisten, geen oorzaak te kunnen zijn van de hyperesthesie en de dyspareunie). De uroloog verwijst cliënt door naar een neuropsychiater. Deze laatste weet, volgens cliënt, ook geen raad en schrijft Xylocaïne, een lokaal verdovende zalf, voor. Dit laatste heeft echter niet de gewenste uitwerking en blijkt bovendien erg pijnlijk om aan te brengen.

Cliënt zoekt een andere uroloog op, die hem probeert te overtuigen dat 'hij de tijd zijn werk moet laten doen' en 'het allemaal vanzelf in orde zal komen'. Op aanraden van de opnieuw geraadpleegde huisarts raadpleegt cliënt dan een psycholoog. Hij doet dit met tegenzin, omdat zijn probleem in zijn beleving een (weliswaar nog ongekende) organische oorzaak moet hebben. Na het tweede gesprek met de psycholoog stopt hij de therapie 'omdat die het te ver zocht'.

Intussen zijn verschillende maanden verstreken en na een tweede mislukte coïtuspoging met zijn verloofde, durft hij het niet meer te proberen: het pijnprobleem blijft aanwezig en begint hem meer en meer te preoccuperen. Hij piekert er zodanig veel over dat hij vreest dat zijn studieresultaten eronder gaan lijden. Uiteindelijk zoekt hij opnieuw een androloog/endocrinoloog op die evenmin een organische oorzaak kan vaststellen en cliënt naar ons doorverwijst.

Tijdens het intakegesprek komt cliënt over als een sympathieke, intelligente jongeman die op een rustige manier zijn klacht beschrijft, maar het er duidelijk moeilijk mee heeft zijn organische labeling op te geven en een weerstandige sceptische houding tentoonspreidt ten opzichte van 'psychotherapeutische benadering'.

Aan het einde van dit eerste gesprek wordt aan cliënt een klachtenlijst meegegeven, een pijndagboekregistratie en de Sexual Interaction Inventory.

1.2. Exploratie en concretisering van de klachten

Tijdens het tweede gesprek wordt de klachtenlijst doorgenomen. Hieruit blijkt geen aanwijzing voor andere problemen dan de aanmeldingsklacht. Ook wordt met cliënt uitgebreid zijn gang door de hulpverlening besproken. Hieruit blijkt dat hij erg ontmoedigd is door het feit dat de medische wereld hem geen verklaring kan bieden voor zijn klacht. De 'uitzichtloosheid' maakt hem 'moe en depressief'. Anderzijds blijkt hij veel moeite te hebben met het 'psychologiseren' ervan en beleeft hij de eerder voorgestelde psychotherapie als sterk aversief en 'een stap in de verkeerde richting'.

Uitgaande van deze informatie hebben de drie volgende overwegingen onze verdere therapeutische houding meebepaald:

1. Het lijkt ons belangrijk om *voorlopig* mee te gaan in cliënts attributie van een organische oorzaak. Met het construeren van een causale verklaring van zijn pijnklacht poogt cliënt dit 'ongewoon verschijnsel' (zoals het door verschillende medici werd genoemd) een meer voorspelbaar, verklaarbaar en controleerbaar karakter te geven. Belangrijk lijkt ons dan ook, om in te haken op de attributiebehoefte van deze cliënt, maar dan wel op zo'n manier ge(her)formuleerd dat we enerzijds blijven aansluiten bij zijn verklaring maar deze anderzijds zodanig herstructureren dat er een rationale kan uit afgeleid worden voor de toe te passen ('psychologische'!) procedures.

2. Cliënt vermeldt tweemaal dat hij het niet prettig vond dat de vorige therapeut 'meteen in z'n verleden ging peuteren en veel te veel belang ging hechten aan wat daar allemaal zou kunnen gebeurd zijn, terwijl er niets gebeurd is'. Liever dan een strijd om de waarheid te moeten strijden op twee fronten (de attributie en de methode) wordt geopteerd voor een judo-achtige opstelling. Dit doen we door de labeling van 'organische pijn' ernstig te nemen en in de exploratie naar het ontstaan van de klachten slechts zover te gaan als zijn weerstand (tegen dit 'peuteren') dit toelaat.

3. Men kan de aanmeldingsklacht benaderen als een pijnprobleem, dat zich heeft gegeneraliseerd tot de seksuele context (die dan beschouwd wordt als één van de situaties waar de aversieve stimulus kan opduiken, nl. het raken van de eikel). Evenzo kan men, vanuit hetgeen we op dat ogenblik (nog maar) weten de klacht beschouwen als een seksueel probleem (nl. dyspareunie) dat zich via stimulusgeneralisatie heeft verbreed naar niet-seksuele situaties (net zoals dat bijvoorbeeld het geval is bij vaginisme, waar de fysiologische reactie evenzeer kan optreden buiten seksuele situaties zoals gynaecologisch onderzoek, inbrengen van een tampon enz.). Aangezien het niet waarschijnlijk is dat we snel zicht zullen krijgen op de ontstaansfactoren van de klacht lijkt het ons aangewezen bij de exploratie van de klacht beide sporen te volgen.

1.2.1. Gedragsanalyse van de pijnklacht

Eerst hebben we, in onze exploratie van de klacht, de aandacht gericht op het pijngedrag buiten de seksuele context en volgden hierbij het schema van Fordyce (1976). Dit leverde ons de volgende gegevens op:

De pijn treedt op wanneer, willekeurig of onwillekeurig de eikel wordt (aan)geraakt met bijvoorbeeld de hand, een kledingstuk, lakens, washandje, handdoek of als een kledingstuk tegen de eikel schuurt (bijvoorbeeld bij activiteiten als fietsen, lopen, sport). Ook is dit het geval wanneer tijdens seksuele activiteiten de eikel wordt aangeraakt (bij masturbatie door zichzelf of de partner, bij – poging tot – intromissie). Hier spreken we van dyspareunie (deze klacht wordt apart geanalyseerd, zie 1.2.2).

Geen pijn bij aanraking van eikel gebeurt nooit (behalve: zie 1.2.2) Tijdens de pijnepisode trekt cliënt zich onmiddellijk uit de activiteit terug. Al zijn aandacht is 'naar binnen gericht'. Hij 'klapt dicht'.

In zijn gedrag naar de omgeving toe laat cliënt niemand merken dat hij last heeft van zijn klacht. Hij zal situaties waarin anderen dit kunnen merken vermijden. Buiten zijn *vriendin* is alleen nog zijn *moeder* op de hoogte van de klacht.

De reacties van omgeving zijn beperkt tot die van zijn moeder en van zijn vriendin (zie 1.2.2). Beide personen reageren empathisch, aanvaardend en geduldig, maar geven er ook niet bijzonder veel aandacht aan. Zo zullen ze er nooit zelf over beginnen. Wat de omgevingsreacties betreft blijkt er op het eerste gezicht weinig sprake van directe bekrachtiging van het operant pijngedrag. Evenmin blijkt er sprake te zijn van bestraffing van 'gezond gedrag' door de omgeving. De vriendin blijft seksuele activiteit aanmoedigen. We krijgen ook niet meteen aanwijzingen dat moeder gezond gedrag van cliënt bestraft om hem op die wijze 'in het nest te houden'.

Voor de meeste pijnactivatoren heeft cliënt een 'oplossing' gevonden: zo slaapt hij bijvoorbeeld zonder pyjama in een houding waarbij de lakens de eikel niet kunnen raken en bij masturbatie wordt alleen de penisschacht vastgenomen en aangeraakt.

Indirecte positieve bekrachtigers lijken niet meteen aanwezig. Er is geen aanwijzing dat cliënt nu iets doet omwille van de pijn, dat hij vroeger niet deed. Evenmin is hij met activiteiten gestopt (buiten de seksuele) (het vermijden van sport e.d. is er altijd geweest). Noch moeder, noch de vriendin hebben hun activiteit veranderd als gevolg van de pijnklacht. Wanneer cliënt gevraagd wordt zich voor te stellen hoe zijn leven zou veranderen als zijn pijnklacht verdwenen zou zijn, dan blijkt in die klachtenvrije toekomstfantasie de 'probleemloze' seksualiteit centraal te staan.

Uit die toekomstbeschrijving blijkt niet onmiddellijk een voor de hand liggende functionaliteit van de klacht. Evenmin blijkt het pijngedrag te

leiden tot succesvolle vermijding van aversieve situaties (bij of) voor moeder of vriendin. Uitzondering moeten we misschien maken voor de faalvermijdingsfunctie die de pijnklacht in een seksuele context zou kunnen hebben (zie 1.2.2).

Besluit: wat betreft de niet-seksuele consequenties van het pijngedrag laten de verkregen gegevens moeilijk toe het operant pijngedrag te verklaren. Er is ogenschijnlijk geen directe positieve bekrachtiging van pijngedrag, noch indirecte positieve bekrachtiging door middel van vermijdingsleren. Er lijkt eveneens weinig evidentie voor bestraffing van pijnvrij gedrag.

1.2.2. *Analyse van de dyspareunie*

Een pijnklacht die optreedt tijdens (een poging tot) coïtus wordt dyspareunie genoemd. Bij deze cliënt gaat het om een primaire seksuele dysfunctie (de klacht is er *altijd* geweest) die zich goed laat beschrijven op de vier dimensies van Schacht (1979).

Op de A-dimensie explorerend kan de klacht geconcretiseerd worden als het optreden van pijn bij (een poging tot) coïtus, meer bepaald op het ogenblik dat de eikel de schede raakt. Erectieverlies treedt op onmiddellijk na de pijnbeleving, zodat verdere penetratiepogingen worden opgegeven. Cliënt trekt zich dan terug uit de seksuele activiteit. Verschillend (van het 'algemeen' pijngedrag) is echter wel het gedrag naar en van de omgeving en de invloed van pijnsuppressoren. Navragend kwamen we te weten dat er twee factoren zijn die de pijnbeleving 'naar de achtergrond kunnen duwen', nl. alcohol (cliënt herinnert zich dat hij eens 'bijna' een geslaagde coïtus had nadat hij een paar glazen bier had gedronken) en seksuele lustbeleving (als hij erg opgewonden is, kan hij zijn pijn makkelijker 'vergeten'). Deze twee gunstige variabelen werden nadrukkelijk geëxploreerd. Bedoeling hiervan was een meer hoopvol perspectief te schetsen (motivatieversterking) door de doelstelling van de therapie realistisch herkenbaar en aanvaardbaar te formuleren ('de pijn niet helemaal wegwerken, maar ze zozeer op de achtergrond krijgen – net als wanneer je dronken of opgewonden bent – dat ze niet meer hindert) en anderzijds een rationale te formuleren voor het gebruik van relaxatieprocedures. Mede met dit laatste in het achterhoofd vroegen we cliënt welk percentage van zijn dyspareunie anticipatiepijn was, hoeveel reële pijn en hoeveel herinnerde pijn was. Hierop antwoordde hij met respectievelijke scores van 25%, 70% en 5%.

Op de B-dimensie explorerend (relationele context) leren we dat de partner volledig op de hoogte is van zijn probleem. Er blijkt een 'open communicatie' over de problemen mogelijk. Volgens cliënt blijkt zijn vriendin 'begrip en geduld op te brengen en er niet te zwaar aan te tillen'. Tot hiertoe zijn ze op zo'n manier met het probleem omgegaan dat ze andere, niet coïtale seksbelevingen centraal stelden (cliënt leerde zijn vriendin aan, hoe ze hem kon masturberen zonder pijnrisico), zonder

echter verdere coïtuspogingen helemaal uit te sluiten. De niet-coïtale seksuele activiteiten verlopen volgens cliënt voor beide partners bevredigend: ze voelen zich niet geremd om te experimenteren. Niettemin ervaart cliënt dat ze 'beginnen te vermijden om er nog veel over te praten'. Dit vermijden gebeurt dan niet zozeer uit preutsheid of gêne, dan wel omwille van de uitzichtloosheid en – vanuit cliënt – een schaamte over het gebrek aan 'controle'.

Uit wat kon vernomen worden over hoe beiden op het probleem reageren, blijken er niet meteen gegevens op te vallen die zouden kunnen wijzen op directe of indirecte bekrachtiging van de dyspareunie. De vriendin lijkt het pijngedrag niet op de een of andere manier te belonen, noch probleemloze seks te bestraffen. Vanuit cliënts standpunt boekt hij niet meteen een aanvaardbare 'winst' dankzij zijn probleem (beloning door iets prettigs of vermijding van iets onprettigs). Uitzondering hierop zou de faalangsthypothese kunnen zijn (zie verder).

Mocht het hier gaan om een secundaire seksuele dysfunctie dan zouden we er sterk op aandringen dat de partner aan de therapie zou deelnemen. Omwille van praktische moeilijkheden (ze wonen beiden in een andere stad) en aangezien de klacht duidelijk primair en algemeen van aard is (dook op in alle seksuele relaties van cliënt en is er altijd geweest) en de exploratie van de klacht weinig laat vermoeden in de richting van belangrijke relationele bekrachtiging werd de afwezigheid van de partner niet gezien als een grote handicap.

Op de C-dimensie (de individuele seksuele leergeschiedenis) exploreren we de familiale achtergrond, de puberteits- en adolescentieperiode en de evolutie van de seksualiteit tot hiertoe. Hieruit komen geen significante aanwijzingen naar voren.

Op de D-dimensie explorerend merken we dat cliënt er niet bepaald (prestatie)mythen op nahoudt die een rol in zijn probleem zouden kunnen spelen (we overlopen deze mythen zoals ze geformuleerd werden door Zilbergeld, 1978).

Metingen: cliënt werd gevraagd om gedurende drie weken een 'pijnregistratiedagboek' en een 'vermijdingsdagboek' bij te houden. Hieruit bleek dat de pijn *niet* was opgetreden, omdat de cliënt zich in geen enkele S^d-situatie heeft bevonden (of ze heeft vermeden) waarin de eikel ontbloot was (en dus pijn kon optreden). De vermijdingen die hiertoe gebeurd zijn waren beperkt (geen geslachtsgemeenschap, niet wassen van de eikel, niet aanraken van de eikel, 'speciale' masturbatiemethode, geen sport). De interpretaties van de exploratiegegevens werden dus ondersteund door de metingen.

1.3. Interpretatie van de gegevens en hypothesevorming, probleemsamenhang en functionele analyse

Er kunnen twee vragen gesteld worden:

1. Waardoor is deze klacht ontstaan?
2. Waardoor wordt ze in stand gehouden?

Enkele hypothesen dienen zich aan:

1e hypothese: de organische oorzaak

Het feit dat cliënt reeds onderzocht werd door verscheidene urologen en geen van hen de pijnklacht heeft geduid als het gevolg van de fimosis, doet het sterke vermoeden rijzen dat in deze richting niet verder gezocht hoeft te worden.

2e hypothese: respondent pijngedrag

Als we de klachtengeschiedenis volgen moeten we de dyspareunie zien als een gevolg van de algemene pijnklacht (de hyperesthesie van de glanspenis), omdat deze laatste ruim vóór de eerste (partner) seksuele ervaringen bestond. Uitgesloten als (bij dyspareunie vaak optredende) oorzaak is dus een pijnlijke of moeilijke eerste coïtus, angst voor zwangerschap of relationeel bepaalde oorzaken (beschermen van en afleiding voor een seksuele dysfunctie van de partner, haat tegen de partner e.d.). Een eventueel klassiek conditioneringsproces, analoog aan wat Brinkman beschrijft voor vaginisme (Brinkman, 1975) moet plaatsgevonden hebben vóór de leeftijd van elf jaar, omdat cliënt op deze leeftijd al een vermijdingsgedrag bij masturbatie had ontwikkeld.

Cliënt kan echter geen gegevens verstrekken over wat gefungeerd zou kunnen hebben als essentiële stimuli. Onze hypothesevorming daarbij is dat een ooit ervaren pijn bij aanraking van de penis geleid kan hebben tot een klassiek conditioneringsproces waarbij elk aan de UCS gelieerde CS angst en vermijdingsgedrag uitlokt, waarbij verkramping en fixatie op de lichamelijke gewaarwordingen leiden tot pijnbeleving.

Deze oorspronkelijke pijnbeleving kan het gevolg geweest zijn van bijvoorbeeld:

- een verkeerde manipulatie tijdens het oefenen in het achteruit trekken van de voorhuid (± zesjarige leeftijd),
- het vermijden van deze manipulaties (cliënt vond dit niet prettig maar moest het doen van de huisarts) waardoor ontstekingsprocessen (onvoldoende hygiëne, smegma stapelt zich op) met als gevolg pijn bij aanraking,
- een psychoseksueel trauma (incest, verkrachting).

Via stimulusgeneralisatie (van voornoemde UCS naar alle mogelijke, seksuele zowel als niet-seksuele situaties waarin de penis 'geraakt' kan worden) komen we tot de huidige geconditioneerde cognitieve (fixatie, labeling), emotionele (pijnbeleving) en vermijdingsresponsen. Op het seksuele vlak komen we dan tot een aansluitende derde hypothesevorming:

3e hypothese: functionaliteit van de dysfunctie

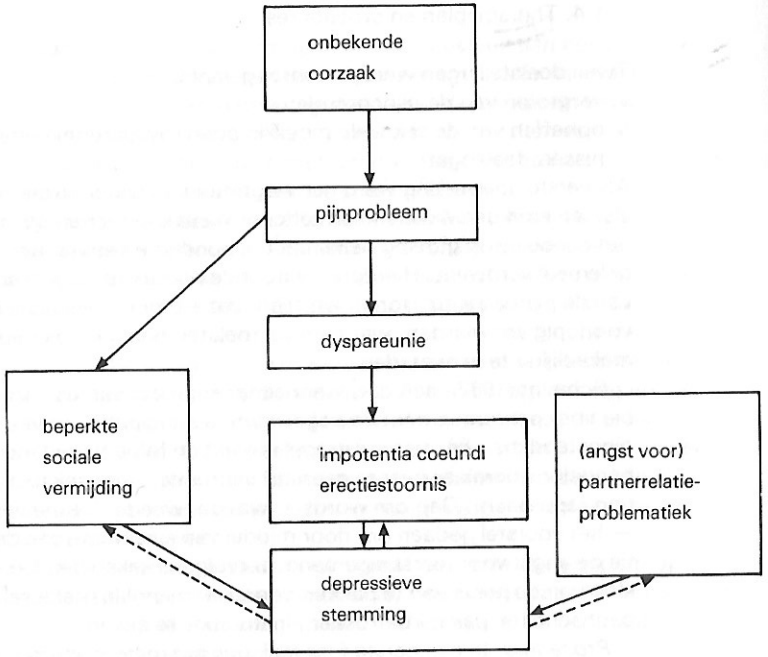
Coïtus was (en is) een vorm van (intens) raken van de eikel, wat angst voor pijn uitlokt, met als gevolg vermijding. Indien toch een poging tot coïtus wordt ondernomen volgt fixatie en verkeerd labelen van de lichaamsgewaarwordingen met als gevolg bekrachtiging van de pijnsensatie.

Rond deze angst voor pijn → pijn → angst voor pijn-cirkel heeft zich bovendien nog een tweede vicieuze cirkel concentrisch afgetekend, nl. deze van faalangst. De angst om te mislukken (erectieverlies) omwille van de pijnbeleving en de (anticipatie)spanning die bij deze faalangst hoort, zijn incompatibel met ontspanning en opwinding, welke de essentiële voorwaarden zijn voor het behoud van een bevredigende erectie. De selffulfilling prophecycirkel 'angst voor erectieverlies → erectieverlies → meer angst voor erectieverlies' sluit zich.

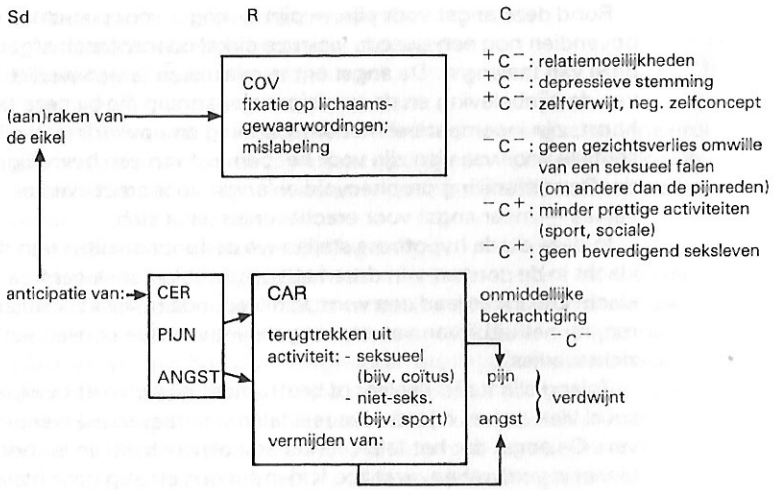
In deze derde hypothese stellen we de functionaliteit van de pijnklacht in de context van deze faalangstproblematiek centraal. De pijnklacht zou inderdaad een vorm van 'secundaire winst' kunnen opleveren, nl. het uitblijven van een nog meer aversieve consequentie, nl. 'gezichtsverlies'.

Zolang cliënt zijn pijnklacht heeft, moet hij zich niet bewijzen op seksueel vlak en kan hij het seksueel falen (erectieverlies) hieraan toeschrijven. De angst dat het falen echter zou blijven bestaan als het pijnprobleem is verdwenen, wat zou leiden tot een ernstig gezichtsverlies, zou het pijngedrag functioneel kunnen maken. De pijnklacht wordt in deze visie bekrachtigd door het uitblijven van een negatieve consequentie.

In de figuren 1 en 2 worden respectievelijk een holistische theorie en functionele analyse van de pijnklacht schematisch weergegeven.



Figuur 1. Holistische theorie



Figuur 2. Functionele analyse van de pijnklacht (schematische voorstelling van de gegevens en hypothesen)

1.4. Therapieplan en procedures

Twee doelstellingen werden vooropgesteld:
a. vergroten van de pijncontrole;
b. opheffen van de seksuele moeilijkheden (dyspareunie, erectiestoornissen, faalangst).

Als eerste doelstelling werd het vergroten van pijncontrole voorgesteld als het leren ontwikkelen van zelfcontrolevaardigheden die de (last van de) pijnbeleving gunstig beïnvloeden, zonder te verwachten dat de pijn helemaal verdwijnt. Hierdoor en door de nadruk te leggen op de *'last van* de pijn*beleving'*, tonen we cliënt dat we zijn organische labeling voorlopig aanvaarden, wat hem zal toelaten ons therapievoorstel gemakkelijker te aanvaarden.

Schacht (1982) stelt dat, wanneer er sprake is van een specifieke fobie voor penetratie (met de begeleidende anticipatie- en vermijdingstendens), het een vuistregel is eerst de fobie (avoidance) te behandelen vooraleer over te gaan tot instructies voor seksuele toenadering (approach). Daarom wordt – wat de tweede doelstelling betreft – het voorstel gedaan om door middel van systematische desensitisatie de angst voor (eerst algemene, vervolgens seks-specifieke) aanraking van de penis aan te pakken vooraleer meer klassieke sekstherapeutische (en partnerbetrokken) instructies te geven.

Procedure: In een eerste fase leek ons het meteen starten van de *relaxatieprocedure* het meest aangewezen. Dit zou ons de ruimte geven tot 'actie' over te gaan. Intussen konden we voorzichtig verder exploreren naar essentiële stimuli en tegelijkertijd werd een, vooral in seksuele situaties, belangrijke vaardigheid (kunnen ontspannen) getraind. In een tweede fase kan dan de aldus verkregen ontspanningsvaardigheid toegepast worden als antagonistische respons binnen een *systematische desensitisatieprocedure* in vitro, gericht op het pijngedrag met vervolgens toepassing in vivo. Tijdens deze fase zal ook aandacht besteed worden aan de cognitieve component en zo nodig het cognitief herstructureren als hanteringsgedrag aangeleerd worden.

Aan cliënt wordt voorgesteld om eerst het deel 'anticipatie- en herinneringspijn' onder controle te krijgen via relaxatie-oefeningen en vervolgens wordt geleerd de 'reële' pijn te 'reguleren' door gebruik te maken van de antagonistische respons. Hierbij werd de vergelijking gemaakt met het licht dronken of erg (seksueel) opgewonden zijn, twee antagonistische responsen uit cliënts eigen ervaringsrepertoire. Op dezelfde wijze zou het toepassen van diepe relaxatie en het focussen van zijn aandacht op wat anders (imaginatie) zijn pijnbeleving naar de 'achtergrond' verdringen, evenwel zonder de organische attributie weg te nemen. Deze rationale vindt cliënt best aanvaardbaar.

1.5. Therapieverloop

Relaxatietraining. Twee zittingen worden besteed aan het inoefenen van een verkorte versie van de progressieve relaxatie van Jacobson. Cliënt houdt een oefeningenregistratie bij. Hierin valt op dat de imaginatiecomponent van de oefening (het zich voorstellen van ontspannende activiteiten) meer effect heeft en door de cliënt zelf als prettiger en effectiever wordt ervaren dan de spierontspanning.

Systematische desensitisatieprocedure. Een hiërarchie wordt opgesteld, rekening houdend met twee verschillende variabelen nl. de plek van aanraking en de aard van de aanraking. Wat de plek van aanraking betreft, blijkt de (anticipatie)angst voor pijn sterk bepaald door een taai cognitief construct over de beschermende functie van de voorhuid: in de beleving van de cliënt beschermt deze voorhuid de eikel sinds zijn geboorte, waardoor de eikel nooit het daglicht zag en derhalve overgevoelig geworden is. Cliënt zelf maakte hierbij de analogie met een hand die twintig jaar door een handschoen is beschermd geweest en waarvan nu de handschoen zou weggenomen worden, zonder dat de hand de kans zou gehad hebben een graduele weerstand tegen aanraking op te bouwen.

De SD-hiërarchie was dan ook, vanaf de derde stap, gericht op de ontblote eikel zodat de eerst imaginair, vervolgens daadwerkelijk uitgevoerde dagelijkse aanraking op zich een corrigerende cognitief herstructurerende ervaring zou zijn.

Een tweede variabele in de hiërarchie is de aard van de aanraking. Van minst naar meer angst voor pijn (aanraken met een vinger die niet beweegt, die heel licht streelt, met wrijvende vinger, aanraken tijdens masturbatie, tijdens masturbatie door partner, poging tot penetratie). Ook andere hiërarchiemogelijkheden werden voorzien, met name deze welke betrekking hadden op vermijdingsgedrag (van wrijving op de eikel) (slapen met zware deken, zonder pyjama, gaan lopen, sporten, zonder onderbroek lopen, trappen lopen zonder onderbroek etc.).

De inleving van cliënt tijdens de SD-oefeningen in vitro was erg groot: zijn mimiek en lichaamsreacties lieten duidelijk merken wanneer de lat nog te hoog lag. De moeilijkheid ontstond toen cliënt beweerde de stap voor de aanraking met weggetrokken voorhuid niet aan te durven, ook al werd deze stap opgedeeld in kleinere, makkelijker te nemen tussenstappen (de voorhuid wordt gradueel achteruit getrokken). Cliënt reageert teleurgesteld omdat de procedure in zijn ogen mislukt is. Voorzichtig verder explorerend naar de vermeende functionaliteit stoten we echter opnieuw op een gebrek aan relevante informatie.

Om niet in de vicieuze cirkel van 'hoe meer die therapeut trekt, hoe stugger ik me schrapzet' te vervallen, geven we de paradoxale opdracht 'zichzelf niet te forceren om een inzicht te krijgen in mogelijke ontstaansredenen van zijn klacht omdat het heel belangrijk is dat die inzichten op de juiste tijd komen en dat hij maar over die dingen mag vertellen wanneer hij werkelijk denkt dat het belangrijk is'.

2. Introductie van hypnotherapeutische procedure

Om uit de impasse te raken stellen we cliënt voor een zelfhypnoseprocedure te gebruiken. We werden hiertoe geïnspireerd door de opvallende imaginaire betrokkenheid die cliënt vertoonde tijdens de relaxatieoefeningen en door de door cliënt zelf geïntroduceerde analogie tussen de voorhuid en een handschoen als bescherming tegen pijn. De gekende handschoenanalgesiemethode uit de hypnotherapie (waarbij cliënt zich inbeeldt dat een handschoen z'n hand ongevoelig maakt voor pijn en deze 'ongevoeligheid' vervolgens overgebracht wordt naar de pijnplek) zou mogelijk goed aansluiten bij cliënts eigen attributie.

Dit bleek echter niet helemaal zo te zijn. Cliënt evalueerde de procedure wel als positief, maar durfde de stap naar in vivo uitvoering niet te zetten. Wel ontwikkelde hij zelf allerlei beeldvoorstellingen waarvan de meest effectieve deze bleek waar cliënt zich, in een toestand van hypnorelaxatie, voorstelde dat hij bij aanraking met de vingers een vloeistof op de eikel aanbracht die daar een beschermlaagje vormde (associatie met verdovende Xylocaine-gel).

Op deze wijze leerde cliënt uiteindelijk zijn eikel daadwerkelijk aan te raken. Vervolgens werd een programma opgesteld waarin deze voor-

stelling gradueel vervangen werd door 'minder beschermende' voorstellingen (second scin, een laagje zalf, een condoom). Tenslotte liet cliënt de imaginaties van een 'beschermlaagje' vallen en verkoos hij verder te gaan met de klassieke desensitisatieprocedure, maar dan met hypnorelaxatie in plaats van progressieve relaxatie.

Terzelfdertijd werd ook meer aandacht geschonken aan de cognitieve component. Cliënt kreeg opdracht zijn zelfspraak te registreren en deze te plaatsen in de vicieuze cirkel van angst → verhoogde aandacht → spanning → toegenomen pijngevoeligheid → pijnsensatie → verhoogde angst etc. Dit deed hij onder meer aan de hand van een oposterformaat in zijn kamer opgehangen 'etiketteringsschema' (cf. Orlemans) waarop hij zijn klacht duidde telkens als hij 'last' had. Mede hierdoor bereikte hij het punt dat hij zijn eikel durfde aan te raken tijdens de desensitisatie-oefeningen, en kon overgestapt worden naar het in vivo hiërarchisch programma.

Op dit punt kwam de therapie echter weerom in een impasse: cliënt bleef pijn ervaren bij elke aanraking van de eikel en de pijn bleef toenemen naargelang de aanraking complexer werd. Door het dagelijks blijven oefenen met de systematische desensitisuatievarianten, kwam er wel enige evolutie in de pijntolerantie, doch dit gebeurde erg langzaam en cliënt raakte weerom ontmoedigd.

3. Exploratieve hypnoprocedure

In die periode bereidden we een workshop voor over 'hypnotherapie bij dyspareunie en vaginisme' (Van Craen, 1986). We wilden een videoopname maken die enkele procedures zou illustreren. Omwille van zijn klacht en omdat hij bovendien een goed hypnosubject was, vroegen we cliënt of hij bezwaar zou hebben om een hypnoprocedure uit te proberen die de bedoeling heeft mogelijk nog niet bewuste informatie over een klacht naar boven te laten komen en deze procedure meteen op videoband op te nemen. Gezien cliënts gekende weerstand op elk voorstel tot exploratie in het verleden waren we erg verbaasd toen hij in het experiment toestemde. Afgesproken werd dat het alleen de bedoeling was een didactische video-opname te realiseren, waarbij het er enkel om ging dat we zouden kunnen tonen hoe je zo'n procedure aanbracht, maar dat het helemaal niet nodig was dat er iets zou 'uitkomen'.

De toegepaste ontdekkende procedure was een combinatie van de 'ideomotor questioning' en 'de zeven vragen van Le Cron' (zie Edelstein, 1984, pp. 54-62). Deze procedure, met als bedoeling het opsporen van ongekende essentiële stimuli, houdt in dat men het subject in een toestand van hypnose zeven vragen voorlegt die de functionaliteit van de klacht en de ontstaansvoorwaarden (de koppeling tussen UCS en CS) verkennen. Nadat deze zeven vragen aan het 'onbe-

wuste' van cliënt worden voorgelegd kan deze antwoorden door middel van vingersignalen.

Op deze wijze vernamen we dat het symptoom a. een doel diende, b. te maken had met een traumatische gebeurtenis toen cliënt zes jaar oud was en c. een vorm van lichaamstaal was.

Cliënt werd uitgenodigd om, nog steeds onder hypnose, te vertellen wat er met hem als zesjarige jongen gebeurde. Cliënt vertelt dan moeizaam en blijkbaar met veel emotionele geladenheid, dat hij als zesjarige herhaaldelijk door zijn grootvader gedwongen werd tot seksuele spelletjes met een nichtje.

Vervolgens werd, nog steeds in trance, een herinterpretatie van de klacht aangeboden, als een gedrag dat toen een duidelijke functie had (ontsnappen uit deze traumatische ervaring). Tevens werd uitgelegd dat de pijn door eenvoudige conditionering is blijven voortbestaan terwijl haar functie intussen al lang verdwenen is. Aansluitend werd de suggestie gegeven dat, nu de betekenis van de pijn achterhaald is, ze kon terugkeren naar waar ze thuis hoort, nl. in het verleden. Dit gebeurde door middel van een imaginatieritueel van een lange bibliotheek met dagboeken, waarbij het boek met de pijnklacht van vooraan naar helemaal achterin wordt geplaatst.

Na dit onverwacht succes beweerde cliënt dat hij zich voordien nooit deze traumatische ervaring had herinnerd, alsof ze uit zijn geheugen was weggeveegd en nu door deze procedure terug in zijn bewustzijn was gekomen.

Wantrouwig tegenover catharsiseffecten, maakten we een nieuwe afspraak om verder te gaan met het gedragstherapeutisch programma. Enkele dagen later belde cliënt ons echter op met de mededeling dat hij voor het eerst in zijn leven een coïtale ervaring had gehad en zijn pijnklacht volkomen verdwenen was. Hij stelde voor de volgende afspraak uit te stellen omdat hij in een examenperiode zat.

Na een maand zagen we cliënt terug. De klacht was niet teruggekeerd en ook de erectiestoornissen waren verdwenen. Hij had reeds verscheidene positieve seksuele ervaringen achter de rug en voelde zich erg opgelucht en gelukkig. Bij follow-upgesprekken na 1, 4 en 12 maanden bleef de symptoomopheffing volledig en beschouwt cliënt zich als 'volledig genezen'.

4. Nabespreking

Het is ons niet duidelijk waaraan we deze symptoomopheffing precies moeten toeschrijven. We blijven weinig overtuigd van de catharsiseffecten van de hypnoprocedure en menen het verrassende effect eerder te moeten verklaren door de cognitieve herstructurering die door deze

procedure mogelijk wordt. Ook mag men zoals Schacht opmerkt (1986), bij het gebruik van hypnose het magisch effect niet geheel overboord gooien. Overigens is bekend hoe het gebruik van hypnotherapeutische procedures binnen een gedragstherapeutische setting ook als een facilitator werkt van zogenaamde aspecifieke factoren (Spinhoven, 1985, p. 342). De positieve verwachting dat deelname aan een sterk geloofwaardige (voor een congres bestemde) procedure effectief zal zijn (Van Dyck, 1985) zal wellicht ook een belangrijke rol gespeeld hebben. Tevens kan de hypnosezitting gezien worden als een kader waarbinnen het verbod dat op het praten over 'oorzaken in het verleden' lag, (eindelijk) overtreden mocht worden (want het 'onbewuste' was aan het woord).

Deze therapie heeft ons ook gestimuleerd om 'hypnotische' varianten van klassieke SD-procedures toe te passen. Wij zijn hierbij geïnspireerd door de werken van Kroger & Fezler (1976) en van Clarke & Jackson (1983). Beide auteursduo's hebben uitgebreid beschreven hoe hypnotherapeutische procedures effectief kunnen aangewend worden binnen een gedragstherapeutisch behandelingsprogramma. Ook Cladder (1984) heeft uitgebreid SD-varianten beschreven vanuit een hypnotherapeutische hoek. In de recente hypnotherapeutische literatuur wordt er steeds vaker op gewezen dat (vooral cognitief gerichte) gedragstherapeuten steeds meer hypnoseprocedures gebruiken, die ze dan 'imaginatieprocedures' noemen. Araoz (1985) geeft een overzicht van de imaginatietechnieken van Ellis, Beck, Meichenbaum en van de coverte operante conditioneringstechnieken van Cautela en noemt ze hypnoseprocedures. Om het met Spinhoven (1985) te zeggen: 'De volgende stelling drukt de complexe relatie tussen hypnose en gedragstherapie misschien nog het best uit. Binnen een gedragstherapeutisch kader kan 'hypnose' effectief zijn zelfs zonder dat er sprake is van hypnose'.

De moeilijkheid in deze therapie bestond voor ons vooral uit het vinden van essentiële aversieve stimuli en te weten hoe erbij te komen. We verwijzen hier naar Burger (1980, p. 33) waar hij stelt: 'Het doel van iedere exploratie is het opsporen van essentiële S's. Slechts ten aanzien van deze S's kunnen de meest zinvolle T's genomen worden. Het is de taak van de therapeut om het verloop van de keten te ontdekken om tenslotte bij de essentiële S's terecht te komen'. De ambachtelijke onmacht (cf. Vandereycken, 1984) om deze wijze woorden te realiseren maakte dat we ons niet zelden in analogie met onze cliënt onmachtig gingen voelen. Achteraf hebben we ons ook de vraag gesteld of het hem hierbij gaat om essentiële S's in termen van 'objectieve waarheid' of om essentiële S's die binnen de ziektetheorie van cliënt als dusdanig aanvaardbaar zijn. En welk pragmatisch verschil er tussen beiden zou zijn.

Het op een onverwachte manier uitkomen bij de oorspronkelijke pijnstimuli betekent ons inziens niet dat we daar anders (met klassie-

ke gedragstherapeutische middelen) niet op uitgekomen zouden zijn. Alleen is het nu wat sneller en misschien wat eleganter gegaan. Het ontdekken van het psychoseksueel trauma uit de kinderperiode van cliënt, heeft ons toegelaten het vermoede, in hypothese 2 beschreven conditioneringsmechanisme, in te vullen. Cosyns & Vlaeyen (1983) stellen het zo: 'Het presenteren van pijnklachten wordt (negatief) bekrachtigd door het niet optreden van een ongewenste situatie (avoidance learning). Zelfs als de pijnstimulatie verdwenen is, kan de pijn blijven voortbestaan. Deze is nl. operant geworden. De patiënt blijft pijn ervaren, maar deze is niet meer onder controle van de nociceptie, maar wel onder de controle van sociale factoren'.

Tenslotte vermoeden we dat ook de twee volgende therapeutische gedragingen een rol hebben gespeeld: Ten eerste, het accepteren van en meeschuiven in het somatisch ziektetheoriekader van cliënt om tot een werkbare therapiesituatie te komen. Daarbij wordt cliënt begeleid van een somatisch naar een leermodel. Ten tweede, het openstellen van het gedragstherapeutisch kader voor technieken uit andere richtingen, waardoor wellicht ook een meer effectieve bevruchting tussen rigoureuze, vaktechnische know-how en niet-specifieke factoren mogelijk was. Graag besluiten we dan ook met een oproep tot verdere exploratie van deze kruisbestuiving.

Summary

The painful penis: A behaviouristic approach with a hypnotic lubricant

The literature on male dyspareunia is shortly reviewed. In a case description of a young man with dyspareunia, special attention is given to the exploration of the complaint. The treatment takes an unexpected and rather successful course.

Key-words: case study, dyspareunia

Literatuur

Annon, J. (1976). *Behavioral treatment of sexual problems.* Maryland: Harper.
Araoz, D. (1985). *The New Hypnosis.* New York: Brunner-Mazel.
Bancroft, J. (1983). *Human sexuality and its problems.* Melbourne New York: Churchill Livingstone.
Brinkman, W. (1975). Langdurige gedragstherapie in een geval van vaginisme. *Tijdschrift voor Psychotherapie, (2)*, 54-70.
Bruinsma, F. & Moors, J. (1977). Behandeling van pijn bij coïtus. In J. Moors, e.a. (Red.), *Helpen bij sexuele moeilijkheden*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Burger, A.W. (1980). *Functie-analyse van neurotisch gedrag.* Amsterdam: Van Rossen.
Cladder, H. (1984). Alternatieven voor systematische desensitisatie. *Tijdschrift voor Directieve Therapie, 4* (1), 42-54.
Clarke, C. & Jackson, A. (1983). *Hypnosis and behavior therapy.* New York: Springer.
Cosyns, P. & Vlaeyen, J. (1983). Pijn, een leertheoretische benadering. *Journal of Head and Neck Path., 2*, 80-84.
Craen, W. van (1986). *Hypnotherapie bij vaginisme en dyspareunie.* Workshop gehouden tijdens het gezamenlijk congres van de Vereniging voor Sexuologie en de Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie, Amersfoort, 3 oktober 1986.
Dijck, R. van (1985). Is psychotherapie een placebo? *Tijdschrift voor Directieve Therapie, 3* (2), 104-144.
Edelstein, M-G. (1984). *Trauma en trance.* Haarlem: De Toorts.
Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral methods for Chronic Pain and Illness.* St. Louis: Mosly.
Friedman, J.M. e.a. (1983). Sexual dysfunctions and their treatment. In M. Bellack, A.S., Hersen & A.E. Kazdin, (Eds.), *International handbook of behaviour modification and therapy.*
Krane, R.J., Siraky, M.B. & Goldstein, I. (1983). *Male sexual dysfunction.* Boston/Toronto: Little, Brown and company.
Kroger, W. & Fezler, W. (1976). *Hypnosis and Behaviour Modification.* Toronto: Lippencott.
Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy.* Boston: Little.
Minoun, M.S. (1985). Male sexuality and chronic genital pain with no perceptable cause. *Am. Urol.*, 18/5, 331-336.
Musaph, H. & Haspels, A.A. (Red) (1983). *Praktische seksuologie.* Deventer: Van Loghum Slaterus.
Schacht, H. (1979). Sexuele stoornissen. In *Handboek voor Gedragstherapie*, Afl. 10, C3.
Schacht, H. (1986), gec. in: Dijkshoorn, R. 'Verslag van het gezamenlijk congres van de Ned. Ver. voor Hypnotherapie en de Vereniging voor Sexuologie', 3/10/'86, Hypnotherapie, *Bulletin NVH*, jrg. 7, *4*, p. 35, n.a.v. een workshop gehouden door H. Schacht.
Schellen, T. (1981). Dyspareunie. *Tijdschrift voor Sexuologie, 6* (2), 108-117.
Spinhoven, P. (1985). Hypnotherapie en gedragstherapie. *Tijdschrift voor Directieve Therapie, 3* (4), 337-364.
Tordjman, G. (1984). The psychosexual repercussion of STD. *Contracept. Fentil. Sex.*, 12/1 Suppl. 257-264.
Vandereycken, W. (1984). Macht en onmacht in de therapeutische relatie. *Gedragstherapie, 17* (4), 313-320.
Zilbergeld, B. (1978), *Male Sexuality.* Boston: Little, Brown.