

Over oorzaken van seksuele dysfuncties*

Joost Dekker**

SB 6-00

Over oorzaken van seksuele dysfuncties is weinig bekend. Onderzoek naar deze oorzaken is van veel belang om tot meer specifieke therapeutische interventies te komen. Er worden twee onderzoeksprojecten besproken, waarin oorzaken van seksueel (dys)functioneren onderzocht worden.

Het betreft (1) onderzoek naar het willekeurig oproepen van seksuele opwinding middels seksuele fantasieën en (2) onderzoek naar de invloed van angst op seksuele opwinding. Het belang van dit onderzoek voor de therapeutische praktijk wordt kort besproken.

Over oorzaken van seksuele dysfuncties is weinig bekend (met seksuele dysfuncties worden problemen bij het vrijen bedoeld, zoals niet seksueel opgewonden worden). Bij behandelingen voor seksuele dysfuncties speelden ideeën over de oorzaak van de problemen lange tijd geen of slechts een ondergeschikte rol. Een goed voorbeeld daarvan zijn Masters en Johnson (1970). Iedereen die bij hen in behandeling kwam kreeg ongeveer dezelfde behandeling, ongeacht eventuele verschillen in de achtergrond van de problemen bij het vrijen.

Helen Kaplan (1974, 1983) besteedt meer aandacht aan oorzaken van dysfuncties. Zij maakt onderscheid tussen biologische en psychologische oorzaken. Deze worden door Kaplan onderverdeeld in directe en diepergelegen oorzaken. De directe oorzaken omschrijft zij als psychologische processen, die op directe wijze seksuele opwinding verstoren: gebrekkige seksuele stimulatie, seksuele angst, het ontbreken van communicatie over het vrijen e.d. De diepergelegen oorzaken van dysfuncties omschrijft zij als de psychologische behoefte om sek-

* Bewerking van een voordracht gehouden op het symposium 'Ontwikkelingen in de seksuologie', 26 maart 1986

** Vakgroep Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht.

sueel plezier en opwinding te vermijden. Bij de diepergelegen oorzaken gaat het om negatieve culturele opvattingen over seks, om een heel scala van neurotische conflicten, om traumatische gebeurtenissen en om relationele problemen.

Kaplan adviseert om bij de behandeling van problemen bij het vrijen de directe oorzaken middels gedragstherapeutische technieken te veranderen. Om de diepergelegen oorzaken te veranderen zijn verdergaande psychotherapeutische interventies nodig. Dit model van Kaplan heeft een aantal aantrekkelijke kanten. Het onderscheid tussen directe en diepergelegen oorzaken biedt de mogelijkheid om de problemen van een cliënt op eenvoudige wijze te structureren. Voor zowel therapeut als cliënt biedt het houvast om een aantal directe en een aantal diepergelegen oorzaken van het probleem aan te wijzen. Omdat Kaplan's model ook duidelijke aanwijzingen geeft omtrent therapeutische ingrepen, lijkt de situatie ideaal.

Er is echter toch een probleem: Kaplan's model is niet of nauwelijks op onderzoeksgegevens gebaseerd. Behalve gevalsbeschrijvingen presenteert Kaplan zelf helemaal geen gegevens die haar model ondersteunen. Maar ook elders in de literatuur zijn er nauwelijks gegevens beschikbaar over oorzaken van problemen bij het vrijen. Men zou kunnen stellen dat kennis over oorzaken van problemen niet zo belangrijk is, als er therapeutisch maar goede resultaten behaald worden. Helaas zijn de resultaten van behandelingen voor dysfuncties niet zodanig dat men zich dit standpunt kan veroorloven. Vermoedelijk weet elke hulpverlener wel dat behandelingen dikwijls mislukken. Dit blijkt ook uit geformaliseerd onderzoek: er is overtuigend aangetoond dat sekstherapie resultaat heeft; maar uit hetzelfde onderzoek blijkt ook dat de hulpverlening dikwijls faalt (zie Everaerd, 1983). Verder is gebleken dat het niet zoveel uitmaakt welk soort behandelingsmethode men gebruikt: een groot aantal verschillende methoden leidt tot ongeveer dezelfde resultaten (zie Dekker, 1985; Dekker en Everaerd, 1986). Dit gegeven wijst erop dat met de bestaande methoden het seksuele functioneren op globale wijze verbeterd kan worden; van specifieke, doelgerichte interventies is echter geen sprake.

Gezien deze resultaten lijkt het zinvol de oorzaken van dysfuncties nader te onderzoeken. Als het duidelijk is hoe het komt dat iemand problemen bij het vrijen heeft, wordt het mogelijk om meer specifieke behandelingen te ontwikkelen. De globale verbetering van het seksuele functioneren die nu mogelijk is, zal dan geleidelijk aan aangevuld kunnen worden met meer specifieke interventies. Ik zal twee recente onderzoeksprojecten bespreken: ons eigen onderzoek en dat van Barlow en zijn medewerkers uit New York. In beide projecten wordt onderzoek gedaan naar directe oorzaken van dysfuncties. Een gemeenschappelijk kenmerk is verder dat seksuele opwinding onder zorgvuldig gecontroleerde omstandigheden onderzocht wordt.

Willekeurige beïnvloeding van seksuele opwinding

De centrale vraag die aan ons eigen onderzoek ten grondslag ligt is: hoe komt seksuele opwinding op gang? Voordat mensen met elkaar gaan vrijen en elkaar daarbij lichamelijk stimuleren, is er meestal al sprake van een eerste begin van opwinding. De meeste mensen beginnen aan vrijen omdat ze daar zin in hebben en zich in meer of mindere mate opgewonden voelen. Waar komen deze gevoelens vandaan? Gedachten, fantasieën en herinneringen aan seks blijken hier een belangrijke rol te spelen. Door middel van gedachten, fantasieën en herinneringen roepen mensen seksuele opwinding bij zichzelf op. Seksuele opwinding komt op gang doordat mensen aan seks denken.

Toch leidt lang niet elke gedachte aan seks tot seksuele opwinding. Wij hebben net een onderzoek afgerond, waarin we onder meer na wilden gaan waarom gedachten en fantasieën de ene keer wel en de andere keer niet opwindend zijn (Dekker en Everaerd, i.v.). Het idee achter dit onderzoek is dat mensen pas opgewonden worden als ze op een seksueel-gevoelsmatige manier betekenis aan een situatie geven. Ik bedoel daarmee het volgende: situaties en gebeurtenissen, zoals een ontmoeting met een aantrekkelijk persoon, zijn op zich niet seksueel opwindend; ook de gedachte aan een dergelijke gebeurtenis is op zich niet opwindend. Pas als iemand zich inleeft in *seksuele gevoelens* die hij of zij in een situatie zou kunnen beleven, ontstaat er seksuele opwinding. Dit inleven in seksuele gevoelens komt meestal vanzelf en ongemerkt op gang. Maar we veronderstelden dat mensen tot op zekere hoogte zelf kunnen bepalen of ze zich inleven in seksuele gevoelens.

We hebben dit als volgt onderzocht. We nodigden mannen en vrouwen uit voor een onderzoek en vroegen aan ieder van hen onder meer of ze een tijdje over iets seksueels wilden fantaseren. De helft van de proefpersonen vroegen we om zich in hun fantasie uitsluitend seksuele situaties en gebeurtenissen voor te stellen. De andere helft van de proefpersonen vroegen we om zich, behalve situaties en gebeurtenissen, ook hun eigen seksuele gevoelens in die situatie voor te stellen. Na het fantaseren gaven de proefpersonen aan hoe opgewonden ze zich gevoeld hadden. Tevens werd tijdens het fantaseren bepaald hoe opgewonden ze in lichamelijk opzicht waren. Daartoe werden veranderingen in de doorbloeding van de penis, resp. de vagina bepaald. Hoe dat precies in z'n werk gaat is elders beschreven (Dekker en Everaerd, i.v.).

Het resultaat van dit onderzoek: seksuele opwinding was sterker als de proefpersonen zich voorstelden hoe ze zich zouden *voelen* bij bepaalde gebeurtenissen, dan als ze zich uitsluitend seksuele gebeurtenissen voorstelden. Dit gold voor zowel de beleving als de lichamelijke reactie en het gold zowel voor mannen als voor vrouwen. Dit resultaat geeft steun aan de veronderstellingen waar we

vanuit gingen: pas als mensen op een gevoelsmatige manier betekenis aan seksuele gebeurtenissen geven, ontstaat er seksuele opwinding; en: tot op zekere hoogte kunnen mensen zelf bepalen of ze zich in seksuele gevoelens inleven.

Sommige mensen worden heel makkelijk seksueel opgewonden als ze fantaseren, anderen niet of nauwelijks. Ons idee is dat deze verschillen onder meer samenhangen met seksuele ervaringen die mensen al of niet gehad hebben. Bijvoorbeeld, van masturberen veronderstelden we dat mensen daardoor leren om via fantaseren seksuele opwinding op te roepen. In een ander onderzoek (Dekker et al., 1985) vonden we dat mensen die regelmatig masturberen inderdaad relatief makkelijk seksueel opgewonden worden bij het fantaseren. Dit geeft steun aan ons idee dat mensen kunnen *leren* dat ze opwinding op kunnen roepen door middel van fantasieën e.d.

Wat zeggen deze gegevens nu over oorzaken van dysfuncties? Strikt genomen niets, want we hebben alleen mensen onderzocht die een min of meer bevredigend seksueel leven leidden. Maar het onderzoek biedt wel een aantal goede aanknopingspunten. Ten eerste, in dit onderzoek werd uitgegaan van een heel 'actief' idee over het ontstaan van seksuele opwinding. Mensen roepen zelf seksuele opwinding op door middel van hun gedachten. Bij veel cliënten met problemen rond het vrijen leeft een tegengesteld idee: zij vatten seksuele opwinding op als iets wat hen overkomt en zij gedragen zich daar ook naar. Deze mensen rapporteren vaak ook geen ervaringen waarin ze geleerd zouden kunnen hebben om zelf seksuele opwinding op te roepen. Vermoedelijk is deze meer passieve opstelling ten aanzien van opwinding een belangrijke oorzaak van dysfuncties. Het tweede aanknopingspunt dat ons onderzoek biedt, is dit: veel cliënten – vooral mannen – gaan juist wel op een actieve manier met seksuele opwinding om. Bijna alle mannen hebben gemasturbeerd; ook het vrijen met een partner weten zij vaak zo in te richten dat het voor hen opwindend zou kunnen zijn. Dat ze toch niet opgewonden worden of geen zin hebben om te vrijen, wordt dikwijls veroorzaakt doordat ze niet of nauwelijks op hun seksuele gevoelens letten. Deels zijn mannen niet gewend om op hun (seksuele) gevoelens te letten, deels doen zij er juist extra moeite voor om gevoelens af te weren. Ook deze afweer van gevoelens lijkt een belangrijke oorzaak van seksuele dysfuncties.

Angst en seksuele opwinding

Het is een wijdverbreide veronderstelling dat angst een belangrijke oorzaak van seksuele dysfuncties is. Zowel psycho-analytici als gedragstherapeuten als seks-therapeuten schrijven problemen bij het vrijen toe aan angst (Fenichel, 1945; Wolpe, 1958; Masters en Johnson, 1970; Kaplan, 1969). Deze ongekende eensgezindheid is echter uitsluitend op klinische observaties gebaseerd. Bovendien

zijn er gegevens die in strijd zijn met de veronderstelling dat angst seksuele opwinding remt. Mannen die onder soms forse bedreiging door vrouwen verkracht werden, bleken lichamelijk wel degelijk te reageren (Sarrell en Masters, 1982).

In een serie experimenten hebben Barlow en zijn medewerkers (1986) het verband onderzocht tussen angst en opwinding. In deze onderzoeken lieten zij mannen naar een erotische film kijken. Aan deze mannen werd meegedeeld dat zij een elektrische schok zouden krijgen als ze niet voldoende opgewonden werden (de proefpersonen werden alleen bedreigd met een schok; ze kregen nooit daadwerkelijk een schok). Barlow en zijn medewerkers onderzochten hoe mannen die géén problemen hadden en mannen die wél problemen bij het vrijen hadden, op deze bedreiging met een elektrische schok reageerden. Mannen die geen problemen hadden werden *sterker* seksueel opgewonden als ze bedreigd werden dan als ze niet bedreigd werden. Dit resultaat is precies het *omgekeerde* van wat men op grond van klinische observaties zou verwachten. Mannen die wel dysfuncties hadden, bleken echter *minder* opgewonden te worden als ze bedreigd werden. Dit komt *overeen* met de klinische observaties.

Om de betekenis van deze resultaten duidelijk te maken, bespreek ik eerst een tweede experiment. Barlow en zijn medewerkers onderzochten de invloed van afleidende gedachten op seksuele opwinding. Mannelijke proefpersonen keken opnieuw naar een erotische film. Ze luisterden tegelijkertijd naar een bandje waarop een niet-seksueel verhaal verteld werd. Tevoren was aan de proefpersonen gezegd dat ze goed naar het verhaal moesten luisteren en dat ze na afloop vragen over het verhaal zouden moeten beantwoorden. Zonder dit afleidende verhaal werden zowel mannen met als mannen zonder problemen opgewonden van de film. Als ze afgeleid werden door het niet-seksuele verhaal bleken mannen zonder seksuele problemen *minder* seksueel opgewonden te worden. Tot hun verbazing vonden Barlow c.s. echter dat mannen met seksuele problemen *niet* beïnvloed werden door de afleiding.

Barlow interpreteert deze resultaten als volgt. In een seksuele situatie richten mannen die *wel* problemen hebben bij het vrijen hun aandacht op wat er allemaal mis kan gaan bij het vrijen. Ze letten niet op seksuele prikkels, maar op afwijzende reacties van hun partner en hun eigen negatieve gevoelens die op zouden treden als ze niet opgewonden worden. Als mannen met problemen bedreigd worden, wordt dit proces nog eens extra in gang gezet: ze richten zich meer op de negatieve consequenties van niet opgewonden worden; dit belemmert hun opwinding. Omdat deze mannen uit zichzelf al slecht op seksuele prikkels letten, heeft een neutrale afleiding – zoals naar een niet-seksueel verhaal luisteren – verder niet veel invloed meer. Mannen die *géén* problemen bij het vrijen hebben, letten goed op seksuele prikkels en worden daardoor makkelijk opgewonden. Als deze mannen afgeleid worden (bijv. door een niet-seksueel verhaal), letten

ze slechter op de seksuele prikkels en worden minder opgewonden. Deze mannen zonder problemen laten zich door de bedreiging met een schok kennelijk niet afleiden. Dat bij deze mannen de bedreiging tot meer opwinding leidde, schrijft Barlow toe aan fysiologische reacties, die de erectie versterken. Gezien de resultaten van ons eigen onderzoek naar willekeurige beïnvloeding van seksuele opwinding, is het echter ook mogelijk dat deze mannen precies deden wat er van hen verlangd werd: Barlow vroeg hen – weliswaar op een tamelijk onvriendelijke manier, door ze met een schok te bedreigen – om seksueel opgewonden te worden; door zich goed in te leven in seksuele gevoelens zorgden zij ervoor dat dat ook gebeurde.

Wat is de betekenis van dit onderzoek ten aanzien van oorzaken van dysfuncties? Bij bepaalde mensen is bedreiging een oorzaak van verminderde opwinding, bij anderen juist niet. Zoals Barlow zelf al opmerkt, is het totaal onduidelijk waarom mensen zo verschillend reageren op een bedreiging. Het ligt voor de hand de oorzaak van deze verschillen in vroegere ervaringen te zoeken, maar daarover is niets bekend. Wat het werk van Barlow en zijn medewerkers wel duidelijk maakt, is *hoe* angst tot vermindering van opwinding leidt. Angst stoort de aandacht: mensen met problemen letten niet op seksuele prikkels, maar op wat er allemaal mis zou kunnen gaan bij het vrijen. Net als in ons eigen onderzoek blijkt de manier waarop mensen tegen situaties aankijken, bepalend te zijn voor opwinding. In technische termen: oorzaken van dysfuncties liggen in de cognitieve verwerking van seksuele stimuli.

Onderzoek en behandeling

Tot slot wil ik terugkomen op de relatie tussen dit soort onderzoek en de therapeutische praktijk. Hulpverleners hebben dikwijls weinig boodschap aan onderzoek zoals ik dat besproken heb. Wat smalend merken zij dan op dat de onderzoekers met veel moeite vastgesteld hebben wat zij allang wisten. Deze houding ten opzichte van onderzoek is mijns inziens niet terecht. Natuurlijk is het geen nieuw idee dat cognitieve processen een rol spelen in seksuele dysfuncties. In het onderzoek dat hierboven beschreven is, zijn deze cognitieve processen echter nader gespecificeerd. Deze precisering betekent een belangrijke bijdrage tot het beter begrijpen van oorzaken van seksuele dysfuncties.

Omgekeerd hebben onderzoekers ook zo de nodige verwijten aan het adres van hulpverleners. Op een tamelijk hooghartige manier constateren zij dat hulpverleners de literatuur onvoldoende bijhouden. Ik ben van mening dat onderzoekers zich op dit punt wat bescheidener op zouden moeten stellen. Ontwikkelingen in de seksuologie vinden in een veel langzamer tempo plaats dan onderzoekers soms pretenderen.

De relatie tussen onderzoek en therapie is op zich niet zo onduidelijk of problematisch. Het is eerder de relatie tussen onderzoekers en therapeuten die problemen oplevert. Onderzoek en behandeling zijn twee nogal verschillende werkzaamheden. Bij *onderzoek* worden ingewikkelde problemen gereduceerd tot eenvoudige vraagstellingen. Verder moet elke persoon onder zoveel mogelijk dezelfde omstandigheden onderzocht worden: dit vereist dat de proefpersoon zich aanpast aan de onderzoekssituatie. Bij een *behandeling* is het nodig allerlei verschillende aspecten van een probleem aan de orde te laten komen. Verder dienen de interventies aangepast te worden aan het gedrag van de cliënt. Deze verschillen tussen onderzoek en behandeling in de aard van de werkzaamheden leiden snel tot samenwerkingsproblemen. Het heeft weinig zin om onderzoekers en therapeuten geforceerd op dezelfde manier te laten werken. Het heeft meer zin om onderzoekers en therapeuten aan elkaar te binden door middel van de ideeën die aan hun werk ten grondslag liggen. Zowel ons eigen onderzoek als dat van Barlow is voor een belangrijk deel gebaseerd op ideeën die therapeuten geopperd hadden. Omgekeerd hoop ik dat therapeuten hun voordeel zullen doen met de nadere uitwerking en nuancering van deze ideeën, die in het onderzoek plaatsvindt.

Literatuur

- Barlow, D. H. (1986), The causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Dekker, J. (1985), Seksuele dysfuncties: een inventarisatie van het Nederlandse onderzoek. In: Moors-Mommers, M. e.a. (red.), *Handboek Seksuele Hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dekker, J. & Everaerd, W. (1986). Nederlands onderzoek naar seksuele dysfuncties: een overzicht. *Klinische Psychologie in Nederland, Deel IV*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dekker, J. & Everaerd, W. (in voorbereiding), Cognitive processing of sexual stimuli: effects on sexual arousal.
- Dekker, J., Everaerd, W. & Verhelst, N. (1985), Attending to stimuli or to images of sexual feelings: effects on sexual arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 139-149.
- Everaerd, W. (1983), Failure in treating sexual dysfunctions. In: Foa E. B. & Emmelkamp P. M. G. (eds), *Failures in Behavior Therapy*. New York: Wiley.
- Fenichel, O. (1945), *The Psychoanalytic Therapy of Neurosis*. New York: Norton.
- Kaplan, H. S. (1974), *The New Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H. S. (1979), *Disorders of Sexual Desire*. London: Balliere Tindall.
- Kaplan, H. S. (1983), *The Evaluation of Sexual Disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1970), *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown and Company.
- Sarrell, D. M. & Masters, W. H. (1982), Sexual molestation of men by women. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 117-131.
- Wolpe, J. (1958), *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: Stanford University Press.