

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE.....	2
INLEIDING	3
1. WAT IS SEKSVERSLAVING.....	5
1.1. PROBLEEMOMSCHRIJVING.....	5
1.2. DIAGNOSTISCHE CRITERIA	7
1.3. KENMERKEN.....	8
1.4. HOE GROOT IS HET PROBLEEM?	9
1.5. OORZAKEN	10
1.6. CO-VERSLAVING.....	14
2. DE BEHANDELING VAN SEKSVERSLAVING	17
2.1. INLEIDING	17
2.2. PROBLEEMBEPALING EN PROBLEEMBESPREKING.....	17
2.3. PROBLEEMOPLOSSING	19
2.4. PROBLEEMBEHANDELING.....	24
2.5. DE AFSLUITING.....	31
LITERATUUR	32
NOTEN	33

Inleiding

Zo'n drie jaar geleden begon mijn interesse in seksverslaving meer vorm te krijgen. Ik ontmoette op mijn werk bij 'Stichting de Driehoek' steeds vaker mannen die aangaven te worstelen met hun seksuele gedrag. Sommigen noemden het zelfs verslaving.

Dit zette mij aan het denken. Hoe komt het dat mannen (en vrouwen) hiermee worstelen? Is het inderdaad verslaving of heeft het te maken met de christelijke achtergrond van deze mannen waarin er nog steeds een behoorlijk taboe ligt op seks?

Alhoewel ik denk dat christelijke mannen eerder lást hebben van bepaalde seksuele gedragingen, kwam ik toch elke keer ook andere persoonlijke moeiten tegen. En vaak leek het alsof deze mannen hun persoonlijke moeiten via seks ontvluchtten.

Wanneer ik aan het werk ging met deze mannen dan ontmoette ik steeds een patroon van machteloosheid. Ik probeerde hen te helpen naar mijn vermogen door hun inzicht te geven in de werking van symptomen. Ik stelde hen voor de vraag wat ze in plaats van seks wilden en hielp hen manieren te vinden om hier uiting aan te geven. Steeds weer merkte ik dat hoe gemotiveerd we ook aan het werk waren, er geen verbetering in hun problematiek kwam. Vol goede moed begonnen de mannen. Ze wilden van hun verslaving af, maar konden steeds weer niet de kracht en de moed vinden om er mee te stoppen. Thuis was de verleiding van de computer, het blaadje, de telefoon of de seksuele drang steeds weer te groot. Voor hen frustrerend, maar ook voor mij als hulpverlener.

Ik merkte dat mijn hulpverlenersbagage niet toerijkend was voor deze problematiek. Ik voelde me steeds onzekerder worden over mijn deskundigheid, maar kreeg wel als enige mannelijke hulpverlener, al deze mannen naar mij toegeschoven. Ik begon te lezen, maar wat ik las hielp mij maar weinig verder.

Dit probleem raakte ook aan mijn eigen seksualiteit. Ik herkende sommige van de moeiten van deze mannen in mijn eigen leven. Dit maakte mij enerzijds realistisch naar mijn cliënten toe maakte. Zo van 'ik herken het' en 'je bent nu eenmaal een seksueel wezen'. Anderzijds had ik het gevoel hierdoor weinig nieuws te kunnen inbrengen. Ik kreeg steeds meer het gevoel luchtballonnen te verkopen.

Toen wij als instelling een studiedag rond dit onderwerp wilden organiseren, viel het me op dat er in Nederland maar weinig instanties zijn die zich bezighouden met seksverslaving. Seksuologen behandelen het niet en ook andere instanties die zich bezighouden met de hulpverlening rond seksuele problemen, hebben geen expertise op dit gebied. Ik vond twee instellingen in Nederland die een programma aanboden voor seksverslaving, de Stichting Nationaal Preventie en Informatie Bureau Seksverslaving (NPIBS) in Amsterdam en Stichting EHAH (pastorale hulpverlening rond seksuele identiteit) ook in Amsterdam. Het NIPBS gaf in een telefoongesprek aan de enige instantie in Nederland te zijn die het probleem serieus zou nemen en sprak over de epidemie van de toekomst. Nu, ruim drie jaar later, is er volgens het NPIBS niet veel veranderd.

Toen ik in september 2002 begon met de driejarige opleiding 'Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie' aan het Kempler Instituut, werd mij al snel duidelijk dat seksverslaving het onderwerp voor mijn eindschrift zou worden. De Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie leek mij een methodiek bij uitstek om ook seksverslaving mee te behandelen. Het leek me een uitdaging om me daar eens verder in te verdiepen. In deze scriptie wil ik de ideeën die er in de afgelopen twee jaar in mijn hoofd zijn ontstaan, gaan uitwerken.

Mijn probleemstelling voor deze scriptie is:

Op welke wijze kan ik de methodische visie van de Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie toepassen in het behandelen van mensen die verslaafd zijn aan seks.

Ik wil deze probleemstelling uitwerken in twee vragen:

- 1) Wat is seksverslaving uitgaande van de Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie?**
- 2) Hoe kunnen de principes van de Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie worden toegepast in de behandeling van seksverslaving?**

In hoofdstuk 1 formuleer ik een antwoord op vraag 1. Ik ga in op de vraag wat seksverslaving is, op de kenmerken van seksverslaving en op de vraag waardoor seksverslaving ontstaat. Ik benader de bestaande visies op seksverslaving vanuit de principes van de Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie.

In hoofdstuk 2 formuleer ik een antwoord op vraag 2. Ik houd in dit hoofdstuk een aantal gangbare behandelmethodieken tegen het licht en confronteer deze met de uitgangspunten van de Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie. Met gebruikmaking van deze andere visies beschrijf ik hoe vanuit de Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie seksverslaving behandeld kan worden.

Ik gebruik in deze scriptie de mannelijke aanspreekvorm wanneer ik het heb over seksverslaafden, en voor hun partners de vrouwelijke vorm. Dit betekent overigens niet dat vrouwen niet verslaafd aan seks kunnen zijn!

Ik heb deze scriptie 'Gollum's ring' genoemd, naar het bekende karakter Gollum uit 'Lord of the Rings' van J.R. Tolkien. Gollum vond een kostbare ring, maar deze ring begon steeds meer zijn kwade invloed op Gollum uit te oefenen. Zo kan seksverslaving uitgroeien tot een kwade macht die het leven van mensen tragisch beïnvloedt. Er is nog meer uit de analogie van Tolkien dat ik wel van toepassing vind op deze scriptie. Het schrijven was een zoektocht, een queeste. Met dit product is deze queeste volbracht, maar de vragen zijn niet ten einde. Door deze scriptie in praktijk te gaan brengen zullen er nieuwe vragen rijzen, nieuwe problemen gaan ontstaan. De tocht gaat daarom voort!

Ferdinand Bijzet

Barneveld, augustus 2004

1. Wat is Seksverslaving

1.1. Probleemomschrijving

'Ik bekijk regelmatig sekssites op het internet en bevredig mij zelf daarbij. Ik kan er niet mee stoppen en denk dat ik er aan verslaafd ben...' schrijft Peter op zijn aanmeldformulier. Met deze uitspraak zitten we midden in het onderwerp van dit hoofdstuk namelijk: wat is seksverslaving?

Een eenvoudige definitie van verslaving is 'dat de persoon een pathologische relatie heeft met een chemisch middel dat zijn stemming beïnvloedt'. Zo heeft bijvoorbeeld een alcoholist een pathologische relatie met alcohol waardoor zijn stemming wordt beïnvloedt. Deze relatie is voor hem belangrijker dan de relatie die hij met zijn familie heeft. Hij heeft alcohol nodig om zich goed te voelen.

Nu is het feit dat alcohol verslavend kan werken al jaren geen discussiepunt meer. Maar verslaafd aan seks, kan dat ook? De term seksverslaving is in de Geestelijke Gezondheidszorg een relatief nieuw en omstreden begrip. In de DSM-IV komt de term niet voor. Verder blijkt uit onderzoek van het Stichting Nationaal Preventie en Informatie Bureau Seksverslaving (NPIBS)ⁱ dat veel hulpverleners sceptisch tegenover seksverslaving staan. Met name het feit dat de term ontleend is aan Amerikaans onderzoek, en men de preutsheid van de Amerikanen er te dik bovenop vindt liggen, werkt deze scepsis in de hand. Goede (2003) beschrijft de weerstand die hij ervaren heeft in zijn pleidooi voor erkenning van het probleem van seksverslaafden. En een rondgang op internet laat zo een aantal negatieve reacties zien. Op de site www.nvsh.nl is het volgende te vinden: *'Het grootste bezwaar tegen de beweging tegen seksverslaving is dat van alle verschijnselen en gedragingen die zij seksverslaving noemen, slechts een klein gedeelte echt 'verslaving' is, zoals boven beschreven is. De rest, ongeveer 95%, bestaat uit voorbeelden van wat wij variaties van seksueel gedrag noemen.'*

De vraag is dus wanneer we kunnen spreken van seksverslaving. Henrike de Kraker (2002)ⁱⁱ definieert seksverslaving als: 'Het gebruik van seks als copingmechanisme bij het hanteren van stressfactoren, waarbij sprake is van groeiende afhankelijkheid in lichamelijk, emotioneel en geestelijk opzicht.'

Goede (2003) omschrijft het als: 'Een seksverslaafde is een mens die een 'patroon van gedrag heeft, waarover hij de controle is kwijt geraakt, waar hij de wens heeft om daarmee te minderen of te stoppen, daar ook pogingen toe onderneemt, maar daar niet in slaagt en daar negatieve consequenties van ondervindt.' Hij voegt daaraan toe: 'Seksverslaving is een progressieve ziekte die niet kan worden genezen, maar wel tot staan kan worden gebracht.'

Mike Cleveland (2002) omschrijft het als 'captivity in impurity, the person is in bondage.' Cleveland legt de nadruk op het gevangen zitten in seksueel gedrag en daar niet los van kunnen komen.

Deze formulering van Cleveland spreekt mij wel aan. Bij seksverslaving kiest iemand niet meer voor het gedrag, maar is er afhankelijk van. Duidelijk is dat er sprake moet zijn van een bepaalde afhankelijkheid van seks om van seksverslaving te kunnen spreken.

We kunnen dezelfde eenvoudige definitie dat verslaving 'een pathologische relatie met een chemisch middel is dat de stemming beïnvloedt' toepassen op seksverslaving. Iemand die verslaafd is aan seks, is een persoon voor wie seks de meest belangrijke relatie in het leven is. Belangrijker dan echtgenoot, gezin, werk of vrienden. Seks is geworden tot een middel dat de stemming van de persoon bepaalt.

Persoonlijk spreek ik van seksverslaving wanneer er in het leven van de persoon een patroon is ontstaan waarbij de persoon zijn emotionele behoeften bevredigt door middel van seks, of een seksuele uiting. De persoon is de controle over dit patroon kwijtgeraakt. Seks is geworden tot een middel dat de persoon nodig heeft om zich goed te voelen, terwijl de persoon eigenlijk behoefte heeft aan iets anders, maar niet weet hoe hij dit moet verkrijgen.

Deze afhankelijkheid van seks heeft ook een lichamelijke component. Voor en tijdens een orgasme vinden er namelijk allerlei chemische processen in de hersenen plaats. Het lichaam produceert tijdens een orgasme adrenaline en dopamine. Beide stoffen zorgen voor een prettig gevoel én kunnen een verslavende werking hebben. Deze verslavende werking van adrenaline en dopamine zie je ook bij topsporters. Het lichaam van topsporters maakt veel adrenaline en dopamine aan. Wanneer zij stoppen met sporten blijft het lichaam nog lang om meer adrenaline en dopamine vragen.

Wanneer iemand zijn emotionele behoeften leert te vervullen door middel van seks, dan leert het lichaam emotionele behoeften te stillen met dopamine. Zo ontwikkelt zich langzaam maar zeker een verslaving aan dopamine en dus aan seks. Ook verslaving aan adrenaline speelt een rol. De opwindingsdiepe persoon vooraf ervaart zorgt voor een verhoogd adrenalineniveau. Hierdoor went de persoon aan een hoog niveau van adrenaline waardoor het lichaam regelmatig om meer adrenaline (en dus spanning en opwindingsdiepe) vraagt.

Bij seksverslaving kun je denken aan de volgende gedragingen: cyberseks (bekijken van pornografisch materiaal via internet), masturbatie, voyeurisme, meerdere relaties op hetzelfde moment, prostitutie, het bellen van sekslijnen, sm-seks, etc. Nu zijn deze gedragingen niet per definitie problematisch, of met andere woorden een verslaving. Zoals niet iedereen die wel eens een borrel drinkt verslaafd is aan alcohol. Deze gedragingen worden pas problematisch wanneer ze gaan functioneren als een middel waar de persoon afhankelijk van is om zich goed te voelen.

Dr. Patrick Carnes (1989), de grote deskundige op het gebied van seksverslaving, beschrijft drie niveaus van seksverslaving. Onder het eerste niveau beschrijft hij seksueel gedrag dat in onze cultuur als normaal wordt beschouwd. Te denken valt aan masturbatie, pornografie en prostitutiebezoek.

Onder het tweede niveau beschrijft hij gedrag dat in onze cultuur niet algemeen geaccepteerd is en waarbij er sprake is van slachtoffers. Te denken valt aan exhibitionisme, voyeurisme, ongewenste telefoontjes, etc. De plegger kan voor zijn gedragingen vervolgd worden.

Het derde niveau bevat de gedragingen waarbij er sprake is van een duidelijke aantasting van de waarden van de mens. Gedragingen die op grote maatschappelijke afkeur kunnen rekenen. Het gaat hier om het molesteren van kinderen, pedofilie, incest en verkrachting. Carnes geeft aan dat de niveaus elkaar niet per definitie opvolgen. Toch is er wel een verhoogd risico dat iemand die op het eerste niveau verslaafd seksueel gedrag vertoont ook op termijn gedrag van het tweede en derde niveau gaat vertonen.

1.2. Diagnostische criteria

Deskundigen die zich met seksverslaving bezighouden, zoals Carnes en Goede, beschrijven seksverslaving als een progressieve ziekte. Dit komt voort uit het feit dat ook alcoholisme door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) als een ziekte is geclassificeerd. Door seksverslaving als een ziekte te beschrijven geven ze uiting aan de enorme machteloosheid die verslaafden ervaren om zelf iets aan het probleem te doen. Wanneer seksverslaving een ziekte is, ontschuldigt dit de persoon. Ze proberen hiermee erkenning en begrip voor verslaafden aan seks te bewerkstelligen.

Voor de mensen die verslaafd zijn aan seks is het inderdaad prettig dat er meer her- en erkenning is voor hun probleem. Maar de vraag is of we hier inderdaad moet spreken van een ziekte. Daarnaast is het de vraag of de ziektebenadering wel bijdraagt aan het herstel. Met name wanneer je seksverslaving ziet als een symptoom van een ander onopgelost conflict. Ik kom hier verderop in dit hoofdstuk nog op terug.

Zowel Carnes (1989) als Goede (2003) pleiten voor wetenschappelijk erkende diagnostische criteria. De reden voor dit pleidooi is dat erkende diagnostische criteria een erkenning zou betekenen voor de vele mensen die worstelen met dit probleem. Daarnaast zouden deze diagnostische criteria leiden tot een eerdere herkenning van het probleem. Carnes en Goede vinden dit belangrijk omdat seksverslaving nu nog maar weinig gediagnosticeerd wordt. Vaak wordt hun probleem gerelativeerd, of als het wel serieus genomen wordt gediagnosticeerd onder de noemer 'obsessief compulsieve stoornis'. Goede vindt dat deze vlag de lading niet dekt en verzet zich hiertegen. Bij een obsessief compulsieve stoornis is er, volgens hem, sprake van gedrag dat door de persoon als hinderlijk wordt ervaren. Bij seksverslaving gaat het juist om gedrag dat ten tijde van de daad als bijzonder prettig wordt ervaren.

Door onder andere Carnes zijn er uitgebreide onderzoeksmethoden ontwikkeld om te komen tot de diagnose seksverslaving. In het kader van deze scriptie is het echter niet mijn bedoeling hier uitgebreid bij stil te staan. Deze keuze heeft te maken met mijn visie op diagnoses. Wanneer je de diagnose als een fase ziet die voorafgaat aan de hulpverlening en het vervolg van de hulpverlening bepaalt, is het belangrijk om daar duidelijke criteria voor op te stellen. Deze visie op de diagnose komt binnen de Geestelijke Gezondheidszorg veel voor.

Een andere visie op de diagnose, waarin ik mij meer kan vinden, is de visie zoals die door Bouwkamp en De Vries (1992) wordt verwoord: '...de diagnose is een relationeel onderdeel van de behandeling en bestaat uit een zich steeds wijzigende hypothesevorming en hypothesetoetsing omtrent de te ondernemen acties.'

Ik beschouw een diagnose als een werkhypothese, die ontstaat in relatie met de cliënt en die gedurende de behandeling steeds aangepast wordt. Deze werkhypothese probeert het

antwoord te vinden op de vraag: Wat brengt de cliënt in de problemen? en Waardoor kan hij weer uit de problemen komen? Walter Kempler (1974) zegt: 'Wil een diagnose of beschrijving zin hebben dan moet ze een weg aangeven; door het inzicht dat we door zo'n diagnose krijgen moeten we ons van het probleem kunnen verwijderen'.

Mijn moeite met het pleidooi van Goede en Carnes voor diagnostische criteria is, dat zij pleiten voor een diagnose die wel het probleem beschrijft, maar niet een weg wijst bij het probleem vandaan. Daarnaast hebben diagnostische criteria ook altijd een uitsluitende werking: jij wel, jij niet! Hierdoor bestaat het risico dat de criteria voorbij gaan aan de moeiten die iemand ervaart. Daar gaat het immers om: lijdt de persoon onder zijn of haar gedragingen? Ervaart deze de uitingen als problematisch en waarom? Wat aan het gedrag van de cliënt is waarom een probleem voor hem? De vraag: 'Wanneer een seksuele uiting onder de classificatie seksverslaving valt?', is voor mij daarom minder relevant.

Belangrijker lijkt mij om gewoon te erkennen dat een grote groep mensen (naar schatting 800 000 in Nederland) worstelt met seksueel gedrag waarover zij de controle zijn kwijtgeraakt.

In deze scriptie kan de term seksverslaving daarom in de breedste zin worden opgevat als alle seksuele gedragingen waarover de persoon in kwestie geen controle meer heeft en die door hem als problematisch worden ervaren. De koppeling aan verslaving is daarin behulpzaam omdat het de lichamelijke component van het probleem een plaats geeft. Dit kan helpen om een route bij het probleem vandaan te formuleren.

1.3. Kenmerken

Alhoewel ik in deze scriptie dus niet uitgebreid stil wil staan bij de diagnostische criteria wil ik wel gebruik maken van de kenmerken van seksverslaving (de diagnostische criteria) die Carnes (1991) in zijn boek 'Don't Call it Love' beschrijft. Deze kenmerken geven namelijk duidelijk inzicht in wat een persoon die aan seks verslaafd is, ervaart. Globaal gaat het dan om een niet te controleren patroon van seksueel gedrag, dat ernstige gevolgen voor het leven van de betrokkene heeft. Het is voor de persoon onmogelijk te stoppen ondanks de gevolgen, en het gedrag brengt hoge risico's met zich mee. De persoon probeert steeds opnieuw zijn seksuele gedrag te stoppen, maar het gedrag is progressief. Carnes geeft daarbij aan dat het seksuele gedrag functioneert als 'painkiller', als drug. Verder kost het de persoon veel tijd, gaat het gepaard met sterk wisselende gemoedstoestanden en verwaarloost de persoon belangrijke taken en verantwoordelijkheden.

Carnes gaat er overigens vanuit dat het herkennen van drie van de tien kenmerken een signaal kan zijn dat de persoon seksverslaafd is.

Sjaak (25) meldt zich bij ons aan omdat hij net ontslagen is vanwege het bezoeken van pornosites in de tijd van de baas. Sjaak vertelt dat het 'onschuldig' begon, maar dat hij op den duur toch wel veel tijd kwijt was met het bezoeken van pornosites. Hij wilde dit niet, maar het lukte hem niet het gedrag te minderen. Toen hij eenmaal betrapt werd viel er niet meer te praten. Dit was een lastige

ervaring voor Sjaak omdat hij opeens ook aan zijn vrouw moest opbiechten dat hij een probleem heeft. Sjaak geeft aan dat zijn relatie met zijn vrouw wel goed is, maar dat hij wel moeite heeft om bevrediging te vinden in de relatie met haar. Sjaak heeft al vaak geprobeerd te stoppen, maar dat is nooit gelukt. Inmiddels is dit voorval al weer twee jaar geleden, Sjaak is een bedrijf voor zichzelf begonnen, maar het seksuele gedrag is gebleven. Ook nu besteedt hij nog veel tijd aan het bezoeken van pornosites op het internet.

In het geval van Sjaak zien we duidelijk hoe het verslavende patroon progressief is en leidt tot het verwaarlozen van taken. Verder zien we dat het gedrag veel tijd kost en grote risico's met zich meebrengt. Ook zien we dat het Sjaak niet lukt te stoppen.

Sjaak is op zoek naar het goede gevoel, naar bevrediging en genot. De inzet en moeite die dit kost bij zijn vrouw, en de afwijzing die hij soms ervaart, wil hij niet dragen. Hij gaat voor de snelle en beschikbare seks, maar raakt de realiteit daarbij wel kwijt. Elke keer wanneer hij toegeeft eindigt hij namelijk met een kater. Bevrediging levert het hem op de langere termijn niet op. Blijkbaar is Sjaak niet bij machte te creëren wat hij werkelijk wil en daarbij stil te staan. In die zin fungeert de verslaving als symptoom voor Sjaak om stil te staan bij zijn wensen en daar ook actief invulling aan te geven.

1.4. Hoe groot is het probleem?

Volgens de Universiteit Berlijn kende Duitsland in januari 2001 300.000 internetverslaafdenⁱⁱⁱ. Aangezien cyberseks één van de populairste toepassingen van het internet is, kan worden aangenomen dat bij veel van deze verslavingen aan internet er ook sprake van cyberseks is. Dit sluit aan bij de statistische gegevens die Mike Cleveland in zijn boek '95 Theses for a Pure Reformation' (2003) weergeeft. Uit zijn onderzoek komt naar voren dat:

- er 2 miljoen porno websites beschikbaar zijn;
- er dagelijks 500 - 1000 nieuwe pornosites bijkomen;
- meer dan 30% van alle sites op het Web pornografisch zijn;
- een recente zoekopdracht op 'porn' 23 427,519 hits gaf.

Uit het eerder genoemde onderzoek naar seksverslaving van de NPIBS kwam cyberseks als de meest scorende verslaving naar voren. Verder zien zij bij mensen die aangeven aan cyberseks verslaafd te zijn, ook een toename van grensoverschrijdend gedrag door hoge scores op het bekijken van kinderporno. Dat dit niet onschuldig is blijkt uit het vervolg van het onderzoek. Mensen die via cyberseksverslaving geconfronteerd worden met kinderporno, zijn vaak mensen die zich normaal gesproken nooit bezig houden met deze zaken. Toch ontwikkelt zich in sommige gevallen, binnen en half jaar, pedoseksualiteit. Carnes (2001) wijdt in een nieuwe druk van het boek 'Out of the Shadows' een heel nieuw hoofdstuk aan de verslavende werking van cyberseks. Ook Goede (2003) wijdt er in zijn boek meerdere pagina's aan. Hij noemt het een algemeen aanvaardbare tijdbom. Uit onderzoeken van Jennifer Schneider & Robert Weiss ("Cybersex Exposed") en Patrick

Carnes, Elizabeth Griffin en David Delmonico (“In the Shadows Of The Net”)^{iv} blijkt dat cyberseks niet zonder gevaar is. Cyberseks is een grote illusie met een zeer verslavende werking.

Ook uit mijn eigen hulpverleningspraktijk blijkt dat cyberseks een moeite is waar veel mannen mee worstelen. Negen van de tien mannen die hulp zochten voor seksuele problemen gaven aan hier moeite mee te hebben. De reden hiervoor is met name het gemak waarmee het beschikbaar is en de (illusie van de) anonimiteit.

1.5. Oorzaken

Uit onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat vijf procent van de bevolking seks- of liefdesverslaafd is. Wat is hiervan de oorzaak? Waarom raken mensen verslaafd aan seks? Carnes vergelijkt seksverslaving met eetstoornissen en zegt: ‘The most obvious characteristic is our human capacity to take the most natural, essential, and pleasurable life processes to the extreme of compulsive illness.’

Bouwkamp en Bouwkamp (1995) beschrijven verslavingen als volgt: ‘verslavingen duiden er doorgaans op dat men de moederborst niet ontgroeid is: het ‘goede gevoel’ moet moeiteloos (drank, spuit, geldautomaat) binnenstromen.’

Ieder mens heeft lichamelijke, emotionele en geestelijke behoeften en zoekt naar wegen om deze te bevredigen. Voedsel en seks zijn middelen om te komen tot een lichamenlijk gevoel van bevrediging, alhoewel beide ook een effect hebben op emotionele en geestelijke behoeften. Wanneer seks in een relatie de intimiteit en geborgenheid uitdrukt die beide partners ervaren, dan is er sprake van zowel lichamelijke als geestelijke bevrediging.

Wanneer onze emotionele en geestelijke behoeften echter niet vervuld worden en wij ook niet weten hoe we dat wel voor elkaar kunnen krijgen, dan bestaat de neiging om ze te gaan vervullen met voedsel, seks of een chemisch middel. Dit leidt echter alleen tot een tijdelijke lichamenlijke bevrediging.

Goede (2003) omschrijft de functie van seksverslaafd gedrag: ‘via een vast rigide patroon van seksverslaafd gedrag houdt de verslaafde controle over zijn leven. De verslaving heeft drie functies: het onderdrukt allerlei gevoelens en angsten, het vult de innerlijke leegte en eenzaamheid, en dient als enig en levensreddende overlevingsstrategie.’

In deze omschrijving zien we hoe seks de leegte opvult. De werkelijke behoefte aan geborgenheid, bescherming en intimiteit wordt niet vervuld maar vervangen door een gevoel van seksuele bevrediging. Seks functioneert als de oplossing voor een dieperliggend probleem. Seksverslaving kan daarom gezien worden als een symptoom dat duidt op een ander probleem.

Klaas, 42 jaar, meldt zich met schulden bij ons aan. Hij komt financieel te kort en is bang dat hij binnenkort de deurwaarder op de stoep heeft staan. Na doorvragen blijkt dat Klaas regelmatig naar de hoeren gaat. Hij schaamt zich hiervoor. Laatst heeft hij 900 Euro steun van de kerk gekregen voor zijn schulden, maar dit bedrag heeft hij uitgegeven aan prostituees.

Als reden geeft Klaas, die alleenstaand is, aan dat hij vaak eenzaam is. In de kerk

waar hij lid is, heeft hij geen vrienden en vinden de meeste mensen hem maar een beetje vreemd. Zijn eenzaamheid lost hij op door naar zijn 'vriendinnen' te gaan, en ach ja, een beetje plezier mag toch ook wel?

Zoals we hier zien is het probleem waarmee Klaas zich aanmeldt, zijn schulden door prostitutiebezoek. Maar wanneer we beter naar het probleem gaan kijken zien we dat het prostitutiebezoek en de schulden een symptoom zijn van een dieperliggend probleem, namelijk zijn eenzaamheid. Klaas heeft weinig contacten en de contacten die hij heeft zijn niet naar tevredenheid. Klaas weet ook niet hoe hij wel bevredigende contacten kan leggen. Wanneer ik daar met hem over praat dan legt hij de schuld bij de ander: 'ze moeten me niet!' Hij stelt zich daarom erg afwachtend op. Klaas heeft echter wel behoefte aan contact en zoekt dat in zijn bezoeken aan de prostituees.

In dit geval zien we, zoals Sjef de Vries (1987b)^y beschrijft: 'Het zijn de normale levensmoeilijkheden waarmee we geconfronteerd worden in ons leven. Problematischer wordt het pas als in ons systeem geen oplossingen voorhanden zijn, niet individueel en niet in ons directe sociale netwerk, zodat de moeilijkheid niet opgelost kan worden. Duurt zo'n langdurige onoplosbare situatie lang, dan ontstaan er symptomen die ervoor zorgen dat men zich op een gebrekkige manier handhaaft in een langdurig onopgeloste situatie.' Bij Klaas zien we twee symptomen, namelijk zijn schulden en zijn regelmatige bezoeken aan prostituees. Beide zijn het gevolg van een langdurige en gebrekkige handhaving in een langdurig onopgeloste situatie, namelijk eenzaamheid en moeite met contacten leggen.

Goede (2003) gaat er vanuit dat seksverslaving voortkomt uit pijn uit het verleden: 'Seksverslaving is een ziekte die ontstaat als overlevingsstrategie bij kinderen die misbruikt, mishandeld, verwaarloosd of op een andere wijze worden grootgebracht, die niet aansluit bij de natuurlijke behoeften van een kind.' Zijn hypothese wordt gestaafd door een onderzoek van Carnes (1989) waaruit blijkt dat 81% van de seksverslaafden als kind seksueel misbruikt is, 72% fysiek en 97% emotioneel.

Wanneer we seksverslaving zien als een symptoom van een langdurige onopgeloste situatie, zijn de redenen hiervoor meestal in het verleden te vinden. Ook Klaas heeft nooit geleerd op een constructieve manier contact te maken en heeft vaak te horen gekregen dat hij niet deugde.

Toch wil ik ook een kanttekening plaatsen bij de visie van Goede. Bij seks speelt namelijk ook mee dat het gaat om iets dat van nature prettig is. Seks is in onze cultuur een groot goed geworden. Er wordt open over gepraat en je ziet dat ook jongeren steeds vroeger seksueel actief worden. Seksuele overwinningen zijn in veel jongerengroepen trofeeën geworden. Seksueel genot is door het internet binnen handbereik van iedereen gekomen. Men onderschat echter het verslavende gevaar van bijvoorbeeld cyberseks. Deze visie wordt bevestigd door Carnes (2001) die zegt dat door de beschikbaarheid van internet en cyberseks mensen verslaafd raken aan seks die anders nooit verslaafd zouden zijn geworden.

Uit het eerder genoemde onderzoek van Carnes komt duidelijk naar voren dat problemen van seksverslaafden vaak ontstaan in een gezin als een reactie op interactiepatronen. Kinderen ontwikkelen probleemgedrag door destructieve interactiepatronen. Dit sluit aan bij de visie van de Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie dat ieder mens twee basisbehoeften heeft, namelijk de behoefte aan autonomie en aan verbondenheid.

Bij autonomie gaat het om de behoefte aan zelfstandigheid, aan zelfverwezenlijking. Bij verbondenheid gaat het om de behoefte aan contact, er voor een ander te willen zijn en het gevoel te hebben de ander van nut te zijn. Deze basisbehoeften willen met elkaar in balans zijn, maar door onze socialisatie (meestal de interactiepatronen in de gezinnen) ontstaat er een onbalans. Eén deel ontwikkelt zich beter dan het andere deel. Deze onbalans ligt vaak aan de basis van problemen die mensen ervaren.

Het vinden van het evenwicht tussen autonomie en verbondenheid is een kernprobleem voor ieder mens. De opgave waarvoor wij staan is om aandacht te hebben voor beide behoeften, en beide een plaats te geven in ons leven. Om zowel voor de ander te zorgen als ook voor onze eigen belangen op te kunnen komen. Dit is niet gemakkelijk, want vaak lijken de beide behoeften zo tegenstrijdig. Door die schijnbaar tegengestelde behoeften ontstaat er een conflict dat mensen in de problemen brengt.

Deze conflicten zijn inherent aan het leven, maar omdat mensen vaak geen oplossing zien offeren zij bepaalde behoeften op. Bepaalde delen van de persoon (gedragingen, gedachten en gevoelens) zijn immers niet welkom en worden daarom als onwelkom behandeld. Zo ontstaan er gedragingen en gevoelens die niet toegestaan zijn en dus vermeden dienen te worden. Wanneer de spanning tussen de toegestane delen (dat wat welkom gedrag, welkome gedachten of emoties zijn) en dat wat niet toegestaan is te groot wordt, gaat de persoon opzoek naar een nieuwe balans door middel van allerlei oplossingen. Een van die oplossingen is bijvoorbeeld bevrediging of afleiding zoeken in pornografie. Tijdelijk werkt dit maar geleidelijk ontstaat er een nieuw probleem, namelijk een verslaving aan porno.

Carnes (1989) gebruikt bij zijn verklaring waarom mensen seksverslaafd worden, het circumplexe model van David Olson (1979). Olson onderscheidt twee essentiële factoren in de familiedynamiek namelijk adaptability en cohesion. Deze twee factoren komen overeen met de hierboven genoemde basisbehoeften die Bouwkamp en De Vries (1992) onderscheiden, namelijk autonomie (adaptability) en verbondenheid (cohesion). Hij onderscheidt daarbij verschillende gezinstypologieën waarin deze twee factoren in meerdere of mindere mate aanwezig zijn. Deze typologieën komen in grote mate overeen met de typologieën die Bouwkamp en Bouwkamp (1995) onderscheiden. Zij beschrijven een Tweedimensionale classificatie van gezinnen waarin zij de verschillende mogelijkheden beschrijven waarin autonomie (Z) en verbondenheid (A) in gezinnen voorkomt (zie tabel 1).

Tabel 1. Een tweedimensionale classificatie van verbondenheid en autonomie

		Verbondenheid	
		- A	+A
Autonomie	+Z	+ Z - A	+Z +A
	-Z	- Z - A	- Z +A

De betekenis van de kwadranten is als volgt:

- +Z -A voor jezelf zorgen ten koste van je verbondenheid met de ander.
- Z -A noch voor jezelf zorgen, noch voor de ander zorgen (destructief gedrag).
- +Z +A zowel voor jezelf als voor de ander zorgen.
- Z +A voor de ander zorgen ten koste van (de zorg voor) jezelf.

Naar aanleiding van deze tweedimensionale classificatie beschrijven zij een aantal gezinstypologieën namelijk het verwaarlozende gezin (-Z -A), het kluwengezin (-Z +A), het los-zandgezin (+Z -A), het conflictueuze gezin (-Z+A □ +Z-A) en het evenwichtige gezin (+Z+A).

Olson gaat er vanuit dat kinderen in verwaarlozende gezinnen (-Z -A) de boodschap meekrijgen dat ze niet de moeite waard zijn om tijd in te steken en dat ze zelf maar voor hun eigen behoeftebevrediging moeten zorgen. Hierdoor leren kinderen af om afhankelijk te zijn van anderen, maar leren ze ook niet zichzelf lief te hebben en te waarderen. Wanneer kinderen ophouden behoeftevervulling van een ander te verwachten dan stoppen ze met het zoeken van verbondenheid en gaan ze zelf zorgen voor hun eigen behoeftebevrediging. Ze leren niet de verbondenheid met anderen aan te gaan, maar leren ook niet op een liefdevolle en zorgvuldige manier met zichzelf om te gaan. Kinderen kunnen nauwelijks eigenwaarde ontwikkelen en ontwikkelen meestal symptoomgedrag. Seksueel gedrag kan een manier zijn, met name wanneer er ook nog sprake is van een misbruikervaring. Door misbruikervaringen leert een kind dat hij of zij alleen de moeite waard is wanneer het seksueel contact heeft met een ander.

Ook het kluwengezin (-Z +A) is volgens Olson een gezin dat kan leiden tot verslaafd gedrag. Dit sluit aan bij wat Bouwkamp en Bouwkamp (1995) zeggen: 'Een drugs- of gokverslaafde is zelden de eerste in zijn gezin die geen nee kan zeggen... Meestal zien we in dergelijke gevallen dat een van de ouders (vaak de moeder) of beide ouders geen nee kunnen zeggen tegen de wensen van hun kind en geen eisen stellen aan de eigen verantwoordelijkheid van het kind.' De zorg is puur op de ander gericht en de ouders leren het kind niet stilstaan bij de eigen behoeften. Hierdoor leert het kind niet stilstaan bij wat het werkelijk wil en kan er een patroon ontstaan waarin het kind de behoeften met seksueel gedrag leert te bevredigen.

Jesper Juul (1997) beschrijft in zijn boek 'het capabele kind' de gevolgen van destructieve boodschappen in de opvoeding. Veel kinderen krijgen in hun opvoeding de boodschap mee dat zij dom zijn, niet de moeite waard, of alleen waardevol als ze presteren. Een van de gevolgen is dat een kind zijn of haar eigen integriteit verliest. Dit gebeurt bijvoorbeeld in situaties waarin het kind misbruikt wordt. De loyaliteit aan de ouders is sterker dan de eigen integriteit.

Zulke kinderen groeien op met kernovertuigingen over zichzelf. Carnes (1989), Goede (2003) en Stichting EHAH komen in de behandeling van seksverslaafden de volgende kernovertuigingen tegen:

- 1) ik ben in principe een waardeloos en slecht mens;
- 2) niemand houdt van mij zoals ik ben;
- 3) mijn behoeften worden niet door anderen bevredigd;
- 4) seks is mijn belangrijkste en enige waarde in het leven.

Deze boodschappen die de persoon in de loop van de jaren heeft opgebouwd zitten hem in de weg om een evenwicht te vinden tussen zijn autonomie en verbondenheid.

1.6. Co-verslaving

Bij seksverslaving zie je vaak dat ook de relatie met de partner een onderdeel van het probleem is. Dit sluit aan bij de relationele gerichtheid van de Ervaringgerichte Psychosociale Therapie. Deze relationele gerichtheid gaat er vanuit dat wanneer één van de partners in een relatie een probleem heeft er ook altijd een relationeel probleem speelt. Dit relationele probleem kan zijn dat de ene partner niet weet hoe het de andere partner moet helpen, maar ook dat de partnerrelatie het probleem in stand houdt. Kempter (1974) formuleert het zo: 'Partners oefenen een diepgaande invloed uit op elkaars gedrag.' Bij seksverslaving speelt vaak het laatste: de partnerrelatie houdt het verslaafde gedrag in stand.

Patrick Carnes (1989) beschrijft in zijn boek 'Contrary To Love' het verschijnsel dat bij bijna alle gevallen van seksverslaving hij een partner tegenkomt die onderdeel van het probleem is. Deze partner speelt daarnaast een grote rol in de verslaving van de partner. Hij noemt dit verschijnsel co-addiction.

Bij co-verslaving gaat het om het volgende, dat de seksverslaafde partner blijft functioneren omdat de partner opvult/compenseert wat de verslaafde nalaat, in plaats van hem aan te spreken op zijn destructieve gedrag.

Carnes heeft negen kenmerken omschreven die hij bij co-verslaving tegen komt. Ik maak gebruik van de vertaling van Goede (2003):

1) De geheime verstandhouding

De partner presenteert een gezamenlijk front naar buiten. Houdt geheimen verborgen om de verslaafde te beschermen, vertelt leugens en wordt seksueel veel actiever om de verslaafde tevreden te houden.

2) Dwangmatige obsessie

De partner is dwangmatig gefixeerd op de verslaafde, maar vermijdt daardoor de eigen gevoelens. De partner denkt continu over het gedrag van de verslaafde na, gaat controleren, etc.

3) Ontkenning

De partner ontkent eigen gevoelens en intuïtie, is extreem druk bezig met van alles en nog wat, gelooft dat zij uiteindelijk de verslaafde zal kunnen veranderen en/of ontkent volledig voor zichzelf dat er een probleem is.

4) Emotionele chaos

De partner is de controle kwijt over haar gevoelens, heeft momenten van emotionele crisissen... heeft altijd wel een crisis of probleem.

5) Manipulatie

De partner speelt de martelaar, de held, redder of slachtofferrol, ze gebruikt seks om geschillen op te lossen, slaagt er niet in om het seksuele gedrag van de partner te beheersen en/of dreigt met opstappen, maar zet deze dreiging niet om in de praktijk.

6) Buitensporige verantwoordelijkheid

De partner geeft zichzelf de schuld van wat er gebeurt, ze gelooft dat wanneer zij verandert de verslaafde zal stoppen, ze neemt de verantwoordelijkheid over voor het verslavingsgedrag van haar partner en/of organiseert situaties waarin ze onmisbaar is.

7) Opgeven van jezelf

De partner heeft levensdoelen, hobby's, interesses en sociale contacten van zichzelf opgegeven, handelt tegen eigen normen en waarden en overtuigingen in, ze heeft haar uiterlijk, de manier waarop ze zich kleeft aangepast om de verslaafde tevreden te kunnen stellen en/of is de normen en waarden van de verslaafde tot de hare gaan maken.

8) Schuld en straffen

De partner is steeds meer geneigd eigen rechter te spelen en te straffen, wordt destructief naar anderen toe en raakt bij momenten overweldigd door agressie en moordgedachten en/of is zelf affaires aangegaan om de verslaafde te straffen of om te laten zien dat zij wel degelijk waardevol is.

9) Seksuele afstomping

De partner is haar eigen seksuele gevoelens en behoeftes gaan uitschakelen, ze ervaart geen intimiteit meer tijdens seks, is zichzelf gaan verontschuldigen om geen seks meer te hoeven hebben en/of is naakt-zijn gaan vermijden.

Opvallend is dat bij al deze negen kenmerken het gaat om kenmerken die laten zien dat de partner niet of nauwelijks in staat is om inhoud te geven aan haar autonomie. Zij is zich volledig gaan richten op haar verslaafde partner en heeft haar eigen autonomie opgeofferd. De verbondenheid waaraan zij wel uitdrukking geeft, heeft destructieve vormen aangenomen en leidt uiteindelijk tot alleen maar meer pijn en afwijzing.

Duidelijk blijkt dat bij veel partners van seksverslaafden er een grote gerichtheid is op de verslaafde partner en dat de partner niet (meer) luistert naar haar eigen behoeften.

Carnes beschrijft dat deze partners vaak in een kluwengezin (- Z + A) opgroeien en leren dat ze alleen de moeite waard zijn als ze zorg tonen voor de ander.

Hij beschrijft ook een viertal kernovertuigingen die hij bij partners van seksverslaafden tegen komt. Het opvallende is dat bij zowel de verslaafden als bij de co-verslaafden deze kernovertuigingen op drie van de vier overtuigingen overeenkomen en dat de vierde overtuiging complementair is.

De kernovertuigingen van een co-verslaafde zijn:

- 1) ik ben in principe een waardeloos en slecht mens;
- 2) niemand houdt van mij zoals ik ben;
- 3) mijn behoeften worden niet door anderen bevredigd;
- 4) seks is het belangrijkste symbool voor liefde.

'Wanneer de verslaafde die denkt dat seks zijn belangrijkste behoefte is, de co-verslaafde ontmoet, die gelooft dat seks het belangrijkste symbool van liefde is, dan ontstaat er een zeer krachtige, destructieve situatie.' (De Goede)

De verslaafde heeft niet geleerd invulling te geven aan de verbondenheid met de partner. De partner (maar ook de verslaafde) heeft niet geleerd op een constructieve manier inhoud te geven aan haar eigen wensen en behoeften (autonomie). De verslaafde trekt zich grotendeels terug uit de relatie, heeft weinig of geen oog voor zijn partner en kan geen inhoud geven aan de eigen behoeften aan intimiteit. De partner is extreem gericht op de verslaafde. Haar leven draait geobsedeerd om hem. Ook weet zij geen inhoud te geven aan haar eigen wensen en behoeften en krijgt hierdoor ook niet de verbondenheid die ze zoekt.

Beiden hebben niet geleerd stil te staan bij hun eigen behoeften en deze in verbondenheid met elkaar te verwezenlijken. Seksverslaving is dus een relationeel probleem waarin beide partners op zoek moeten naar een nieuw evenwicht in hun autonomie in verbondenheid met elkaar.

2. De behandeling van seksverslaving

2.1. Inleiding

Zoals we in hoofdstuk 1 gezien hebben is seksverslaving een symptoom dat duidt op een ander probleem, namelijk dat de persoon niet bij machte is een evenwicht te vinden in zijn behoefte aan autonomie en verbondenheid. De persoon heeft nooit geleerd afhankelijk te zijn van anderen en van zichzelf te houden. Verder hebben we gezien dat er bij seksverslaving meestal sprake is van een relationeel patroon waaronder ook de partner lijdt.

In dit hoofdstuk staan we stil bij de behandeling van seksverslaving. Het doel van dit hoofdstuk is om een methodische behandelvisie op seksverslaving te beschrijven vanuit de werkwijze van de Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie. Ik maak daarbij gebruik van de door andere auteurs geschreven visies op de behandeling van seksverslaving.

De behandeling van seksverslaving omvat meerdere fasen en aandachtspunten. Ik maak voor de opzet van dit hoofdstuk gebruik van de fasen voor de hulpverlening zoals beschreven door Bouwkamp en De Vries (1992). Deze fasen zijn als volgt: de probleembepaling, de probleembespreking, de probleemoplossing, de probleembehandeling en de afsluiting. Deze fasen vormen in de praktijk vaak een cyclisch proces waarin de therapeut met de cliënten de fasen meerdere keren kan doorlopen.

2.2. Probleembepaling en probleembespreking

In de afgelopen jaren heb ik meerdere mannen behandeld die aangaven verslaafd te zijn aan porno, het bellen van 0906-nummers, prostitutie of masturbatie. Ik merkte dat ik niet de methodische handvatten had om hen te helpen. De meeste mannen kwamen gemotiveerd voor hulp, maar de gesprekken leken geen effect te hebben. Bijvoorbeeld de situatie van Peter en Marjan:

Peter komt samen met zijn vrouw Marjan voor hulp. Marjan heeft ME en is vaak moe. Peter worstelt met zijn seksuele gedrag. Hij belt voor kapitalen naar 0906-nummers, masturbeert veel en is volgens Marjan op meerder terreinen grenzeloos. Ook van de koeken in de kast kan hij niet afblijven.

Peter en Marjan maken naast de verslaving van Peter veel ruzie over allerlei zaken. Communiceren gaat niet. Peter ergert zich aan de vermoeidheid van Marjan en het lukt hem niet haar te steunen. Na de intake (die door een collega gedaan is) bekijk ik samen met Peter en Marjan naar de problemen die er liggen. We zien er twee, namelijk het obsessieve seksuele gedrag en de onderlinge omgang. Op dat moment is mijn hypothese dat de onderlinge omgang tussen Peter en Marjan het grootste obstakel is en dat het seksprobleem vanzelf minder wordt wanneer het tussen Peter en Marjan beter gaat (diagnose). Ik deel mijn visie met hen en ga met hen aan het werk. Toch blijkt na enkele gesprekken dat ik de situatie niet goed ingeschat heb. Het seksuele probleem komt in de gesprekken steeds weer terug, en Peter is gefrustreerd dat ik daar te weinig aandacht aan geef. Ik geef hem hierop

wat handvatten, maar Peter meldt zich kort daarna aan bij een gedragstherapeut voor hulp voor zijn seksprobleem. Het echtpaar ziet van verdere hulp bij mij af.

Wanneer ik nu, enkele jaren later, terugkijk op mijn aanpak bij Peter en Marjan dan zie ik een aantal zaken die ik nu anders zou doen. In de eerste plaats heb ik het verslaafde karakter van het seksuele gedrag van Peter minder ernstig ingeschat dan dat ik dat nu zou doen. Daardoor heb ik mij gericht op de onderlinge omgang, dat zeker ook een probleem voor het echtpaar was. Door mij puur op het relationele probleem te richten kreeg Peter niet het idee dat ik zijn moeite serieus nam en had hij niet het idee geholpen te worden. Het seksuele probleem was immers het probleem waarvoor hij bij mij gekomen was. Voor hem was zijn seksuele moeite het belangrijkste onderwerp. Ik verschoof zowel het onderwerp als het werkpunt naar een voor mij belangrijk gebied.

Nu is het de taak van de hulpverlener om nieuwe input te geven aan een systeem dat vastloopt. Daarvoor komt men immers. Een onderdeel van die taak is het stellen van een diagnose in de zin van een hypothese waardoor de cliënt in de problemen komt en wat de cliënt zou kunnen doen om weer uit de problemen te komen.

In dit diagnostische proces kun je volgens Bouwkamp en De Vries (1992) drie aspecten onderscheiden, namelijk het bepalen van het onderwerp, het werkpunt en het actiepunt. Kort gezegd is het onderwerp het probleem dat de cliënten opgelost willen zien en het werkpunt het probleem dat volgens de hulpverlener opgelost moet worden zodat de cliënten weer zelfstandig verder kunnen. Het actiepunt is diegene of diegenen waarop de hulpverlener zijn aandacht richt om met het werkpunt aan de slag te gaan.

Hoewel ik in de situatie van Peter en Marjan veel van mijn toenmalige hypothesen overeind houd, denk ik dat Peter afgehaakt is omdat hij niet het gevoel had dat ik oog had voor zijn seksuele problemen. Mijn werkpunt (de relatie) bepaalde het onderwerp van het gesprek, terwijl Peter daar niet aan toe was.

Het is daarom belangrijk dat de hulpverlener twee dingen doet, namelijk: oog houden voor de visie van de cliënt, zijn moeiten en behoeften, maar dat hij daarnaast ook oog houdt voor zijn eigen visie en behoeften. Dit is gedurende het hele proces belangrijk, maar begint al in de eerste fase van de hulpverlening, de probleembepaling. Wanneer de hulpverlener daar te snel doorschuift naar zijn werkpunt en onvoldoende aandacht geeft aan de moeiten van de cliënt, dan levert dat voor de cliënt een nieuwe ervaring op van niet gezien worden. Cliënten die kampen met seksverslaving hebben vaak het idee dat niemand van hen kan houden zoals zij zijn. Daarom is het heel belangrijk om aan het begin een open oog te hebben voor hun moeiten, zodat zij daarin een nieuwe ervaring opdoen: 'iemand die mij ziet zoals ik ben en mij niet veroordeelt!'

Aan de andere kant is het ook belangrijk dat de hulpverlener vasthoudt aan zijn eigen visie en werkpunt, en deze in samenspraak met de cliënt inbrengt. Zo functioneert de therapeut als voorbeeld hoe je je eigen wensen en ideeën in een relatie kenbaar kunt maken en daarbij oog kunt houden voor de ander.

Peter staat niet alleen. Bij veel mannen die ik behandeld heb, was ik wel in staat om te ontdekken waar het symptoomgedrag voor stond, maar bracht dit mij niet verder in de behandeling. Eén van de moeiten die ik daarin tegen kwam was namelijk dat inzicht in het feit dat seks een vervanging is voor een diepere behoefte, hen niet veel verder bracht. Ook

met dat inzicht konden ze geen nee zeggen tegen hun seksuele behoeften. Hun worsteling tussen nee willen zeggen en toch ja doen werd hierdoor niet minder, de drang om toe te geven bleef te groot.

Waarom dit zo is kan verklaard worden vanuit de kracht van de verslaving. Dit kan uitgelegd worden met de analogie van de ring van Gollum uit 'In de ban van de ring'. Deze ring (de seksuele drang) had een macht in zichzelf. Hoe langer de persoon de ring droeg, hoe sterker de macht van de ring werd en hoe groter de verleiding om toe te geven. Des te langer de drager de ring droeg des te minder hij in staat was om nee te zeggen tegen de verleiding van de ring. Verslaving wordt een macht waartegen het moeilijk nee zeggen is.

In de behandeling van seksverslaving is het daarom heel belangrijk om aandacht te geven aan het verslavende karakter van het probleem. Enerzijds is inzicht geven in de functie van de verslaving en waar het verslaafde gedrag voor staat heel belangrijk, maar daarnaast heb je te maken met de macht van de verslaving waarover de verslaafde geen controle meer heeft. Veel mannen geven aan dat ze zich echt voorgenomen hadden om het niet meer te doen, maar op een zwak moment toch toegaven. 'Het was net alsof er een macht in mij de controle overnam. Nee zeggen was geen optie meer. Ik wist dat ik het ging doen.' Deze macht is de lichamelijke afhankelijkheid. Het valt te vergelijken met de lichamelijke afhankelijkheid die veel drugverslaafden ervaren. Hoe de therapeut hiermee kan omgaan zien we in de volgende fase van de behandeling.

2.3. Probleemoplossing

De taak van de therapeut in deze fase van de hulpverlening is de cliënt meer inzicht te geven in zijn verslaving, in de werking van symptomen en te zoeken naar alternatieven en handvatten.

'Cliënten missen vaak kennis van de werking van symptomen' (De Vries, 1992). Zij zien de verslaving, maar niet het onderliggende gemis. Voor hen moet de verslaving verdwijnen, maar ze zien niet de pijn die daaronder ligt. Belangrijk is dat de therapeut in deze fase uitlegt wat symptomen zijn, hoe ze werken en wat zijn visie ten aanzien van het verslaafde gedrag is. Door dit te doen brengt de therapeut zijn eigen werkpunt in terwijl het onderwerp van de cliënt nog steeds centraal staat. Hierna kan de therapeut met de cliënt en bij voorkeur zijn partner gaan praten over de problemen die zij ervaren ten aanzien van het symptoom. Hierbij kan de therapeut hen helpen concrete handvatten te ontwikkelen. Ook krijgt hij hierdoor helder hoe de interacties binnen het systeem lopen waardoor het probleem in stand gehouden wordt. Met name de rol van de partner komt hierdoor meer in beeld. Belangrijk is dat de therapeut de cliënten helpt om te stoppen met ineffectief gedrag en daar alternatieven voor aandraagt.

Omdat er bij seksverslaving sprake is van een lichamelijke afhankelijkheid, is het belangrijk dat de therapeut dit aan zijn cliënten uitlegt. Voor veel cliënten is dit namelijk niet duidelijk: 'Ik heb een probleem met seks, maar ben toch niet verslaafd?' Omdat seksverslaving zo'n duidelijke neurochemische kant heeft, is aandacht hiervoor onontbeerlijk. Uitleg over de lichamelijke afhankelijkheid aan dopamine en adrenaline kan hierbij behulpzaam zijn.

Zoals eerder beschreven ervaart de cliënt de verslaving als een macht. Om die macht van de lichamelijke afhankelijkheid te breken is het daarom nodig om in het begin van de behandeling aandacht te geven aan een detoxfase. Goede (2003) beschrijft dit als volgt: 'Eerste stap daarvoor, zo leerde ons de ervaring van lotgenoten beschreven in o.a. "Don't Call It Love" als de tips van herstellende verslaafden, was het bereiken van nuchterheid. Middel daarvoor bleek simpel: er moest gestopt worden met het verslaafde gedrag middels een actieve en onvoorwaardelijke onthouding die samenging met een kortdurend celibaat. Door die onthouding stopt ook de neurochemische werking die de verslaafde benevelt en in haar greep houdt.'

Carnes (1989) geeft aan dat de therapeut duidelijke grenzen moet stellen aan het seksuele gedrag van de verslaafde cliënt. Hij geeft aan dat een onthoudingsfase heel belangrijk is zodat de cliënt kan ontdekken wat nuchterheid inhoudt en daarna ook weer kan gaan ontdekken wat een gezonde manier van omgaan met seks is. Carnes geeft aan dat een periode van ongeveer 3 maanden voldoende is. De voordelen van onthouding vindt hij dat de cliënt leert dat hij ook kan overleven zonder seks. Ook wordt hij gedwongen andere copingmechanismen aan te leren en krijgen oude gevoelens en emoties de ruimte.

Ook Cleveland (2002) en Arterburn e.a. (2000) beschrijven het proces van 'going Cold Turkey', als een noodzaak om verder te komen. Wel geven zij aan dat seksueel contact met de partner helpend kan zijn in deze fase. Of dit mogelijk en wenselijk is zal mijns inziens moeten afhangen van de rol die de partner in het verslaafde patroon heeft. Kan zij stilstaan bij haar eigen wensen dan is seksueel contact geen probleem, maar als zij dit nog niet kan, lijkt het me niet wenselijk.

Cleveland plaatst het onthoudingsproces in een breder perspectief. Hij onderscheidt namelijk een tweetal belangrijke zaken die in de eerste fase van de behandeling nodig zijn. Hij noemt deze 'radical amputation' en 'radical accountability'.

Onder radical amputation verstaat Cleveland het proces waarin de verslaafde nadenkt over wat hem tot nu toe in de problemen bracht, en daarna zijn omgeving zuivert van alles wat hem in verleiding brengt. Hij gaat uit van het principe dat hoe eenvoudiger de cliënt de beschikking heeft over seksueel materiaal, of mogelijkheden tot seksueel gedrag, des te gemakkelijker de persoon weer zal toegeven. Een verslaafde aan internetporno zal veel gemakkelijker toegeven aan de verslaving als er thuis een computer met een internetaansluiting beschikbaar is. Cleveland stimuleert de verslaafde om concreet na te denken welke situaties het hem moeilijk maken, daar verantwoordelijkheid voor te nemen en deze uit zijn leven te verwijderen. Cleveland, zelf ex-verslaafde, geeft als voorbeeld dat hij als piloot in deze eerste fase de tv op zijn hotelkamer bij zijn maatje bracht, of inleverde bij de balie van het hotel. Verder beschrijft hij voorbeelden van mensen die hun laptop, mobiel en tv uit hun huizen hebben verwijderd. Sommige mensen zijn zelfs verhuisd om bepaalde vrouwen/mannen niet meer tegen te komen.

De rol van de therapeut is om de verslaafde te helpen verantwoordelijkheid te nemen voor deze stap en creatief mee te denken, en alternatieven te verstrekken. Hierbij past ook het nagaan van oude oplossingen en het nagaan waarom deze niet gewerkt hebben. De therapeut van Cleveland kwam bijvoorbeeld met het idee om zijn TV aan de balie van het hotel in te leveren. Cleveland zelf had de moed dit te gaan doen.

Aansprekend aan deze benadering vind ik dat de verslaafde zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn verslaving. Daarnaast krijgt hij door deze aanpak concreet iets in handen waarmee hij aan de slag kan, een daad kan stellen. Mijn ervaring is dat dit de verslaafde

een gevoel geeft zelf iets aan het probleem te kunnen doen. Met name voor personen die vroeger nooit geleerd hebben zichzelf te begrenzen is dit een positieve ervaring.

Meerdere cliënten protesteren tegen deze aanpak. Ze beargumenteren dat het probleem niet in de computer zit, maar in hun eigen zwakheid. Hierin hebben ze volkomen gelijk, maar zoals een afkickende alcoholverslaafde geen alcohol in huis moet hebben, zo moet een afkickende seksverslaafde geen seksueel stimulerend materiaal in zijn huis hebben en voorkomen dat hij er mee in aanraking komt.

Perkins (1997) hanteert een methode die behulpzaam kan zijn bij het creatief nadenken over amputation. Hij laat mannen opschrijven welke rituelen ze hebben. Maurits heeft als ritueel dat hij elke avond de tv-gids doorbladerd op zoek naar erotische programma's. Johan heeft als ritueel dat hij begint te masturberen wanneer hij de computer aanzet, ook als hij alleen zijn mail wil checken. Erik heeft als ritueel dat hij bij de 'kleintjes' in de krant de advertenties leest van escort bedrijven en Gertjan zoekt bij de reclameadvertenties naar de lingerieclame. Bij al deze mannen (cliënten van mij) leiden deze rituelen tot cyberseks of excessief masturberen. Perkins geeft mannen inzicht in hoe zo'n ritueel als eerste stap bijna altijd leidt tot obsessief seksueel gedrag. Hij stimuleert mannen daarom om creatief na te denken op wat voor manier zij deze rituelen kunnen doorbreken. Voor Gertjan was bijvoorbeeld de oplossing de lingerieblaadjes meteen te vernietigen.

De tweede stap die Cleveland koppelt aan radical amputation is radical accountability. Hieronder verstaat hij dat de verslaafde hulp gaat vragen bij een vriend, familielid of pastor. Belangrijk vindt Cleveland dat de verslaafde zijn probleem 'in het licht brengt'. Veel seksuele problemen vinden in het geheim (Cleveland noemt dit het donker) plaats. De verslaafde leidt een dubbel leven. Dit dubbele leven versterkt de kracht van de verslaving omdat een van de basisovertuigingen van de verslaafde juist is dat niemand van hem kan houden als men weet wie de verslaafde echt is. Cleveland gebruikt het voorbeeld van een fungus die in het donker groeit, maar verschrompelt wanneer het in het licht komt. Hij stimuleert verslaafden om hun problemen 'in het licht' te brengen en hulp te vragen. Hierdoor ontnemen je volgens hem de verslaving een groot deel van zijn kracht. Cleveland vindt het belangrijk om zowel openheid naar de partner te creëren alsook naar een derde. Hij stimuleert de verslaafde om rekenschap te gaan afleggen aan zowel een accountability partner als aan de eigen partner. Hij benadrukt dat alleen openheid bewerken naar de partner toe niet genoeg is. Vaak speelt er in deze relatie al een jarenlang patroon van schuld en schaamte en is de relatie een onderdeel van het probleem.

Cleveland geeft daarbij aan dat het belangrijk is dat de verslaafde een accountability partner vindt van dezelfde sekse. Ook Perkins pleit hiervoor. Voor zowel mannen als vrouwen creëert dit namelijk een relatie waarin een zekere mate van herkenning is. Herkent niet iedere man de spanning van porno? Hierdoor krijgt de verslaafde ook de ervaring dat niet iedereen hem zal afwijzen als ze werkelijk weten wat hij doet. Daarnaast is het gemakkelijker aan een vriend toe te geven dat het je niet lukt, dan aan je eigen partner. Voor de partner is het immers vaak pijnlijk om te horen.

Zowel radical amputation als radical accountability vind ik zeer werkbare begrippen. Door deze twee principes toe te passen neemt de verslaafde verantwoordelijkheid voor zijn verslaving en breekt hij belangrijke schakels in het verslavingsproces, namelijk de beschikbaarheid, de eenzaamheid en het geheim. Vooral het vragen van hulp en het toegeven dat er een probleem is, is een belangrijke factor. Het proces dat Cleveland beschrijft past goed bij de relationele gerichtheid van de Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie.

Het is belangrijk dat de therapeut aan het begin van het proces de cliënt verzoekt zijn partner en eventuele anderen mee te nemen. Dit omdat de ervaring leert dat de partners vaak onderdeel zijn van het probleem, maar ook omdat ze een bijdrage kunnen leveren aan de oplossing. Partners van personen die verslaafd zijn aan seks weten ook niet meer hoe ze hun partner moeten helpen en ervaren zelf ook de nodige problemen zoals in hoofdstuk 1 beschreven is.

Cleveland begint meteen aan het begin van het proces met het stimuleren van de verslaafde om deze stappen te gaan zetten. Hij heeft een online 60-dagen programma ontwikkeld waarin de verslaafde via internet begeleid wordt door een mentor. Dagelijks dient de cliënt accountability-vragen te beantwoorden bestaande uit Porn free? Masturbation free? Immorality free? If not, what happened?

In de behandeling van seksverslaving kan de therapeut in de eerste fase deze rol vervullen. In mijn eigen praktijk heb ik geëxperimenteerd met het gebruik van e-mail. De cliënt mailt mij regelmatig hoe het gaat en neemt contact op als het moeilijk wordt. Mijn ervaringen hiermee zijn positief. Daarnaast dient de therapeut de verslaafde te motiveren om zelf een partner te vinden die hem motiveert en regelmatig op een niet veroordelende manier bevraagt naar de vorderingen.

Omdat veel verslaafden aan seks het heel moeilijk vinden om invulling te geven aan hun behoefte aan verbondenheid is met name radical accountability een goede stap in het verwerven van een nieuwe ervaring. De afspraak is immers om met die partner hun moeiten en successen te delen. Wanneer de partner hier op een accepterende en motiverende manier op reageert dan levert dat hele nieuwe ervaringen op!

Goede (2003) beschrijft hoe zwaar dit proces van onthouding kan zijn: 'Onthouding is een bijzonder zwaar en uitputtend proces. Verslaafden komen daar slechts met heel veel moed, steun en liefde doorheen.' De manier waarop Cleveland hierover schrijft vind ik daarom een hele werkbare invulling van het onthoudingsproces. Door radical amputation en radical accountability creëert de cliënt een situatie waarin het afkicken zo eenvoudig mogelijk gedaan kan worden. Mijn ervaring is dat wanneer de cliënt deze twee stappen niet uitvoert, er zelden of nooit herstel komt. Wanneer de verslaafde hier wel serieus mee aan het werk gaat, dan is het slagingspercentage veel hoger.

Kees is 29 jaar oud en meldt zich bij mij aan omdat hij zeer regelmatig 0906 sekslijnen belt met de telefoon van zijn baas, een relatie via de e-mail heeft met een onbekende vrouw en veel masturbeert. In de eerste gesprekken proberen we erachter te komen wat hem drijft. Dit blijkt vaak verveling en eenzaamheid te zijn (dieperliggende probleem). Kees pakt zichzelf niet aan. Hij is het jongetje dat als hij iets wil hebben het ook metéén wil hebben. Leiding nemen over zichzelf doet hij niet. Kees neemt zich voor dit meer te doen, maar loopt steeds tegen het

monster van zijn verslaving op, Gollum's ring. Pas wanneer Kees creatief begint na te denken over amputation en accountability en stappen hierin neemt, begint er herstel op te treden. In mijn contact met Kees stimuleer ik hem de zaken uit zijn leven te amputeren waar hij moeite mee heeft. Voor Kees valt er veel te amputeren. Hij blijft aanlopen tegen zijn telefoongebruik (omdat zijn telefoon volgens hem niet weg kan). De oplossing die ik Kees aandraag is zijn telefoon niet meer mee te nemen als hij onderweg is. Hij neemt dan zijn eigen telefoon mee waarop hij de 0906-optie heeft laten blokkeren. Kees neemt deze oplossing over. Daarnaast heeft hij wekelijks contact met Johan, een vriend waarin ze elkaar motiveren en aanmoedigen en stimuleren door te gaan.

Nu Kees deze stappen genomen heeft komt er pas ruimte om door te praten over de dieperliggende oorzaken. Bijzonder is dat doordat Kees op deze manier verantwoordelijkheid neemt voor zijn probleem hij ook leiding begint te geven aan zichzelf. Hij staat het zeurende kind niet meer toe wat het wil en begint gezag uit te oefenen over zijn niet toegestane delen.

In deze eerste fase van de behandeling kun je als therapeut nog akkoord gaan met de afwezigheid van de partner, al verdient de aanwezigheid de voorkeur. In gevallen waarin de partner nog van niets weet, is de stap vaak erg groot om alles meteen open te leggen. De therapeut kan dan in de eerste gesprekken aandacht geven aan deze moeite en met de cliënt de eerste stappen zetten van amputation en toewerken naar accountability. Belangrijk is dat de therapeut daarbij de cliënt helpt om de stap naar de partner te maken. De partner kan vaak weinig met een zeer gedetailleerde schuldbelijdenis, en blijft zitten met een ongewenste 'film of fotoboek'. Veel partners willen alles weten, maar lopen daar later in vast. Ze kunnen de beelden niet meer van het netvlies krijgen. Wanneer de partner wel op de hoogte is van de verslaving is het onverstandig de behandeling individueel te starten vanuit de kennis over co-verslaving. De partner zit meestal ook met één of meerder problemen, namelijk dat zij niet weet hoe zij de partner moet helpen en vaak door eigen houding en opstelling het gedrag mee in stand houdt of bekrachtigt.

Wanneer de partner wel bij de eerste gesprekken aanwezig is, kan zij haar partner helpen om de eerste stappen te zetten. Ze kan hem helpen om te zien welke dingen weg moeten en hem daaraan houden. Veel vrouwen die ik spreek hebben al tijden moeite met de aanwezigheid van de televisie of de computer vanwege het televisie- of computergebruik van hun man. Zij hebben meerdere malen al op het punt gestaan de televisie de deur uit te doen, maar vonden daar niet de kracht voor. Gesteund door de therapeut kunnen zij nu voor hun wensen gaan staan. De therapeut kan hen helpen om een constructieve bijdrage te leveren en te stoppen met destructief gedrag. De genoemde vrouwen klaagden vaak over het televisiegebruik van de man, maar stelden geen grens. De therapeut kan hen laten zien dat klagen geen bijdrage is en met hen op zoek gaan naar hun wensen en grenzen.

Daarnaast kan de therapeut de partners stimuleren om met elkaar te overleggen over de dingen die er anders moeten, in de eerste plaats over wat er geamputeerd moet worden. Hierdoor ziet hij wat er in de relatie gebeurt en kan hij hen helpen om op zoek te gaan naar hun eigen wensen en grenzen en daar op een constructieve manier voor te gaan staan, in verbondenheid met de partner.

2.4. Probleembehandeling

Wanneer de cliënt op deze manier verantwoordelijkheid neemt voor zijn gedrag en stappen onderneemt om hier anders mee om te gaan, kan er een nieuwe stap in de behandeling volgen. Goede (2003) schrijft: 'We ontdekten dat herstel van seksverslaving niet alleen betekende "stoppen met verslaafd gedrag"; dat was te eenvoudig en leidde zelden tot herstel. Seksverslaving, de unieke eigen overlevingsleutel, moest in zijn geheel worden verkend.'

Even verderop schrijft hij: 'In herstel komt na onthouding de reden van verslaving langzaam opborrelen. Als een deksel die langzaam van een beerput wordt gedraaid, komt ook de stank van een pijnlijk en beschadigd verleden naar boven.'

Carnes (1987) beschrijft hoe onthouding de bewustwording van de persoon stimuleert. Seks werkte immers verslavend en pijnonderdrukkend. Onthouding kan leiden tot bewustwording van pijn en moeiten die tot nu toe verdrongen waren. Wanneer dit gebeurt is het belangrijk hier aandacht aan te geven.

Voor Goede ligt het genezende erin dat de beerput geleeft wordt. Hierin verschil ik met hem van mening. Het legen van de beerput is naar mijn mening niet een doel op zich en ook niet genezend op zich. Het is pas genezend als het gebeurt in verbondenheid met belangrijke anderen. Het legen van de put is daarom niet het doel, maar het aangaan van verbondenheid met belangrijke anderen. Het is een middel om te komen tot verbondenheid. Om een relatie van verbondenheid te creëren.

Verder gebeurt er daardoor wat lang is weggestopt, namelijk dat de cliënt het probleem gaat ervaren dat hij heeft. Wanneer verdriet, gemis en boosheid naar bovenkomt, gaan mensen pas echt het probleem voelen dat ze hebben. Dit is een pijnlijk proces. Veel verslaafden hebben zichzelf aangeleerd om de pijn weg te stoppen, het te verdoven en zich terug te trekken in hun eigen wereld. Wanneer dit niet meer kan, dan ontstaat er een angstige en pijnlijke situatie. De cliënt ervaart de pijn en de eenzaamheid. Het is belangrijk dat de therapeut hier niet voor weg loopt, of het onderwerp op iets anders brengt. Wanneer de therapeut dat doet, dan bevestigt hij het oude patroon van jaren van ontkennen en verdoven. Hij geeft de cliënt de boodschap dat ook hij geen oog heeft voor hem als persoon, voor zijn pijn. Veel behulpzamer is het de pijn er te laten zijn. Er oog voor te hebben en het serieus te nemen. Cliënten ervaren hierdoor dat hun pijn en moeite er mag zijn, dat het gezien wordt en dat het serieus genomen wordt. Dit is vaak een hele nieuwe en helende ervaring.

In dit proces is het heel belangrijk dat ook de partner hierbij betrokken wordt. Wanneer de pijn naar boven komt, is de partner namelijk onmisbaar. Seksverslaafden hebben in de regel hun leven lang alles alleen gedaan en de pijn die dit hun opleverde weggestopt of verdoofd. Pijn hebben, het toestaan zonder het meteen te verdringen, heeft zich ontwikkeld tot een niet toegestaan deel. Wanneer dit deel toch naar boven komt en voor het eerst toegestaan wordt, is het heel belangrijk dat dit juist in gesprek met de partner gebeurt. Wanneer dit niet toegestane deel een plek krijgt in een gesprek met de partner ontstaat een nieuwe helende ervaring.

Vaak is het patroon echter dat ook de partner er alles aan doet om de pijn te vermijden. Het is daarom van belang dat niet de therapeut het klankbord voor de pijn is, maar dat hij

de verslaafde stimuleert de pijn met de partner te delen. Daarbij moet hij de partner helpen om de pijn te horen en daar op een constructieve manier op te reageren. Een van de moeilijkheden hierbij is dat de partner vaak met haar eigen pijn en boosheid zit. Pijn en boosheid die zij ook nooit heeft leren uiten (haar niet toegestane deel) en van zichzelf eist betrokken en zorgend (haar toegestane deel) te zijn (gericht op verbondenheid).

De therapeut moet hier oog voor hebben. Vaak is er in de loop van de jaren een patroon ontstaan waarin de partner zich volledig heeft gestort op de zorg voor de verslaafde en haar eigen wensen heeft genegeerd. Wanneer in een therapeutisch proces de pijn van de verslaafde alle ruimte krijgt, is de neiging van veel partners om de eigen pijn en moeite te negeren. De taak van de therapeut is om de partner te helpen om ook de eigen pijn en boosheid te mogen hebben. Wanneer de therapeut hier geen oog voor heeft, dan loopt hij het risico dat de partner doorgaat in haar zelfontkennende patroon.

Soms is het nodig dat de partner eerst ruimte krijgt om van haar kant de persoonlijke relatie met haar partner te herstellen. Wanneer seksverslaving aan het licht komt, komen veel partners voor de vraag te staan: 'wil ik eigenlijk nog wel investeren in deze relatie na alles wat hij mij heeft aangedaan?' Belangrijke vragen zijn dan 'wat wil jij, wat heb jij nodig, waar heb jij behoefte aan, waar wil jij nog in investeren?' Door deze vragen zet de therapeut de partner stil bij haar eigen wensen en behoeften en spreekt hij haar niet toegestane delen aan.

De Amerikaanse relatie- en gezinstherapeut dr. James Dobson (1993) beschrijft hoe vrouwen die geconfronteerd worden met een man die vreemd gaat, of die seksueel verslavend gedrag vertoont, niet stilstaan bij wat zij willen en nodig hebben, maar zichzelf als voetveeg laten behandelen. Ze doen dit omdat ze niet anders geleerd hebben en bang zijn de partner te verliezen. Hierdoor ontstaan er zelfs situaties waarin partner meegaat in gedrag dat voor haar eigenlijk onaanvaardbaar is. Ze doet mee met seksuele experimenten waar ze eigenlijk geen behoefte aan heeft en die tegen haar principes ingaan, alleen om haar man tevreden te houden en aan haar te binden.

Dobson confronteert vrouwen met het zinloze van dit gedrag. Hij houdt hen voor dat deze houding hen niet helpt hun man terug te winnen, maar juist minachting bij hem oproept. Een vrouw met zo weinig zelfrespect roept ook geen respect bij haar man op. Hij laat hen zien hoe hun houding voortkomt uit een gebrek aan zelfrespect en leert hen dat een resolute houding waarin de partner meteen tot een keuze gedwongen wordt veel effectiever is.

Dobson stimuleert hen om de 'en nu is het genoeg'-houding aan te nemen: 'Je kunt nu kiezen, of ik, of die ander, maar niet allebei. Ik hoor het wel wie je kiest, maar kies je voor haar dan dien je ook nu meteen te vertrekken!' Hij beschrijft hoe onderzoek heeft uitgewezen dat wanneer partners deze houding aannemen en duidelijk hun grens aangeven, de vreemdgaande partner veel vaker toch voor zijn vrouw kiest en de relatie of verslaving verbreekt. Voor vrouwen die altijd geleerd hebben te zorgen en zichzelf op te offeren is dit een hele zware stap, maar wel van groot belang. Wanneer de vrouw stopt met complementair reageren, is de kans het grootst dat het systeem mee verandert. Ik ben het met Dobson eens dat deze 'en nu is het genoeg'-houding een houding van zelfrespect is, maar denk wel dat het belangrijk is dat het voortkomt vanuit de partners eigen behoeften. Dobson leert zijn cliënten namelijk gedrag aan, zonder dat hij hen eerst laat

stilstaan bij wat ze zelf willen. Hij beargumenteert dat deze houding goed is maar besteedt weinig aandacht aan de exploratie van de behoeften en wensen van de vrouwen zelf. Hierdoor bestaat het risico dat de vrouw nog steeds gericht blijft op haar man en deze houding alleen gebruikt om haar man terug te winnen, zonder dat het voortkomt uit een behoefte om serieus genomen en gerespecteerd te worden. De kracht van de Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie vind ik dat het cliënten helpt te luisteren naar hun eigen behoeften. Hen de vraag stelt: 'wil je zo behandeld worden? Wat wil jij dan wel?' Dat partners hierbij leren stilstaan en van hieruit leren handelen is voor mij nog veel belangrijker dan het redden van de relatie. Een grens stellen alleen om de relatie te willen redden kan een truc zijn zonder geleerd te hebben stil te staan bij de eigen behoeften. Als dit niet gebeurt verandert het systeem niet wezenlijk. Stilstaan bij 'wat wil ik nu eigenlijk' en van daaruit reageren is veel krachtiger en heeft een wezenlijke verandering tot gevolg.

Wanneer de partner hierbij gaat stilstaan wordt helder of er sprake kan zijn van een relationeel proces. Er komt duidelijkheid over of de partner nog wil investeren en wat zij daarvoor nodig heeft. Dit is een heel belangrijk proces in de relatie, aangezien de partner vaak haar eigen wensen en behoeften volledig heeft opgeofferd voor haar man. Wanneer de partner stopt met dit patroon zal dat een verschuiving in de relatie betekenen. Dit doorbreekt het relationele en complementaire patroon dat het probleem (mede) in stand houdt.

Een ander probleem in relaties waar er sprake is van seksverslaving is dat de partners niet meer als een team functioneren. De partners steunen elkaar niet meer op een constructieve manier en slagen er niet in een evenwicht te vinden tussen hun behoefte aan autonomie in verbondenheid met de ander. De therapeut moet aandacht geven aan het herstel van de balans in de relatie. Voor de verslaafde betekent dit leren verbinding te maken met zijn partner (verbondenheid) en stilstaan bij zijn werkelijke behoeften (autonomie), en voor de partner betekent dit stilstaan bij haar eigen wensen (autonomie) en deze op een constructieve wijze in de relatie in te brengen (verbondenheid).

Karel en Liz meldden zich bij mij aan. Karel masturbeerde regelmatig en is door zijn vrouw betrapt toen hij porno zat te kijken. Voor haar was dat zo'n beschamende ervaring, dat ze misselijk en brakend de kamer uitgerend is en in de keuken door haar knieën is gezakt.

Een jaar daarvoor is hun zoon van 11 plotseling overleden. Beiden zijn daar op hun eigen manier mee omgegaan. Karel door zich op zijn werk te storten en zijn ontspanning in porno te zoeken. Liz door te praten en te schrijven.

Nadat Liz Karel betrapt heeft is Karel gestopt met het bekijken van porno. Liz had aangegeven dat dit voor haar één keer en nooit weer was. Liz geeft hierin duidelijk aan wat haar grens is. Ze geeft duidelijk aan wat zij nodig heeft in de relatie. Hierna ontstaat er echter een situatie waarin zij vreselijk onzeker wordt, Karel overal in controleert, overstuurt als ze erachter komt dat hij SBS6 gekeken heeft, of als een rolgordijntje dicht zit als zij thuis komt. Ze focust zich volledig op Karel.

Wanneer ik met hen aan het werk ga, is mijn werkpunt voor Karel dat hij leert de verbinding met Liz aan te gaan. Hij lost alles in zijn eentje op en wordt hier niet

gelukkig van. Mijn werkpunt voor Liz is dat zij stil gaat staan bij haar behoeften en zich niet volledig focust op Karel. Liz is ontevreden over de manier waarop Karel vlucht in zijn werk en blijft er bij hem op aandringen dat hij gaat praten, wat hij niet doet.

Hier is duidelijk sprake van het patroon dat Carnes co-addiction noemt. Liz richt zich zozeer op de verslaving en op het verslaafde gedrag dat ze zichzelf en haar behoeften vergeet. Ik spreek haar hierop aan en vraag haar wat ze wil. Ze geeft aan dat ze wil dat Karel dit nooit meer doet. Ik vraag haar of ze het idee heeft dat Karel dit weet. Ze antwoordt bevestigend, en Karel knikt hevig! Ik vraag haar wat haar moeite is. Ze geeft aan dat ze Karel niet meer vertrouwt. Ze spreekt dit niet uit, want ze 'moet' hem weer gaan vertrouwen, maar uit haar gedrag komt het wantrouwen duidelijk over. Ik vraag Karel wat hij van de situatie vindt. Hij baalt hiervan maar spreekt dit niet uit, want Liz heeft immers volkomen gelijk dat ze hem niet vertrouwt. Ik vraag Karel wat hij wil. Hij wil dat het stopt. Ik stimuleer hem de verbinding te zoeken met Liz en om uit te spreken wat hij nodig heeft. Ik stimuleer Liz om hetzelfde te doen, maar daarbij met name stil te staan bij wat zij wil (autonomie).

Door dit gesprek zetten we de eerste stap naar een beter contact waarbij Karel en Liz meer gaan samenwerken, zich met elkaar verbonden voelen maar ook staan voor hun eigen behoeften. Hierdoor kunnen we de stap ook maken om vanuit hun eigen positie hun verdriet over het overlijden van hun zoon met elkaar te delen.

In de behandeling van seksverslaving is het belangrijk dat de therapeut een persoonlijke relatie met zijn cliënten aangaat. Zowel de verslaafde als de co-verslaafde vinden het moeilijk invulling te geven aan hun behoefte aan zowel autonomie als verbondenheid. Een therapeut die hierbij het voorbeeld geeft van iemand die stilstaat bij zijn eigen wensen en verlangens en daarbij ook oog heeft voor de relatie, is een goed voorbeeld voor het systeem. Hierdoor ontstaat er ook een nieuwe ervaring voor de verslaafde en zijn partner. De allerbelangrijkste ervaring van de therapie moet zijn dat zowel de verslaafde als de partner zich geaccepteerd voelen wanneer ze zich openen. Op deze manier wordt de ervaring dat 'niemand van mij kan houden als ze werkelijk weten wie ik ben en wat ik doe' gecorrigeerd.

Daarom is het heel belangrijk dat de therapeut mens is, laat zien wat dingen hem doen en openheid geeft over zijn eigen ervaringen in het contact met de cliënten.

Zoals gezegd is een belangrijk deel van de therapie het corrigeren van oude ervaringen. Oude ervaringen die door Carnes zijn samengevat in de kernovertuigingen van de verslaafde.

Een zeer bruikbaar model bij het corrigeren van deze ervaringen is het SASB-model van Benjamin, zoals beschreven door Roel Bouwkamp in 'Helen door delen'^{vi} (zie figuur 1).

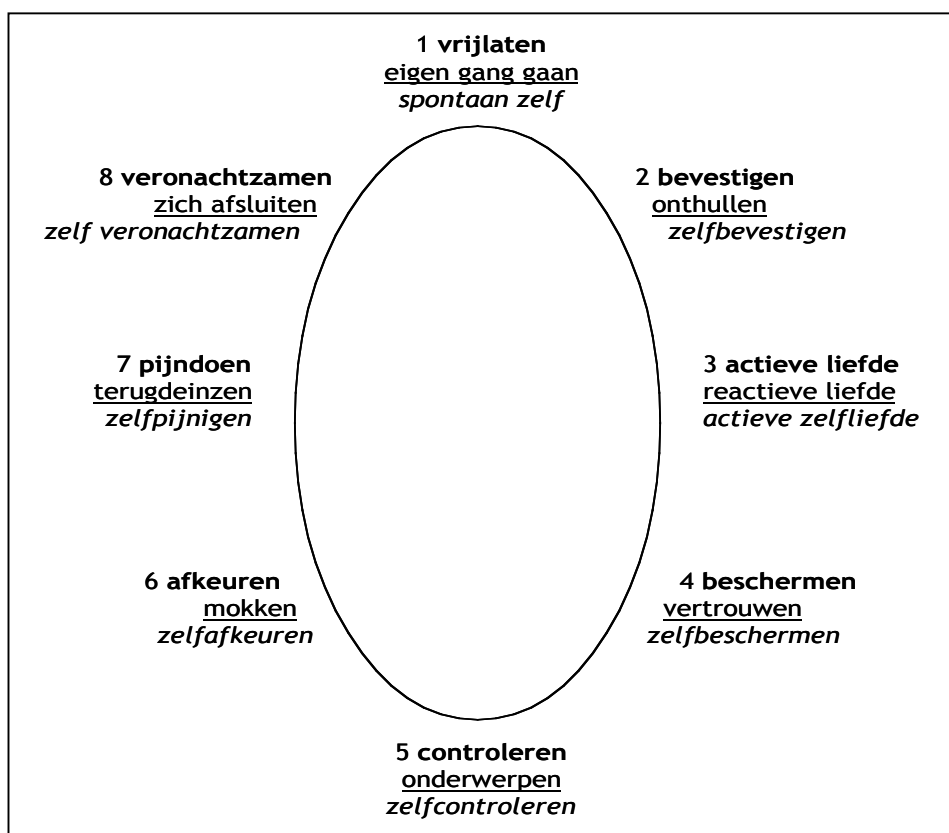
Het SASB-model is een samenvoeging van drie cirkels. De eerste cirkel bevat de vetgedrukte begrippen in figuur 1 en beschrijft de verschillende manieren waarop de persoon op de ander gericht kan zijn, waarbij de actie op de ander gericht is. De tweede cirkel bevat de onderstreepte begrippen en beschrijft de verschillende manieren waarop de persoon gericht kan zijn op zichzelf. Hierbij gaat het om een reactie op de ander, maar het gedrag is op zichzelf gericht. De derde cirkel bevat de cursieve begrippen en beschrijft

de verschillende manieren van geïntrojecteerde gerichtheid. Hier gaat het om wat de persoon werkelijk met zichzelf doet. De eerste twee cirkels beschrijven de interpersoonlijke relatie en zijn complementair t.o.v. elkaar (wat betekent dat het een het ander oproept). De derde cirkel beschrijft het intrapsychische niveau.

Roel Bouwkamp past dit toe door zijn beschrijving van het gebruiken van antithetisch reageren^{vii}. Bij seksverslaving zie je vaak dat de persoon en de partner, en/of omgeving, complementair op elkaar reageren. Dat zie je al in de complementair lopende basisovertuigingen. Bouwkamp beschrijft dat een antithetische reactie het tegengif biedt voor het negatief complementaire patroon.

In het voorbeeld van Liz en Karel zie je bij Liz **controleerend** gedrag waarop Karel met **onderwerpend** gedrag reageert. Daarnaast reageert Liz ook met **mokken** waarop Karel ook met **onderwerping** reageert. Vanuit de positie van Liz is het met name een **zelfcontroleerende** beschermende reactie. Ze wil geen pijn meer voelen. Toch is het geen bijdrage aan het herstel van de persoonlijke relatie. De sleutel in dit systeem was dat ik Liz hielp stil te staan bij wat ze werkelijk wilde en haar hielp om antithetisch te reageren door zichzelf te **onthullen** in plaats van te **mokken**. Daarnaast hielp ik haar om Karel **vrij te laten**.

Karel reageerde vanuit schuldgevoel **onderwerpend**. Ook dit is geen bijdrage aan de relatie. Hij moest leren stil te staan bij wat dit voor hem betekent en ook antithetisch te reageren door zichzelf te **onthullen** en Liz te bevestigen.



Figuur 1. SASB-model Benjamin^{viii}

Voor de therapeut is dit model een handig hulpmiddel in het bepalen van zijn positie t.o.v. de cliënt. Wanneer hij complementair reageert, bevestigt hij namelijk het systeem. De meeste verslaafden **veronachtzamen** en **pijnigen** hun partner en zichzelf en **keuren zichzelf af**. Veel van de partners hebben precies hetzelfde gedrag. Dit komt voort uit de ervaringen en de basisovertuigingen van de verslaafde en zijn partner.

Wanneer de therapeut **afkeuring** bemerkt kan hij reageren met **bevestiging**. Wanneer de cliënt mokt kan hij reageren met **bevestiging** en onthullen. Wanneer de cliënt *zichzelf pijnigt* kan hij met **actieve liefde** reageren. Wanneer de partner *zichzelf veronachtzaamt* kan de therapeut reageren met **bescherming**.

Door deze antithetische reacties levert de therapeut een actieve bijdrage aan het tot stand brengen van nieuwe corrigerende ervaringen. Actieve liefde en bevestiging zijn ervaringen die zowel de verslaafde als de partner maar weinig hebben meegekregen.

Ook door deze manier van antithetisch reageren spreekt de therapeut de niet toegestane delen van de cliënt aan. Een verslaafde die zichzelf **afkeurt** staat zichzelf niet toe van zichzelf te houden. Wanneer de therapeut reageert met **bevestiging** stimuleert hij de cliënt om complementair te reageren en zichzelf te gaan onthullen. De introjectie die hierbij hoort is *zelfbevestiging*. De cliënt doet de ervaring op zich te onthullen en zelfbevestigend bezig te zijn. Wanneer de partner in haar reactie op de verslaafde reageert door **pijn te doen** en de therapeut reageert met **actieve liefde**, stimuleert hij haar complementair te reageren met reactieve zelfliefde. Een ervaring waardoor haar niet toegestane deel aangesproken wordt en zij een stap maakt naar *actieve zelfliefde*.

Het doel van deze behandelfase is dat de therapeut de partners helpt om op een constructieve manier met zichzelf en elkaar om te gaan. Door zijn actieve inbreng leert hij hen op een constructieve manier te reageren, zichzelf serieus te nemen en elkaar weer te steunen. Wanneer beiden een evenwicht vinden in hun behoefte aan autonomie in verbondenheid met de ander dan zal het symptoomgedrag zijn functie verliezen. Eerder in dit hoofdstuk hebben we aandacht gegeven aan de bijdrage die accountability (het creëren van openheid naar derden toe) levert in het herstel van seksverslaving. Hierdoor doet de cliënt nieuwe ervaringen op met relaties waarin hij kan zijn wie hij is. Ook dit werkt corrigerend op de kernovertuigingen van de verslaafde. We zullen hier nu nog iets verder op ingaan.

Carnes adviseert namelijk al zijn cliënten deel te nemen aan een 12-stappen-programma van de Sex and Love Addicts Anonymous (S.L.A.A.) Deze groepen zijn gebaseerd op de 12-stappen-programma's van de Anonieme Alcoholisten. Hij is verder van mening dat het grootste gedeelte van de behandeling in deze groep kan plaatsvinden.

In een 12-stappen-programma ontmoet een verslaafde namelijk medestanders die hem vanuit hun eigen ervaringen begeleiden. De verslaafde krijgt hierbij de ervaring van kameraadschap, van openheid en verbondenheid. Hij doet de ervaring op dat er mensen zijn die om hem geven en dat hij het niet alleen hoeft te doen. Wanneer hij het moeilijk heeft mag hij op hen terugvallen. Verder helpen de 12-stappen om relaties op te bouwen en te herstellen en vormen de contacten een vangnet. Het grootste gedeelte van het herstel van seksverslaving vindt zo binnen dit 12-stappen-programma plaats. In de groep is er aandacht voor de redenen van de verslaving, de uitingen, de pijn die dit heeft opgeleverd, het herstel van relaties, preventieplannen voor eventuele terugval,

toekomstplannen, etc. De groep heeft een zelfhulpkarakter en coacht de betrokkenen vanuit persoonlijke ervaringen waardoor het toch vaak een therapeutisch karakter krijgt. Alhoewel ik de voordelen van zo'n groep onderschrijf heb ik ook mijn bedenkingen. Deze groepen gaan uit van het standpunt dat 'eens een verslaafde altijd een verslaafde' betekent. Men gaat immers uit van het perspectief dat seksverslaving een progressieve ziekte die niet genezen kan worden (Goede, 2003). Dit uitgangspunt helpt niet om het probleem als een symptoom te benaderen van een ander dieperliggend probleem maar focussed op de verslaving en op het symptoomgedrag.

Daarnaast vormt deze groep een systeem buiten de partnerrelatie om. Ook voor partners van seksverslaafden zijn er groepen, maar er zijn geen groepen waarin zowel verslaafden als partners samen worden geholpen. Juist bij seksverslaving is het relationele patroon dat het probleem (mede) in stand houdt, zo duidelijk te zien. Juist in de partnerrelatie moet er gewerkt worden aan herstel, aan openheid, aan het herstellen van vertrouwen en contact. Wanneer de partners dit individueel doen, dan is er te weinig aandacht voor het dieperliggende probleem namelijk de moeite die beiden ervaren om hun autonomie te bewaren in verbondenheid met elkaar en die verbondenheid ook steeds meer op een constructieve wijze te leren aangaan.

Wanneer er sprake is van seksverslaving en er is een partner, dan heeft het mijn voorkeur de behandeling niet via een 12-stappen-programma te laten verlopen. Wanneer het gaat om individuen, dan kan een 12-stappen-programma overwogen worden, met in achtneming wat ik gezegd heb over het ziekteperspectief.

Daarbij verwerp ik niet de filosofie en de werkzame kracht van het aangaan van contacten met lotgenoten via een 12-stappen-programma. Bill Perkins beschrijft in zijn boek 'Als mannen de verleiding weerstaan' het belang van kameraadschap. Hij geeft aan dat mannen sowieso al moeilijk diepe vriendschappen aangaan en open over zichzelf zijn. Dit trekt hen in een isolement waarin ze sneller hun problemen oplossen via seks of hun geluk in seks zoeken. Juist kameraadschap is een krachtig middel om je problemen te delen en er samen de schouders onder te zetten. Hij stimuleert mannen om een groep te vormen waarin je elkaar helpt en scherp houdt. Dit sluit aan bij wat Cleveland zegt over accountability. Het creëert een open relatie en een situatie om verbondenheid te oefenen. Dit mag zich echter nooit als een substituuut van de relatie met de echtgenoot ontwikkelen. Het is slechts een aanvulling en een oefenterrein waar de persoon zijn winst mee kan doen in de relatie.

De therapeut kan daarom met het echtpaar onderzoeken welke dingen er in de relatie besproken en gedaan moeten worden, maar dient hen ook te stimuleren te onderzoeken waar hun behoeften liggen t.a.v. contacten en steun buiten de relatie. Veel vrouwen die ik ontmoet waarbij de man seksueel verslaafd gedrag vertoont, willen niet alle moeiten en details weten. Daarnaast geven diezelfde vrouwen vaak aan dat ze ook niet al hun moeiten met het gedrag van hun man in hun eigen relatie kwijt kunnen. Door de partners dit met elkaar te laten bespreken stimuleert de therapeut de partners stil te staan bij hun behoeften en ook creatief te kijken naar steun buiten de relatie. Zo creëren de partners autonomie in verbondenheid.

Als in overleg besloten wordt dat een deel van de worstelingen van de man maar met vrienden besproken moet worden omdat de vrouw het niet kan opbrengen om het te

horen, dan is dit een constructieve oplossing, zolang het niet leidt tot stiekem gedrag. Het is goed dat de therapeut hen hierin helpt te komen tot een goede en werkbare overeenkomst.

2.5. De afsluiting

Kort gezegd kan het proces afgerond worden wanneer de macht van de verslaving verbroken is en de partners geleerd hebben op een constructieve manier met elkaar om te gaan. Wanneer beiden kunnen stilstaan bij hun behoeften en uiting kunnen geven aan hun verbondenheid met elkaar. Vaak is dit het einde van een intensief en lang proces.

Belangrijk is niet of alles opgelost is. Veel belangrijker is het dat de beide partners, of de ex-verslaafde zelf (wanneer het een individu betreft) op een constructieve manier met zichzelf kunnen omgaan.

In deze fase is het goed met de partners vooruit te kijken. Carnes (1987) vraagt zijn cliënten een plan te maken in geval van terugval. Dit plan kan al gemaakt worden in een eerder stadium van de behandeling, maar is helemaal belangrijk bij de afronding. Het geeft de cliënt een handvat voor de toekomst. In het geval van de aanwezigheid van een partner is haar inbreng hierbij ook heel belangrijk. Belangrijk is dat de personen geleerd hebben de signalen te herkennen van wanneer het minder gaat en weten wat ze in zo'n geval moeten doen. Geen terugval kun je niemand garanderen, maar je kunt hen wel helpen de terugval te zien aankomen en daar een plan voor te hebben liggen.

In deze afsluiting is de vraag die de therapeut zichzelf kan stellen of hij zelf vertrouwen heeft in de toekomst. Dit vertrouwen kan motiverend werken. Want daar gaat het immers om: heeft de cliënt zelf weer vertrouwen in zichzelf? Ziet hijzelf en ziet zijn partner met vertrouwen de toekomst tegemoet? Als dat zo is, dan kan er rustig afgesloten worden! Gollum's ring is vernietigd! De tocht gaat voort!

Literatuur

- Arterburn, S., Stoeker, F, Yorkey, M. *Every man's battle. Every Man's Guide to... Winning the War on Sexual Temptation One Victory at a Time.* WaterBrook Press, Colorado Springs. 2000.
- Bouwkamp, R. *Helen door Delen. Experiëntiele Interpersoonlijke Therapie, theorie, methodiek, onderzoek.* De Tijdstroom, Utrecht. 1999
- Bouwkamp, R., Bouwkamp S. *Psychosociale Therapie voor kind en gezin. Bouwstenen voor een geïntegreerde kind- en gezinsgerichte experiëntiele methodiek in de jeugdhulpverlening.* De Tijdstroom, Utrecht. 1995.
- Bouwkamp, R., Vries, S. de. *Handboek Psychosociale Therapie. Theorie en Praktijk.* De Tijdstroom, Utrecht. 1992.
- Carnes, P. *Out of the Shadows. Understanding Sexual Addiction.* Hazelden, Minnesota. 2001.
- Carnes, P. *Contrary to Love. Helping the Sexual Addict.* Hazelden, Minnesota. 1989.
- Cleveland, M. *Pure Freedom, breaking the addiction to pornography and masturbation.* Focus Publishing, Minnesota. 2002.
- Cleveland, M. *95 Theses for a Pure Reformation.* Focus Publishing, Minnesota, 2003.
- Dobson, J.C. *En nu is het genoeg! over conflictsituaties binnen het huwelijk.* Kok Voorhoeve, Kampen. 1993.
- Goede, E.M. *Van Trauma naar Triomf. Een boek dat uw hart zal verwarmen.* Stichting Nationaal Preventie en Informatie Bureau Seksverslaving, Amsterdam. 2003.
- Juul, J. *Uw capabele kind.* Uitgeversmaatschappij Ad Donkers. 1997.
- Kempler, W. *Gestalt therapie voor het gezin.* De Toorts, Haarlem. 1974.
- Perkins, B. *Als mannen de verleiding weerstaan.* Barnabas, Heerenveen. 1999.

Internetartikelen

- *Cyberseks: van huisvader tot kinderpornohandelaar.* www.seksverslaving.be/cyber.html.
- *Behandeling van seksverslaving.* www.seksverslaving.nl/behandel.html.
- *Co-verslaving.* www.seksverslaving.nl/cover.html.
- *Seksverslaving.* www.psychologischehulp.nl/seksverslaving.html.
- *Seksverslaving.* www.nvsh.nl/Pages/Actualiteit/Actualiteit_2.htm.
- *Sex Addiction.* www.healthymind.com/s-index.html.
- *Stichting Nationaal Preventie en Informatie Bureau Seksverslaving.* www.seksverslaving.nl/npibs.html.
- *Korte inleiding: wat is seksverslaving?* www.seksverslaving.nl/slaa.html.
- *Bureau EHAH, Pastorale hulpverlening rond seksuele identiteit.* www.totheildesvolks.nl/ehah/EHAH.html.
- *Seksverslaving.* www.ehah.nl/seksverslaving.htm.

Noten

ⁱ De resultaten van dit onderzoek zijn verwoord in het boek 'Van Trauma naar Triomf' van Goede (2003).

ⁱⁱ Henrike de Kraker heeft in 2003 als afstudeeropdracht aan de Noordelijke Hogeschool Leeuwarden (mede in opdracht van Stichting de Driehoek) een scriptie geschreven over seksverslaving.

ⁱⁱⁱ Bron: ANP, januari 2001.

^{iv} Goede (2003) beschrijft de resultaten van deze onderzoeken in zijn boek 'Van Trauma naar Triomf'.

^v Geciteerd uit Bouwkamp R., Vries S. *Handboek Psychosociale Therapie*, De Tijdstroom, 1992

^{vi} Bouwkamp R. *Helen door Delen*. De Tijdstroom, Utrecht, 1999. p 85 - 93.

^{vii} Bouwkamp R. *Helen door Delen*. De Tijdstroom, Utrecht, 1999. p 132 - 136

^{viii} Overgenomen uit Bouwkamp R. *Helen door Delen*. De Tijdstroom, Utrecht, 1999. p 90