



‘Hoe kan beeldende therapie helpen om het verschil in verlangen als gevolg van seksueel trauma te duiden tussen liefdespartners?’

Een onderzoek om koppels inzicht te geven in zichzelf en hun relatie om het verschil in verlangen duidelijk te krijgen d.m.v. beeldend werken op een lichaamsgerichte manier, daar waar zij vastlopen in woorden.



Foto: Katleen Gils

Hogeschool PXL-Healthcare, Hasselt
Bachelor na bachelor - Creatieve therapie, beeldend

G.M.S. Derks - 12000835
Integratieproject 2023

Eerste begeleider: Ann Maes (promoter beeldende therapie)
Tweede begeleider: Lily Schelfhaut (inhoudsdeskundige seksuoloog)

Valkenburg aan de Geul, 9 juni 2023

1. Voorwoord

Over seks praten vind ik al jaren een heel interessant onderwerp. Ik ben gefascineerd door de diversiteit aan perspectieven en ervaringen die mensen hebben als het gaat om seksualiteit. Het is een onderwerp dat vaak met taboes en ongemak omgeven is, maar ik geloof dat open en eerlijke communicatie hierover van groot belang is. Ik deel graag mijn gedachten en inzichten over seksualiteit met de mensen die dicht bij me staan, en ik merk dat ik vaak uiteenlopende informatie en reacties terugkrijg, of soms zelf geen. Het wordt dan ongemakkelijk en het gesprek is al snel afgelopen.

Het is opvallend hoeveel mensen moeite hebben om dieper in te gaan op het gebied van seksuele verlangens. Velen weten zelfs niet eens wat hun eigen verlangens precies inhoudt, laat staan dat ze in staat zijn deze duidelijk te maken aan hun partner in de relatie. Het kan ook voorkomen dat mensen wel weten waar hun verlangen ligt, maar dat ze zich uit schaamte of door traumatische ervaringen dit niet durven uit te spreken. Dit gebrek aan communicatie kan leiden tot frustraties, misverstanden en zelfs relationele problemen.

Tijdens mijn afstudeerjaar in de beeldende therapie, viel het kwartje. Ik realiseerde me dat beeldende therapie wellicht een uitkomst kan bieden om seksuele verlangens helder te krijgen op een non-verbale en dus veiligere, manier dan alleen praten.

Mijn onderzoeksvraag werd gevormd: "Hoe kan beeldende therapie helpen om het verschil in seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma te duiden tussen liefdespartners?" Seksueel trauma vind ik een interessant gegeven omdat het fysiek en mentaal zoveel impact kan hebben op een persoon en wat daaraan te doen is. Ik ben ervan overtuigd dat het beeldend werken een waardevolle benadering kan zijn om seksuele verlangens op een dieper niveau te begrijpen en te uiten. Het is van groot belang om de autonomie van de cliënt centraal te stellen en hen op een cliëntgerichte manier te benaderen. Iedere persoon is uniek en wat voor de één geldt, hoeft niet te gelden voor de ander.

In dit onderzoek wil ik u stapsgewijs meenemen in mijn proces. Ik zal mijn inzichten en ontdekkingen delen, en ik hoop dat dit iets positiefs zal opleveren in de communicatie rondom seksuele verlangens. Mijn doel is om bij te dragen aan het verminderen van het taboe, de schaamte en schuldgevoelens rondom deze seksuele problemen en om mensen te helpen nare gevolgen te voorkomen door het (h)erkennen, begrijpen en ontmoeten van elkaars verschil in verlangen. Het zou waardevol zijn om dit onderzoek in sekstherapie uit te kunnen testen. Het zou van nog grotere waarde zijn als ik als toekomstig beeldend therapeut gespecialiseerd ben in seksualiteit, zodat ik zelf hiermee aan de slag kan gaan. Dat laatste is voor later...

2. Dankwoord

Allereerst wil ik graag mijn dank uitspreken naar Ann, die mij heeft aangemoedigd en mij op heldere wijze heeft begeleid. Deze lieve docente heeft altijd in mij geloofd en heeft me waardevolle tips gegeven, waardoor ik gemotiveerd bleef om tot een goede conclusie te komen. Altijd met een glimlach op haar gezicht en zachtheid naar mij toe. Ook wil ik Lily bedanken, een seksuologe die mij te allen tijde heeft ondersteund met haar expertise en voorbeelden uit haar eigen vakgebied. Haar input was van onschatbare waarde voor dit onderzoek. Ik wil ook graag Sam bedanken, met wie ik een inspirerend gesprek heb gehad waarin hij de essentie van seksuologie bondig heeft uitgelegd, wat een belangrijke oriëntatie voor mij vormde.

Ten tweede wil ik mijn dank uitspreken naar Ruth, die mij heeft geholpen om tussentijdse deadlines te halen en mij heeft ondersteund bij het behouden van het overzicht, het schrijfproces en het bieden van structuur. Haar bijdrage was essentieel om dit onderzoek mogelijk te maken wanneer ik vastliep.

Ten derde wil ik mijn ex-vriend bedanken. Deze relatie heeft mij inzichten gegeven die hebben bijgedragen aan dit onderzoek. Hij diende als inspiratiebron met betrekking tot het onderwerp seksueel verlangen.

Tot slot wil ik al mijn dierbaren bedanken, vooral mijn huidige vriend partner, die me de motivatie gaf

om door te gaan met dit onderzoek. Door hem is het me meer dan duidelijk geworden dat goede communicatie de sleutel is voor het voorkomen en/of oplossen van vele problemen. Ook wil ik Rowan bedanken, die een kritisch oog heeft geworpen op mijn scriptie en heeft gezorgd voor een sterke start. Mijn dank gaat ook uit naar mijn familie en vrienden, die mij hebben gesteund en de ruimte hebben gegeven die ik nodig had om dit project naar tevredenheid af te ronden.

Ik wens u veel leesplezier!

Gina Derks

Valkenburg aan de Geul, 9 juni 2023

Inhoudsopgave

1	Inleiding	6
1.1	<i>Probleemstelling.....</i>	<i>6</i>
1.2	<i>Doelstelling.....</i>	<i>6</i>
1.3	<i>Hoofdvraag</i>	<i>8</i>
1.4	<i>Deelvragen</i>	<i>8</i>
2	Methode.....	9
3	Seksueel verlangen	11
3.1	<i>Seksueel verlangen.....</i>	<i>11</i>
3.2	<i>Met seksueel verlangen in verbinding komen.....</i>	<i>11</i>
4	Problemen rondom seksueel verlangen	12
4.1	<i>Drie categorieën van problemen rondom seksueel verlangen</i>	<i>12</i>
4.2	<i>Oorzaken die leiden tot problemen door een verschil in seksueel verlangen tussen liefdespartners...13</i>	
5	De negatieve invloed van seksueel trauma op de liefdesrelatie als er sprake is van verschil in seksueel verlangen gefocust op het fysieke en mentale aspect.....	15
5.1	<i>Seksueel trauma.....</i>	<i>15</i>
5.2	<i>De negatieve invloed op de liefdesrelatie.....</i>	<i>16</i>
6	Beeldende therapie als methodiek om beter inzicht te krijgen in het verschil in seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma	18
6.1	<i>Beeldende therapie voor seksuologen.....</i>	<i>18</i>
6.1.1	<i>Sekstherapie</i>	<i>19</i>
6.1.2	<i>Beeldende therapie</i>	<i>20</i>
6.2	<i>Relevante aspecten van beeldende therapie die van toepassing zijn op problemen die voortkomen uit seksueel trauma</i>	<i>20</i>
6.2.1	<i>Sensorimotor psychotherapie.....</i>	<i>20</i>
6.2.2	<i>Vitality affects</i>	<i>22</i>
6.2.3	<i>Expressive Continuüm Therapies.....</i>	<i>23</i>
7	Beeldende therapie binnen de sekstherapie	28
7.1	<i>De invulling van beeldende therapie binnen sekstherapie</i>	<i>29</i>
8	Conclusie	30
9	Discussie.....	32
10	Aanbevelingen.....	34
11	Bibliografie	35

12	Bijlagen	42
12.1	<i>Interview Sam.....</i>	<i>42</i>
12.2	<i>Interviews Lily.....</i>	<i>44</i>

1 Inleiding

1.1 Probleemstelling

In onze samenleving wordt seks nog steeds als taboe beschouwd, wat ervoor zorgt dat mensen zich vaak schamen en schuldig voelen als ze eraan denken of erover praten (Foucault, 1978). Seksuele problemen zijn echter veelvoorkomend, maar er wordt niet genoeg aandacht aan besteed (KU, Leuven, 2012). Onderzoek van de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS, 2023) heeft aangetoond dat bijna iedereen wel eens een probleem ervaart met seks, ongeveer 9 van de 10 mensen. Uit een onderzoek in het tijdschrift GezondNU ("Schaamte bij de dokter," 2009, p. 164) bleek dat mannen zich meer schamen voor seksuele problemen (45,4%) dan vrouwen (37,3%).

Seksuologe Lily (Schelfhaut, persoonlijke communicatie, 2023) bevestigde in een interview dat er altijd schaamte rondom seksuele problemen ligt. Verschillende onderzoeken op het gebied van psychologie hebben aangetoond dat seks een van de moeilijkste onderwerpen is voor cliënten om tijdens therapie te bespreken (Bauman & Hill, 2016; Love & Farber, 2017). Zelfs in huwelijks- en relatietherapie, die gericht zijn op relaties, wordt seks vaak niet openlijk besproken (Johnson & Zuccarini, 2009; Timm, 2009). Volgens Metzl (2017) zijn schaamte en schuldgevoelens de reden cliënten ervan te weerhouden om over hun seksuele problemen te praten. Dit kan een gevolg zijn van stigmatisering van dominante culturele normen over seks en seksualiteit, evenals trauma (Marx & Verzat, 2019, p. 12).

Een veelvoorkomend seksueel probleem is een verschil in seksueel verlangen (RIVM, 2016). Interessant genoeg blijkt dat bij problemen met seksueel verlangen lichamelijk of aanvullend onderzoek vaak niet zinvol is volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Laboratoriumonderzoek is meestal niet nodig (RIVM, 2016, p. 6). Dit heeft geleid tot een focus op het probleem rondom verschil in seksueel verlangen, omdat andere problemen meer gericht zijn op lichamelijke onderzoeken en daardoor minder raakvlakken kon linken met beeldende therapie. Echter, verder onderzoek heeft aangetoond dat het lichaam veel informatie kan opslaan, bijvoorbeeld heftige traumatische ervaringen die zowel geestelijke als mentale problemen kunnen veroorzaken (Van der Kolk, 2014, p. 21). Het fysieke en mentale zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, zoals Lily en Sem (Schelfhaut et al., persoonlijke communicatie, 2023) stellen.

Het is belangrijk om te benadrukken dat geen twee mensen hetzelfde zijn als het gaat om seksueel verlangen. Dit is de nummer één van seksuele problemen zoals Heiman (1981) ook heeft opgemerkt (Lange, 1993, p. 346). Wanneer de verschillen in verlangen tussen partners groot zijn, of als de ene partner niet (langer) kan voldoen aan de wensen van de ander, kan dit spanningen binnen de relatie veroorzaken. Deze spanningen versterken vaak de verschillen en leiden tot een machtsstrijd over wie er gelijk heeft, waardoor het plezier in seks verdwijnt (NVVS, 2023).

1.2 Doelstelling

Het specifieke focuspunt in dit onderzoek is te verkennen hoe lichaamsgerichte beeldende therapie als een nuttige vorm van communicatie ingezet kan worden, gericht op koppels die moeite hebben om zich verbaal uit te drukken over verschillen in seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma.

Beeldende therapie kan helpen om vorm te geven aan wat er in iemands binnenwereld speelt, inclusief gedachten, ideeën, problemen, behoeften en gevoelens (UMCG, 2023).

In beeldende therapie staat praten niet centraal, maar draait het om het ervaren en handelen tijdens het beeldend werken (Schweizer et al., 2009, p. 204). Dit maakt het mogelijk om op een veilige en non-verbale manier te communiceren, wat het gemakkelijker maakt om seksuele verlangens te uiten (Cowley et al., 2016; Luana Cunha Ferreira, Isabel Narciso, Rosa Ferreira Novo, 2012, p. 11).

Lichaamsgerichte manieren van werken in de beeldende therapie kan bijdragen aan het versterken van de verbinding tussen lichaam en geest, zelfexpressie te vergroten en psychische, emotionele en fysiek welzijn te bevorderen. Gericht op het bewuster maken van het lichaam en emotieregulatie (GGZ Standaarden, 2022).

Door verbinding met het lichaam te maken helpt het om de fysieke sensaties, spanningen en blokkades in het lichaam van de individuele partners te verkennen en te verminderen die verband houden met seksueel verlangen en trauma. (Ogden et al., 2015, p. 40)

In het onderzoek wordt getracht om koppels te begeleiden bij het ontwikkelen van een dieper begrip van zichzelf en elkaar, en bij het vinden van manieren om verschillen in seksueel verlangen als gevolg van trauma te duiden en te integreren in hun relatie. Door middel van beeldende therapie kunnen ze samen werken aan het herstellen van intimiteit, het verkennen van hun verlangens en behoeften, en uiteindelijk het vinden van een gezamenlijke weg naar een plezierige en bevredigende seksuele relatie die voor hen werkt.

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is om bij te dragen aan het verminderen van taboe, schaamte en schuldgevoel rondom seksuele problemen (Foucault, 1978), en om koppels te ondersteunen bij het vinden van manieren om hun seksuele verlangens te leren uiten. Dit is een cruciaal aspect is van de behandeling (Lange, 1993, p. 6).

Daarnaast heeft dit onderzoek ook als doel om kennis en bewustwording over seksueel verlangen en trauma te vergroten, zowel bij koppels als bij professionals in de gezondheidszorg. Door het ontwikkelen van nieuwe inzichten en therapeutische benaderingen, kan beeldende therapie als een waardevolle tool worden gebruikt in de behandeling van seksuele problemen in relaties.

Dit onderzoek richt zich op het verbeteren van communicatie en begrip tussen partners met verschillende niveaus van seksueel verlangen door middel van beeldende therapie. Het helpt koppels elkaars behoeften te begrijpen, trauma te verkennen en emotionele wonden te helen, wat leidt tot een versterking van de emotionele band en herstel van intimiteit.

Dit onderzoek kan bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden op het gebied van o.a. sekstherapie. Sekstherapie wordt vaak gebruikt met als doel het herstellen en verbeteren van de seksuele relatie tussen partners (Vansteenwegen, 2007, p. 222). Hoewel oefeningen slechts een klein onderdeel vormen van deze therapie (Lankveld, 2006, p. 114), onderscheidt beeldende therapie zich van andere behandelmethoden door het zichtbare en tastbare karakter van zowel het proces als het resultaat van het beeldend werken (Schouten et al., 2014, p. 2). Hierdoor kan beeldende therapie een mooie opvolger zijn na sekstherapie of kunnen deze twee disciplines goed samenwerken.

1.3 Hoofdvraag

'Hoe kan beeldende therapie helpen om het verschil in verlangen als gevolg van seksueel trauma te duiden tussen liefdespartners?'

1.4 Deelvragen

- Wat is seksueel verlangen?
- Welke problemen rondom seksueel verlangen zijn er?
- Wat is de negatieve invloed van seksueel trauma op de liefdesrelatie als er sprake is van verschil in seksueel verlangen gefocust op het fysieke en mentale aspect?
- In hoeverre kan beeldende therapie als methodiek worden ingezet om beter inzicht te krijgen in het verschil in seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma?
- Hoe ziet beeldende therapie er binnen de sekstherapie uit?

2 Methode

Voor mijn onderzoek naar het beantwoorden van de hoofdvraag "Hoe kan beeldende therapie helpen bij het begrijpen van verschillen in seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma tussen liefdespartners?", heb ik de PIC(o)-methode gebruikt als startpunt. Bij de P (populatie) koos ik voor liefdespartners die problemen ondervinden met verschillen in seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma. Bij de I (impact) koos ik voor (lichaamsgerichte) beeldende therapie omdat ik wilde ontdekken wat er individueel en non-verbaal bij de partners speelt, zowel inhoudelijk als in relatie tot elkaar. Bij de C(o) (context) koos ik voor ambulante zorg omdat de beeldende therapie zoals ik die wil toepassen valt binnen de context van ambulante zorg.

Deze scriptie is opgesteld volgens de richtlijnen van PXL Hogeschool. Verschillende databanken, waaronder Databanken PXL, Google Scholar, Springer, Semantic Scholar, Ebscohost, Taylor en Francis Online, Sage Knowledge, HBO Kennisbank en KU Leuven, zijn geraadpleegd. Er zijn zowel Engelse als Nederlandse zoektermen gebruikt, zoals jeugd, adolescenten, jongeren, jongvolwassenen, koppel, relaties, liefdesrelatie, liefdespartners, romantische relatie, intieme relatie, liefdeskoppels, seksuele partners, romantische liefde, seksuele gezondheid, seksueel verlangen, libido, seksuele drive, verbetering van seksueel leven, kunsttherapie, psychotherapie, creatieve kunsttherapieën, expressieve therapie en zintuiglijke kunsttherapieën (en de Engelse vertaling van deze begrippen). Booleaanse operatoren zoals AND en OR zijn gebruikt, waarbij exclusiecriteria seksuele fysieke aandoeningen en HIV/AIDS waren, en het inclusie criterium volwassenen tussen 18-80 jaar was. Er werd veel literatuur gevonden, maar helaas waren er geen bruikbare bronnen beschikbaar. Daarom heb ik op aanraden van mijn promotor besloten om de onderwerpen seksuologie en beeldende therapie apart te onderzoeken en vervolgens verbanden tussen beide te zoeken. Deze verbanden zijn al bedacht tijdens het *mindmappen* in overleg met mijn promotor. Op basis daarvan kon het onderzoek verder gaan en is betere en bruikbare literatuur gevonden. Seksuologie bleek een complex vakgebied te zijn, dat in vergelijking met beeldende therapie relatief nieuw voor mij was, hetgeen resulteerde in een langdurig literatuuronderzoek. Daarnaast zijn er interviews afgenomen bij twee experts op het gebied van seksuologie, waarbij ik waardevolle informatie en literatuur kreeg aangereikt die ook nuttig waren voor een gerichtere evaluatie.

Dit onderzoek is voornamelijk gericht op problemen in seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma, die vaak naar voren komen in zowel relatie als sekstherapie. De focus ligt hier specifiek op het verschil in verlangen en er wordt geen aandacht besteed aan seksuele aversie of seksverslaving. Biologische aspecten van het probleem en de behandeling ervan zullen ook buiten beschouwing worden gelaten, omdat de nadruk vooral ligt op communicatie en niet direct gerelateerd is aan het trauma. Gezien de variëteit in seksuele verlangens is het niet mogelijk om alle soorten uitgebreid te bespreken, aangezien dit voor iedereen anders is. Daarnaast wordt geen speciale aandacht geschonken aan gender, seksuele voorkeuren of niet-geaccepteerde seksuele verlangens in deze studie. Religieuze, culturele en maatschappelijke achtergronden worden daarbij ook buiten beschouwing gelaten.

Dit onderzoek legt de focus op het individuele verlangen en hoe dit zich verhoudt tot de partner, om zo het verschil in verlangen binnen het koppel te begrijpen. Dit zal worden onderzocht door middel van beeldende therapie, waarbij verschillende methoden gericht op het lichaam worden toegepast, aangezien het lichaam ook verbonden is met seksualiteit.

Het onderzoek zal voornamelijk kwalitatief van aard zijn, gebaseerd op literatuuronderzoek. Vanwege de specifieke aard van dit onderzoek, dat zich richt op verschillen in seksueel verlangen als gevolg van

trauma binnen liefdesrelaties, is het vinden van gerichte informatie uitdagend. Daarvoor is gebruik gemaakt van methoden, ideeën en ervaringen uit eerdere onderzoeken van seksuologen, psychoanalytici en beeldende therapeuten, evenals interviews met seksuologen, om zo een solide basis te leggen.

Het kwalitatieve onderzoek, dat bestaat uit literatuurstudie en interviews met seksuologen, biedt een waardevol inzicht in de methoden, gedachten en ervaringen van eerdere onderzoeken over dit onderwerp. Het dient als een nuttige oriëntatietool voor het onderbouwen, aanvullen en toepassen van kennis en inzichten over het onderwerp. De interviews met seksuologen leveren beschrijvende informatie op die wordt ondersteund door persoonlijke redeneringen. Door middel van de interviews kunnen relevante onderwerpen actief worden bevraagd, waardoor diepgaandere discussies mogelijk zijn en minder relevante aspecten achterwege worden gelaten. De open interviews hebben ook geleid tot de ontdekking van onderwerpen die niet bij voorbaat bekend waren, maar wel waardevol zijn voor deze studie.

Tijdens het onderzoek naar relevante specifieke literatuur, bleek deze schaars te zijn. Het was daardoor niet mogelijk om een beslisboom te maken. Door de hoofdvraag op te splitsen konden echter wel verbanden worden gelegd, van waaruit het onderzoek verder kon. Dat maar weinig mensen de tijd hadden om deel te nemen aan interviews bleek echter een groot nadeel. Door slechts twee professionals in de seksuologie te interviewen, heb ik niet genoeg informatie verzameld om vergelijkingen te kunnen maken binnen deze kwalitatieve methode of om valide en generaliserende uitspraken te doen. Doordat interviews zijn gebruikt om een basiskennis te verkrijgen over seksuologie en richting te geven aan het zoeken van relevante literatuur, is het van ondergeschikt belang dat de interviews slechts met twee experts zijn afgenomen en de uitspraken van hen daarbij dus niet generaliseerbaar zijn. Dit was immers niet het doel van de inzet van deze onderzoeksmethode; het diende ter exploratie van een nieuw onderzoeksdomein voor de onderzoeker.

De onderzoeksdoelgroep bestaat uit liefdespartners die te maken hebben met seksuele problemen als gevolg van een verschil in seksueel verlangen door seksueel trauma, en die niet in staat zijn om hierover verbaal met elkaar te communiceren. Het zou erg waardevol zijn om antwoorden te verkrijgen vanuit deze doelgroep door middel van interviews, om inzicht te krijgen in hun verlangens en de rol van beeldende therapie. Het idee om direct vanuit deze doelgroep informatie te verkrijgen en specifiek te kijken naar hun meningen en mogelijk zelfs hun ervaringen is aanvankelijk in overweging genomen. Echter, gezien de gevoeligheid van het onderwerp en de discrepantie tussen openlijk praten en het gebruik van beeldende therapie als non-verbaal communicatiemiddel, is uiteindelijk besloten om de focus te leggen op interviews met seksuologen als een meer algemene basis voor dit onderzoek.

Tussen november 2022 en januari 2023 zijn ongeveer twintig seksuologen uit Nederland en België benaderd. Uiteindelijk zijn twee van hen bereid geweest een interview te houden. In totaal zijn er vier interviews afgenomen, waarvan één face-to-face en drie via Zoom.

3 Seksueel verlangen

3.1 Seksueel verlangen

Seksueel verlangen is de behoefte van het individu naar seksuele activiteit of intimiteit met een andere persoon (Schelfhaut, persoonlijke communicatie, 2023). Levine (1991, 2022) (geciteerd in Cunha Ferreira et al., 2012, p. 267) stelt dat seksueel verlangen een intens persoonlijke, maar ook subjectieve, ervaring is.

Volgens Heider (1958) (geciteerd in Regan & Berscheid, 1999, p. 13-14) is verlangen subjectief, omdat verlangen als een motiverende toestand voortkomt uit het individu die de eigen wens of wil van de persoon vertegenwoordigt. Verlangens kunnen lang bestaan voordat er actie wordt ondernomen om ze te bevredigen, of ze blijven bestaan omdat de persoon niets eraan doet. Het is niet alleen de actie als reactie, maar verlangen kan naast waarneembaar gedrag ook emotionele reacties als gevolg hebben (Regan & Berscheid, 1999, p. 13-14). Een voorbeeld hiervan zijn emotionele reacties die worden ervaren als doelen wel worden bereikt en welke emoties ontstaan als deze doelen niet worden bereikt.

Verlangens zijn in het algemeen gericht op doelen die het individu aantrekkelijk of prettig vindt. Daarom leidt dit tot plezier, wanneer een bepaalde gebeurtenis of object wordt gewenst en bereikt (Regan & Berscheid, 1999, p. 13-14).

Volgens Levine varieert seksueel verlangen langs een spectrum en wordt het gekenmerkt door sterke individuele, geslacht en leeftijd gerelateerde verschillen (geciteerd in Cunha Ferreira et al., 2012, p. 267). Het RIVM, (2016, p. 161) bevestigt ook dat deze verschillen er zijn en vult nog aan dat (sociaal-culturele) context nog een beïnvloedende factor is. Seksueel verlangen kan zonder seksuele handelingen plaatsvinden, dus onafhankelijk van een genitale respons (geciteerd in Cunha Ferreira et al., 2012, p. 267). Opwinding wordt gevormd door natuurlijke elementen die worden gekenmerkt door een duidelijke verbeelding van seksuele handelingen en een subjectieve beleving van de geslachtsorganen (geciteerd in Cunha Ferreira et al., 2012, p. 267). Bij opwinding gaan prikkels door de hersenen bij het zien van bijvoorbeeld je naakte partner of aanrakingen waarbij het lichaam opgewonden raakt; seksueel verlangen is daarom anders dan seksueel opgewonden zijn (Schelfhaut, persoonlijke communicatie, 2023).

In de praktijk is er geen lineaire relatie tussen seksueel verlangen en opwinding. Het kan zijn dat verlangen leidt tot opwinding, maar vice versa kan ook (RIVM, 2016, p. 163).

3.2 Met seksueel verlangen in verbinding komen

Om met het eigen seksuele verlangen in verbinding te kunnen komen, is het eerst van belang om te weten wat en wie je bent; het proces begint bij de persoon zelf (Schelfhaut, persoonlijke communicatie, 2023). De vraag *wat* je bent, heeft betrekking op het geslacht (waarmee de persoon geboren is). De vraag *wie* je bent, heeft daarentegen betrekking op het gender; dit is een complex begrip en omvat normen, verwachtingen van de maatschappij, eigen gedrag, eigenschappen en gedachten. Ten slotte is er genderidentiteit. Dit is iemands persoonlijke identiteit; het omvat hoe iemand zich van binnen voelt en hoe diegene het gender uitdraagt.

Om in verbinding te staan met eigen seksuele verlangens wordt daarnaast gekeken naar iemands romantische en seksuele oriëntatie. Romantische oriëntatie gaat over verliefdheid, de romantische en/of affectieve voorkeur voor bepaalde geslachten waar de persoon zich tot aangetrokken voelt. Seksuele oriëntatie gaat over wat iemand seksueel kan doen opwinden. Romantische en seksuele oriëntatie zijn daarin niet hetzelfde (*Wat is romantische oriëntatie?*, z.d.). Deze kunnen gelijklopen, maar dat hoeft niet. Lily (Schelfhaut, persoonlijke communicatie, 2023) geeft als voorbeeld dat er mannen zijn die enkel verliefd worden op vrouwen, maar ook mannen seksueel opwindend vinden; verliefd worden is het romantische stuk, opgewonden raken het seksuele. Seksuele en romantische voorkeur kunnen blijven verschuiven (*Wat is romantische oriëntatie?*, z.d.).

4 Problemen rondom seksueel verlangen

Het hele leven lang worden mensen ertoe gedwongen om zich op seksueel vlak aan nieuwe situaties aan te passen en nieuwe keuzes te maken. Dit gebeurt, omdat het lichaam verandert, kennis en ervaring toenemen, persoonlijke omstandigheden wijzigen en relaties zich ontwikkelen (De Graaf, 2013, p. 5). Op basis van deze vooronderstellingen kan dus worden aangenomen dat deze confrontatie met ontwikkelingen voor sommige mensen een uitdaging kan zijn.

4.1 Drie categorieën van problemen rondom seksueel verlangen

Seksualiteit en seksuele ontwikkeling zijn onlosmakelijk verbonden aan het leven. Elk individu maakt een unieke ontwikkeling door, beïnvloed door biologische, psychologische en sociale factoren die onvoorspelbaar zijn (De Graaf, 2013, p. 111). Toch zijn er in grote lijnen veel vergelijkingen te vinden, de zogenaamde 'typische' levenslopen. Hier wordt in het kader van dit onderzoek verder niet op ingegaan. Wel wordt aandacht besteed aan een moeilijke levensloop en ontwikkeling overigens pas een kwestie wanneer iemand dit zelf als problematisch ervaart of wanneer dit schade aan de persoon zelf of diens omgeving teweegbrengt (De Graaf, 2013, p. 111).

Seksueel verlangen is een dynamisch aspect van de seksuele ontwikkeling dat kan veranderen gedurende het leven, wat problemen kan veroorzaken. Deze problemen kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën, waarvan een beknopte beschrijving zal worden gegeven (RIVM, 2016):

1. Verminderd seksueel verlangen en verschil in verlangen

Verminderd seksueel verlangen verwijst naar een langdurig of herhaaldelijk gebrek aan seksuele fantasieën en de wens om deel te nemen aan seksuele activiteiten.

Het verschil in verlangen tussen partners kan leiden tot een verminderd seksueel verlangen, wat kan resulteren in ontevredenheid en een afname van het seksuele verlangen bij een of beide partners.

2. Seksuele aversie

Seksuele aversie verwijst naar een langdurige extreme afkeer of vermijding van genitaal seksueel contact met de partner, gekenmerkt door negatieve emoties, walging en angst. Het komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

3. Seksverslaving

Er is geen universeel erkende definitie van *seksverslaving*, maar het wordt gekenmerkt door herhaaldelijk seksueel gedrag, verlies van controle en het onvermogen om te stoppen of het gedrag aan te passen. Het heeft negatieve gevolgen en veroorzaakt persoonlijk lijden. Het kan ook worden aangeduid als overmatig seksueel verlangen of hyperseksualiteit.

Er is voor gekozen om dit onderzoek te richten op de problemen rondom verschil in seksueel verlangen, omdat dit de meest voorkomende oorzaak is van een verminderd seksueel verlangen. Door te focussen op deze problematiek, kan meer inzicht worden verkregen in de oorzaken en mogelijke oplossingen. Hoewel seksuele aversie (waarbij elk genitaal contact wordt vermeden) en seksverslaving (waarbij er sprake is van overmatig seksueel verlangen) zeker relevant zijn, zal hier niet in detail op worden ingaan.

4.2 Oorzaken die leiden tot problemen door een verschil in seksueel verlangen tussen liefdespartners

Zoals eerder vermeld is seksuele ontwikkeling een continu proces dat gedurende het hele leven plaatsvindt (De Graaf, 2013 p. 7, 163). Hierin is verschil in seksueel verlangen een belangrijk onderdeel. Seksueel verlangen kan afnemen bij zowel mannen als vrouwen naarmate ze ouder worden. Dit kan worden beïnvloed door biologische, psychologische (zoals hoe belangrijk seks is voor iemand) en sociale factoren (zoals het hebben van een partner) (De Graaf, 2013 p. 81). In het algemeen neemt het seksueel verlangen binnen langdurige relaties sterker af bij vrouwen dan bij mannen (De Graaf, 2013, p. 62).

Een verminderde zin in seks kan verschillende oorzaken hebben, waaronder een tekort aan testosteron door ziekten of medicatie, na een operatie waarbij zowel lichamelijke als psychische factoren kunnen een rol spelen, een druk leven, routine in een langdurige relatie en verschillende seksuele verlangens tussen partners. Daarnaast kunnen gebeurtenissen in de relatie, onvrede over de relatie of partner, angst en schaamte ook het seksuele verlangen verminderen (*Geen zin in seks*, z.d.).

Volgens Jacquemyn en Merck (2022) kunnen verschillen in seksueel verlangen tussen partners problemen veroorzaken, waaronder schaamte, een gebrek aan assertiviteit en seksueel geweld. Schaamte kan ontstaan door taboes of negatieve ervaringen en kan leiden tot spanningen rondom seksualiteit. Het moeilijk vinden om assertief te zijn bemoeilijkt het uiten van seksuele behoeften. Seksueel geweld, zoals incest, kan traumatisch zijn en de seksuele ontwikkeling op latere leeftijd belemmeren, en kan ernstig vertrouwen in anderen schaden.

Psychologische en seksuele/relatie-gerelateerde factoren, zoals trauma, seksueel geweld, depressie en conflicten in de relatie, kunnen leiden tot verminderd seksueel verlangen (RIVM, 2016, p. 163).

Lichamelijke gevolgen van ziekte en negatieve denkpatronen over seksualiteit spelen ook een rol. Seksuele problemen en ongewenst gedrag van de partner kunnen het verlangen verder beïnvloeden. Het is belangrijk om aandacht te besteden aan de positieve aspecten van seksualiteit en effectief te communiceren over behoeften en grenzen (RIVM, 2016, p 163).

Effectieve communicatie over behoeften en grenzen is essentieel bij het aanpakken van problemen met verschillend seksueel verlangen tussen partners. Als communicatie moeizaam verloopt, kan het probleem verergeren, vooral bij seksueel trauma zoals seksueel geweld (RIVM, 2016, p. 161). Dit onderzoek benadrukt de impact van seksueel trauma als oorzaak van het verschil in verlangen.

5 De negatieve invloed van seksueel trauma op de liefdesrelatie als er sprake is van verschil in seksueel verlangen gefocust op het fysieke en mentale aspect

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de negatieve impact van seksueel trauma op de liefdesrelaties wanneer er sprake is van verschil in seksueel verlangen op het fysieke en/of mentale aspect. Het doel is om te onderzoeken welke factoren kunnen leiden tot problemen in de relatie. Wanneer trauma het mogelijk juist bespreekbaar maakt, kan dat dit worden gezien als een positieve invloed op de liefdesrelatie vanwege het creëren van een sterkere band; deze gevallen worden echter niet in dit onderzoek meegenomen, daar uitsluitend wordt gekeken naar gevallen waarin het problematisch is en hulp moet worden gezocht. Het fysieke en mentale aspect van seksuele problemen zijn volgens Schelfhaut (et al, persoonlijke communicatie, 2023) onlosmakelijk met elkaar verbonden.

5.1 Seksueel trauma

Trauma, is afgeleid van het Grieks, waarin het "wond" betekent; hier wordt gelijktijdig oorzaak en gevolg aangegeven (Nicolai, 2017, p. 157). Een wond ontstaat altijd door een bepaalde oorzaak. Het is belangrijk om het onderscheid te begrijpen tussen de oorzaak, die vaak een schokkende gebeurtenis is, en het gevolg ervan, namelijk het trauma zelf (Stöf sel, 2020, p. 8). In de DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wordt een trauma gedefinieerd als een psychische reactie die optreedt na blootstelling aan een directe dreiging of een persoonlijke ervaring waarbij iemand geconfronteerd wordt met ernstige verwondingen, de dood of seksueel geweld (Scharloo et al., 2013, p. 42). DSM-V p. 71 bevestigt dit (*American Psychiatric Association*, 2013, p. 71).

Seksueel trauma is fluïde, dat wil zeggen onoverzichtelijk en niet scherp begrensd. Het is een ruim begrip en dus niet concreet, omdat iedereen seksueel welbevinden anders beleeft (Schelfhaut, persoonlijke communicatie, 2023). Trauma is subjectief, omdat ieders persoonlijke ruimte anders is, en hierin zijn veel verschillende gradaties. Seksueel trauma betekent dat iemand emotionele pijn heeft opgelopen door seksueel geweld of misbruik (Jacquemyn & Merck, 2022).

Trauma zorgt voor een fundamentele herstructurering van hoe de geest en hersenen prikkels verwerken, wat niet alleen van invloed is op de gedachten en denkwijze, maar ook op ons vermogen om te denken (Van der Kolk, 2014, p. 21).

Diepgaande en overweldigende ervaringen hebben een diepe impact op ons wezen en onze verbinding met de fysieke wereld, wat de kern vormt van wie we zijn. Trauma is niet alleen een gebeurtenis uit het verleden, maar laat ook een blijvende indruk achter op de geest, de hersenen en het lichaam en dus wat van invloed is op het dagelijks functioneren (Van der Kolk, 2014, p. 21).

5.2 De negatieve invloed op de liefdesrelatie

Seksueel traumatische ervaringen kunnen leiden tot een onveilige hechting (Alzeer, 2019; Baer & Martinez, 2006). Deze onveilige hechting kan worden onderverdeeld in twee stijlen. De angstig/preoccupatie stijl wordt gekenmerkt door vastklampend gedrag, waarbij mensen zich overmatig zorgen maken en op zoek zijn naar geruststelling (Deij & Van Verseveld, 2013). Volgens Bowlby (1973) staat angst centraal in deze dynamiek. En de vermijdende gehechtheidsstijl waarin bij stress zelden tot geen steun wordt gezocht, omdat er weinig vertrouwen is in de oprechte emotionele betrokkenheid van anderen (Deij & Van Verseveld, 2013).

Scharloo et al. (2013) benoemen vier diagnostische clusters waardoor trauma wordt gekenmerkt. Zij leveren een negatief effect op de liefdesrelatie. Deze clusters zijn:

1. *Herbelevingen*: Dit omvat symptomen zoals spontane herinneringen aan de traumatische gebeurtenis, terugkerende dromen, flashbacks en aanhoudende psychologische ontregeling.
2. *Vermijdingsgedrag*: Dit verwijst naar het vermijden van interne ontregelende herinneringen, gedachten of gevoelens, evenals het vermijden van externe situaties die herinneren aan de traumatische gebeurtenis.
3. *Negatieve cognities en stemmingen*: Dit omvat verschillende aspecten, zoals hardnekkige verstoorde cognities waarin bijvoorbeeld onterechte schuldgevoelens en beschuldigingen een rol kunnen spelen, een gevoel van vervreemding van andere mensen, verminderde interesse in activiteiten en mogelijke geheugenproblemen met betrekking tot de traumatische gebeurtenis.
4. *Prikkelbaarheid*: Dit omvat gedrag zoals roekeloosheid, agressie of zelfdestructief gedrag, slaapproblemen, hyperalertheid en gerelateerde problemen. In tegenstelling tot de vorige versie van de diagnostische handleiding (DSM-IV), is er in de DSM-V meer aandacht voor zowel de "flight-reacties" als de "fight-reacties" op trauma.

Het is belangrijk om uit te sluiten dat deze effecten worden veroorzaakt door medische aandoeningen, zoals medicatie, drugs of alcohol (Scharloo et al., 2013). Deze vier clusters waardoor trauma kan worden gekenmerkt, kunnen resulteren in een breed scala aan problemen in de seksuele relatie, waaronder: fysieke problemen, verschil in verlangen, verminderd of geen verlangen, angst voor de angst, onveilig voelen, op voorhand al blokkeren, ontwijkend gedrag, afwerend gedrag, vermijdend gedrag, jezelf niet meer kunnen aanraken, jezelf niet mooi vinden en een verlaagd zelfbeeld (Schelfhaut, persoonlijke communicatie, 2023).

Een tegenhanger van deze problemen is hyperseksueel gedrag, wat inhoudt dat een persoon de partner heel erg adoreert (bemint), waarbij hij of zij kan aanzetten tot seks, veelvuldig seks kan willen (in zowel frequentie als hoeveelheid standjes). Dit wordt connotatie gedrag genoemd (gedrag met een ondertoon, een gevoelswaarde), wat door iemand met trauma wordt ingezet om zelf controle te ervaren en om te voorkomen dat iemand anders om handelingen kan vragen die gelinkt zijn aan trauma (Schelfhaut, persoonlijke communicatie, 2023).

Hoe seksueel trauma zich ook uit, het kan leiden tot wantrouwen, zowel in de eigen persoon als in de partner, wat de vertrouwensbasis van de liefdesrelatie verstoort (Jacquemyn & Merckx, 2022). Het kan moeilijk zijn om een emotionele verbinding aan te gaan wanneer er pijn en angst worden ervaren die voortkomen uit het ervaren van geweld of misbruik. Deze negatieve associaties kunnen het verlangen beïnvloeden, omdat seksualiteit moeilijk wordt geassocieerd met liefde en plezier (Jacquemyn & Merckx, 2022). In relaties kun je door deze negatieve associaties in een vicieuze angst-cirkel terechtkomen. De angst versterkt pijn en pijn geeft weer angst, waardoor vermijding ontstaat, wat leidt tot angst voor de angst. Dit leidt uiteindelijk tot een verminderd verlangen en moeite met plezier en intimiteit in de slaapkamer (Schelfhaut, persoonlijke communicatie, 2023).

Het is duidelijk dat communicatieproblemen een negatieve invloed kunnen hebben op de relatie, omdat het moeilijk kan zijn om openlijk en eerlijk te communiceren over seksuele behoeften en verlangens na seksueel trauma. Deze communicatieproblemen kunnen het verschil in seksueel verlangen verder verergeren, aangezien beide partners mogelijk terughoudend zijn om hun behoeften en grenzen duidelijk te uiten (RIVM, 2016, p. 161). Het is dan ook logisch dat dit kan leiden tot misverstanden, onvervulde verwachtingen en een gebrek aan verbinding op seksueel gebied. Er ontstaat dan ontevredenheid over de relatie of partner door verschil in seksueel verlangen. Dit kan worden veroorzaakt door irritaties, woede of vijandige gevoelens naar de partner door gebrek aan begrip/empathie. Ook kan de lichamelijke aantrekkelijkheid van de partner invloed hebben op het seksuele verlangen (*Geen zin in seks*, z.d.). Hoewel het belangrijk is om slachtoffers te helpen hun ervaringen onder woorden te brengen, is dit vaak niet voldoende (Van der Kolk, 2014, p. 21).

Er kan worden voorondersteld dat dit een afstand kan creëren vanwege frustraties en spanningen binnen de relatie. Het is belangrijk dat het slachtoffer zich veilig voelt en dat de partner hier rekening mee houdt (Maltz, 2001). Het verschil in seksueel verlangen als gevolg van trauma kan diverse negatieve effecten hebben op een liefdesrelatie, zoals onder andere wantrouwen, angst, communicatieproblemen en ontevredenheid. Duidelijk is zowel mentale als fysieke aspecten hierbij een rol spelen. Er is een wisselwerking tussen mentale en fysieke moeilijkheden, waarbij het aanpakken van fysieke problemen een positieve invloed kan hebben op de mentale problemen met betrekking tot seksueel verlangen (en vice versa). Dat laatste wordt de bottom-up benadering genoemd (Vintage supporter, z.d.). Om werkelijke verandering te bewerkstelligen, moet het lichaam leren dat het gevaar voorbij is en in het heden gaan leven (Van der Kolk, 2014, p. 21).

Gezien de beperking van dit onderzoek, wordt de focus gelegd vanuit het fysieke aspect en de mogelijke positieve effecten van therapie om het verschil in seksueel verlangen als gevolg van trauma te kunnen duiden. Volgens Ogden, zoals vermeld in een interview met Masero (dec. 2017), wordt de bottom-up benadering vaker gebruikt bij het behandelen van trauma dan de top-down benadering. Top-down werkt namelijk precies andersom dan bottom-up waarbij het aanpakken van mentale problemen een positieve invloed kan hebben op de fysieke problemen (Vintage supporter, z.d.). Vanwege de beperkingen van dit onderzoek is het niet haalbaar om ook vanuit de top-down benadering, die in contrast staat met bottom-up verwerking (Vintage supporter, z.d.), te onderzoeken. Het Expressive Continuüm Therapies (ECT) van Lusebrink is een interessante benadering naast de bottom-up benadering van Ogden, omdat het mogelijk handvatten biedt bij het werken met seksueel trauma. Metzl (Metzl, 2016, p. 6) bevestigt dat dit concept binnen de sekstherapie wordt toegepast. Aangezien Ogden (2015) stelt dat seksuele therapeutische praktijken verbonden zijn met kunstzinnige therapie en het ECT in dit onderzoek wordt gebruikt, kunnen er verbanden worden gelegd.

6 Beeldende therapie als methodiek om beter inzicht te krijgen in het verschil in seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma

6.1 Beeldende therapie voor seksuologen

Rekening houdend met het feit dat seksuele problemen vaak onderdrukt worden, hebben onderzoekers gesuggereerd dat beeldende therapie een essentiële behandelmethode zou kunnen zijn voor problemen die verband houden met seksualiteit (Cunha Ferreira et al., 2012, p. 11).

Beeldende therapie legt de focus op de ervaring van individuen en hun ontwikkelingsprocessen. Daarmee onderscheidt deze zich van andere therapieën, zoals reguliere sekstherapie (Schweizer et al., 2009, p. 456). Een ervaring wordt opgeslagen in het lichaam.

Door te werken met materialen en gereedschappen kunnen individuen concreet ervaren hoe ze hun eigen gedrag en bijbehorende belevingswereld vormgeven. Ze kunnen experimenteren met verschillende materialen en technieken om op een positieve en creatieve manier hun lichaam en seksualiteit te verkennen dat kan leiden tot verbeterd seksueel plezier (Schweizer et al., 2009, p. 464).

Recent onderzoek, zoals aangegeven door Susan (Hooren, van S., 2013, p. 11), heeft aangetoond dat er binnen het vakgebied van de seksuologie modellen zijn ontwikkeld die specifiek de nadruk leggen op non-verbale en onbewuste processen (Toates, 2009). Het gebruik van kunst als medium maakt het mogelijk om op een veilige en non-verbale manier te communiceren omdat het vaak gemakkelijker is dan het uiten van seksuele problemen met woorden (Cowley et al., 2016) geciteerd uit (Cunha Ferreira et al., 2012, p. 11). Hieruit kan worden opgemaakt dat er duidelijk behoefte is aan beeldende therapie.

Voor het bevorderen van zelfgenezing bij cliënten die verschil in verlangen ervaren als gevolg van trauma waarbij veel spanningen in het lichaam opgeslagen zit, zoals beschreven bij 6.2.1, kunnen expressieve therapie-technieken, zoals dus in de beeldende therapie en activiteiten worden toegepast (Schweizer et al., 2009, p. 38). Juist wanneer het gaat om problemen rondom seksueel verlangen als gevolg van trauma (waar volgens Metzl (2017) schaamte en schuldgevoelens bij komen) kunnen door middel van beeldend werk keuzes gemaakt en indien gewenst nieuwe vormen van expressie en omgang ontwikkeld worden (Schweizer et al., 2009, p. 30).

Uit dit onderzoek wordt gesuggereerd dat beeldende therapie relevant kan zijn voor seksuologen binnen de sekstherapie. Door beeldende oefeningen worden cliënten zich meer bewust van hun lichaam, zintuigen, seksuele verlangens of met het ervaren van voortdurende verbondenheid in relaties (Schweizer et al., 2009, p. 464). Dit biedt een waardevolle aanvulling op sekstherapie. Hieronder wordt beknopt beschreven wat zowel sekstherapie als beeldende therapie inhoudt.

6.1.1 Sekstherapie

Een stuk terug in de tijd. Sigmund Freud (6 mei 1856 - 23 september 1939) was de grondlegger van de psychoanalyse, die zich richt op het omgaan met onbewuste gedachten, verlangens, herinneringen en gevoelens (Janse, 2023). Tot de opkomst van sekstherapie door gynaecoloog William Masters en zijn onderzoekspartner Virginia Johnson en de toepassing van gedragstherapie op seksuele afwijkingen, was de psychoanalytische therapie van Freud dominant (Binik, M., et al, 2007, p. 24). In 1966 en 1970 zorgde het baanbrekende werk van Masters en Johnson voor een omwenteling in de seksuologie. Ze introduceerden de seksuele responscyclus als basis voor gedragstherapeutische sekstherapie, gericht op het stimuleren van de natuurlijke seksuele respons door middel van gedragsopdrachten. Deze beschrijft de fysiologische en psychologische reacties van mensen op seksuele prikkels (Binik, M., et al, 2007, p. 27). Deze omvatten niet-genitaal strelen, strelen inclusief de geslachtsdelen, en coïtushoudingen en -bewegingen (Binik, M., et al, 2007, p. 27). Hierbij wordt seksueel verlangen opgewekt. Tegenwoordig worden de stappen in sekstherapie meer in overleg met de cliënten bepaald, waardoor een meer gepersonaliseerde aanpak mogelijk is (Vansteenwegen, 2007, p. 224).

Sekstherapie omvat verschillende fasen en benaderingen om problemen in de seksuele relatie aan te pakken. De eerste fase is psycho-educatie, waarbij mythes, misvattingen en 'foute' denkpatronen worden gecorrigeerd (Kinet & Baeten, 2015, p. 62). Dit helpt de partners om een realistischer beeld te krijgen van seksualiteit en hun eigen overtuigingen te herzien (Vansteenwegen, 2007, p. 220).

De tweede fase van sekstherapie richt zich op het bevorderen van communicatie en onderhandeling tussen de partners (Kinet & Baeten, 2015, p. 62). Het is belangrijk dat ze leren over zichzelf te spreken en hun gevoelens, opvattingen, fantasieën en verlangens met elkaar te delen. Dit bevordert begrip, openheid en het creëren van gedeelde betekenissen in hun seksuele relatie (Vansteenwegen, 2007, p. 222).

De derde fase omvat seksuele oefeningen, waarbij problemen kunnen ontstaan die besproken moeten worden (Kinet & Baeten, 2015, p. 62). Het doel is om psychische belemmeringen weg te nemen die het normaal seksueel reageren in de weg staan. Een voorbeeld hiervan is slechte communicatie tussen de partners tijdens het vrijen (Lankveld, 2006, p. 114).

Naast deze fasen is gesprekstherapie vaak een integraal onderdeel van sekstherapie (Kinet & Baeten, 2015, p. 62). Het biedt de ruimte voor partners om met elkaar te praten en hun emoties en gedachten te uiten (Vansteenwegen, 2007, p. 221). Dit helpt hen om een dieper begrip te krijgen van zichzelf en elkaar, en om nieuwe betekenissen en gevoelens in hun relatie te ontdekken (Vansteenwegen, 2007, p. 222). In essentie gaat sekstherapie dus om het bevorderen van open communicatie, het creëren van gedeelde betekenissen en het wegnemen van psychische belemmeringen, met als doel het herstellen en verbeteren van de seksuele relatie tussen partners (Vansteenwegen, 2007, p. 222). Zoals eerder benadrukt, is praten niet altijd de meest effectieve manier om emoties en gedachten te uiten. Beeldende therapie biedt een alternatieve benadering om hierbij te helpen.

6.1.2 Beeldende therapie

Beeldende therapie is geschikt voor een breed scala aan problemen, zoals relatieproblemen, traumatische ervaringen en seksueel misbruik (Schweizer et al., 2009, p. 154). De therapeut gebruikt beeldende vormgeving, zoals tekenen, schilderen of beeldhouwen, en de tastbare producten die daaruit voortkomen, als middel in de therapeutische relatie om anders communicatie mogelijk te maken. Het doel is het bewerkstelligen van gewenste veranderingen, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied bij de cliënt (Schweizer et al., 2009, p. 29). Door het maken van kunstwerken of symbolische representaties van innerlijke spanning wordt communicatie, expressie en stressverlichting vergemakkelijkt (Proulx 2002, geciteerd uit Pearson & Wilson, 2009, p. 210). Deze expressieve vormen ondersteunen het uiten van zowel bewuste als onbewuste gevoelens en gedachten. Kortom; interne processen, conflicten, driften en verdedigingsmechanismen worden geëxternaliseerd, wat kan leiden tot een beter begrip en bewustwording van (seksuele) problemen. Binnen beeldende therapie wordt een veilige ruimte gecreëerd waarin cliënten de mogelijkheid hebben om hun gedachten en gevoelens creatief te uiten en problemen te verwerken (Marx & Verzat, 2019, p. 47-48). De problematiek van de cliënt komt op zo een andere manier naar voren in vergelijking met verbale communicatie (Schweizer et al., 2009, p. 456).

6.2 Relevante aspecten van beeldende therapie die van toepassing zijn op problemen die voortkomen uit seksueel trauma

Vanuit het fysieke aspect wordt verkend wat mogelijk relevante aspecten kunnen zijn in de beeldende therapie om verschil in verlangen als gevolg van seksueel trauma te kunnen duiden.

Er is bewust voor gekozen om een vorm van therapie te bespreken die helpt om in contact te komen met het lichaam op een sensorische manier om problemen rondom verschil in seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma ook mentaal aan te pakken. Zoals bij 5.2 wordt uitgelegd wordt hierbij beredeneerd vanuit de bottom-up benadering. Bij deze benadering wordt het informatieverwerkingsproces aangeduid, dat wordt gedreven door stimuli of observeerbare data (Vintage supporter, z.d.). De verwerking van gegevens vindt plaats op basisniveau, door middel van een sensorische analyse van datgene wat door de zintuigen is waargenomen (Cherry, 2023). Deze vorm van verwerking start bij sensorische gegevens en gaat geleidelijk naar hogere niveaus van verwerking in de hersenen. Als het ware van onder (bottom), naar boven (up).

In dit onderzoek worden verschillende interessante aspecten verkend, waaronder sensorimotor psychotherapie, waarbij de focus ligt op het lichaam, vitality affects, dat de innerlijke processen weerspiegelt in uiterlijk gedrag, en Expressive Continuüm Therapies, dat zich richt op de verwerking van informatie bij cliënten, deze ook in sekstherapie (Metzl, 2016, p. 6) gebruikt wordt. Bij al deze aspecten kan het fysieke aspect verbonden worden.

6.2.1 Sensorimotor psychotherapie

In het literatuuronderzoek voor deze studie is de sensorimotor psychotherapie van Pat Ogden naar voren gekomen. Samen met haar collega's heeft ze baanbrekend werk verricht in het veld van sensomotorische psychotherapie, waarbij ze zowel somatische als cognitieve benaderingen combineert om mensen te helpen die traumatische ervaringen, ontwikkelingsproblemen en

verstoorde hechtingsrelaties hebben doorgemaakt (Talking bodies p. 6). Traumatische ervaringen kunnen ingrijpende sensorimotorische reacties tot gevolg hebben: indringende beelden, geluiden, geuren, lichaamssensaties, fysieke pijn, verkramping, een gevoel van verdoving (Ogden et al., 2020). Sensorimotor psychotherapy richt zich op het begrijpen van de wijsheid van het lichaam, ook wel bekend als "lichaamsintelligentie", en hoe onze lichaamsbewegingen kunnen bijdragen aan het bevorderen van ons geestelijk welzijn (Ogden et al., 2020). Deze benadering onderzoekt ook hoe onze lichaamsbewegingen van invloed zijn op de manier waarop anderen op ons reageren. Het lichaam communiceert voortdurend met de mensen eromheen via gebaren, houding en bewegingen. Deze lichaamstaal heeft ook invloed op het gevoel van de therapeut (Geuzinge, 2017).

In sensorimotor psychotherapie staat het lichaam centraal als focus voor de therapeutische interventies. Deze benadering richt zich op het bewust maken van sensorimotorische processen, door zowel cognitieve (top-down) als sensorimotorische (bottom-up) benaderingen te gebruiken. Het doel is om automatische reactiepatronen, zowel verbaal als fysiek, te doorbreken en de cliënt te helpen de relatie tussen het verbale verhaal en hun fysieke reacties waar te nemen (Ogden, 2017, p. 657). Deze aanpak helpt ook bij het ervaren, reguleren en bewust verkennen van non-verbale herinneringen en de bijbehorende emoties, zelfs wanneer er geen bewuste herinneringen of expliciete inhoud zijn die duidelijk verbonden zijn met deze impliciete patronen (Ogden & Fisher, 2015, p. 40). Op basis van de omschrijving van en ervaringen met de sensorimotor psychotherapie, lijkt het dat deze vorm van therapie in het geval van seksueel trauma kan helpen om de fysieke sensaties, spanningen en blokkades in het lichaam van de individuele partners te verkennen en te verminderen.

Ogden en Fisher (2015, p. 40) benadrukken dat non-verbale indicatoren, zoals bewegingen, houdingen, gebaren, spraakmelodieën en gezichtsuitdrukkingen, sterk doen denken aan vroege hechtingsinteracties en duidelijk zichtbaar zijn in fysieke uitingen van het individu. Daarom ligt in sensorimotor psychotherapie de focus op hoe hechtingspatronen zich lichamelijk manifesteren: "Hechtingspatronen uit de kindertijd worden gekenmerkt door bepaalde moeilijkheden die zich manifesteren in specifieke reeksen van acties" (Ainsworth et al., 1978; Ogden & Fisher, 2015, p. 30).

Hoewel het stuk over sensorimotor psychotherapie zich richt op de lichaamspsychotherapie, wordt er een connectie gemaakt met beeldende therapie door te kijken naar de impact van lichaamsbewegingen op het mentale welzijn. Het benadrukt de mogelijkheid dat beeldende therapie vergelijkbare voordelen kan bieden door middel van non-verbale creatieve expressie en het verkennen van het lichaam.

Ogden (Ogden, 2017, p. 665) is van mening dat bottom-up en top-down op een geïntegreerde wijze gebruikt kunnen worden, maar geeft ook aan in een interview met Masero (dec. 2017), zoals eerder vermeld bij 5.2, dat bij traumawerk de bottom-up benadering vaker worden gebruikt, omdat trauma een diepgaand effect heeft op het zenuwstelsel en lichaam. De bottom-up benadering verwijst naar het feit dat deze therapieën gericht zijn op het werken met het lichaam en de lichamelijke ervaringen als uitgangspunt om het verlangen te begrijpen en te duiden. Door te werken vanuit het lichaam richting de emoties, gedachten en betekenissen, kunnen partners een dieper inzicht krijgen in hoe het seksueel trauma hun verlangen beïnvloedt. Door in dit onderzoek alleen vanuit de bottom-up benadering te redeneren wordt hiermee de volgende tekortkoming geconstateerd. Een beperking van dit aspect is dat mensen met trauma vaak angst ervaren bij het confronteren van hun lichaam, omdat trauma een diepgaande invloed heeft op ons wezen en onze verbinding met de fysieke wereld beïnvloedt (Van der Kolk, 2014, p. 21). Hier zal de top-down dus beter ingezet kunnen worden.

Vanuit de sensorimotor psychotherapie, die zich richt op het begrijpen van de wijsheid van het lichaam en zijn lichaamsbewegingen, zijn er verbanden met vitality affects te leggen waar innerlijke processen te zien zijn via lichamelijke beweging. Dit begrip wordt veel gebruikt in de beeldende therapie.

6.2.2 Vitality affects

Beeldende therapie maakt gebruik van vormgevingsprocessen die sterk verbonden zijn met lichamelijk-emotionele aspecten en een intuïtief, gevoelsmatig en verbeeldend karakter hebben. Deze processen, ook wel vitality affects (Stern, 2000) of kernzelfervaringen (Damasio, 1998) genoemd, laten innerlijke processen zien in uiterlijk gedrag. Het medium van beeldende therapie heeft de kracht om emoties op te roepen nog voordat gedachten worden gevormd. Zoals vermeld bij 6.1.2 zorgen expressieve vormen ervoor dat bewuste en onbewuste gevoelens en gedachten geuit kunnen worden (Schweizer et al., 2009, p. 456). Emoties fungeren als dragers van informatie die ons helpen bij het ontwikkelen van gedachten (Damasio, 1998, geciteerd uit Schweizer et al., 2009, p. 64). Het werken met het beeldend medium spreekt sterk het kernzelf aan. Dit betekent dat het vaak een vorm van 'niet-denken' is, waarbij cliënten in het hier en nu handelen op basis van intuïtie, zonder voorafgaand overleg (Damasio, 1998, geciteerd uit Schweizer et al., 2009, p. 66).

Het lichaam slaat veel informatie non-verbaal op. Het is vaak niet voldoende om een negatieve emotie simpelweg te veranderen in een positieve emotie door middel van denken (Wüstenhoff et al., 2007). Dit is de rede dat vanuit het fysieke stuk beredeneerd wordt. Daarentegen, wanneer een negatieve ervaring wordt vervangen door een (lichamelijk) positieve ervaring, kan het lichaam de negatieve ervaring loslaten. Op deze 'omgekeerde manier' wordt naar emoties gekeken en ermee gewerkt. Dit betekent dat de beeldend therapeut de cliënt uitnodigt om emoties op een niet-verbale manier uit te beelden (Schweizer, 2009, p. 67-68).

Vitality Affects, zoals beschreven door Stern (2000), zijn universele, dynamische kinetische gevoelskwaliteiten die bestaan uit stromen of golven van emotionele energie. Het is belangrijk op te merken dat het hier niet gaat om individuele emoties, zoals vreugde, angst, boosheid of verdriet. Ze worden beïnvloed door lichamelijke zintuiglijkheid en motorische vitaliteit, en zijn waarneembaar voor anderen door lichamelijke beweging (White, 2014, p. 65). Deze gevoelskwaliteiten maken integraal deel uit van zowel subjectiviteit als intersubjectiviteit. Ze zijn de voortdurende beweging, dynamiek en verandering in de tijd die betekenis geven aan onze ervaring van emoties, herinneringen en mentale processen (Koppe et al., 2008). Smeijsters (2000, p. 240) omschrijft dit als 'een vlaag van het gevoel' tot expressie kan komen in een 'vlaag in het medium'. In dit onderzoek wordt voor een klein deel aandacht besteed aan vitality affects vanwege de relatie met de lichamelijke benadering. Het observeren van een liefdeskoppel tijdens een beeldende sessie kan waardevolle inzichten opleveren met betrekking tot dit aspect.

Vanuit het perspectief van vitality affects is het boeiend om te onderzoeken hoe cliënten informatie verwerken en waarom ze zich op een bepaalde manier uiten. Het is belangrijk om inzicht te krijgen in de innerlijke processen die ten grondslag liggen aan hun gedrag en expressie. Door dit te begrijpen, kunnen we beter afstemmen op hun behoeften en effectiever werken aan hun emotionele welzijn.

6.2.3 Expressive Continuüm Therapies

Lusebrink (1990) heeft het concept van Expressive Continuüm Therapies (ECT) ontwikkeld. Het ECT is een benadering die zich richt op de verwerking van informatie bij cliënten. Het begrijpen van de manier waarop cliënten informatie verwerken is belangrijk, omdat dit invloed heeft op hun gedrag, emoties, cognities, houding en vermogen om te gaan met uitdagingen (Tesselaar, 2018, p. 5). Het ECT biedt inzicht in de voorkeuren, behoeften en belemmeringen van een cliënt op basis van de koppeling tussen informatieverwerkingsprocessen en beeldend werken. Het functioneren in het beeldend werken weerspiegelt volgens het ECT de manier waarop cliënten denken, voelen en handelen in hun dagelijks leven. Hierdoor kunnen specifieke niveaus of componenten geïdentificeerd worden waar de cliënt (overmatige) voorkeuren, behoeften of juist belemmeringen heeft liggen (Fikke, et al., 2017, p. 3). Het gebruik van deze methode bij een liefdeskoppel kan positief bijdragen aan het helderder krijgen van de verschillen in seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma. Trauma is een belangrijk aspect dat vaak wordt besproken in relatie tot de communicatieproblemen en het verschil in verlangen tussen liefdespartners. Door effectief gebruik te maken van de informatieverwerkingsprocessen op alle niveaus (de lagen) kan er flexibiliteit ontstaan (Tesselaar, 2018, p. 5). Het herstelproces vereist aandacht voor de relatie tussen lichaam en geest, zoals Van der Kolk (2014) benadrukt. Bij kunstexpressie is het essentieel dat zowel de linker- als de rechterhersenhelft worden geactiveerd om in die flexibiliteit te komen. Dit stelt individuen in staat nieuwe verbindingen en associaties te creëren, waardoor de hersenen opnieuw kunnen worden geprogrammeerd, zoals aangehaald door Malchiodi (2012) in het werk van Niele (2019, p. 11). Er wordt in dit onderzoek niet dieper in gegaan op de afzonderlijke functies van de linker – en rechterhersenhelft in het continuüm, maar op de lagen in het algemeen. Het ECT wordt vaak beschouwd als een theoretisch of hiërarchisch kader dat wordt toegepast binnen beeldende therapie (Tesselaar, 2018, p. 5). Ook wordt in sekstherapie het concept van ECT uitgebreid volgens Metzl (Metzl, 2016, p. 6). Lusebrink (1990) heeft de nauwe relatie tussen beeldvorming en emoties erkend en benadrukt dat negatieve en stressvolle emotionele ervaringen, samen met de bijbehorende beelden, de werking van het immuunsysteem kunnen beïnvloeden. Beeldspraak fungeert als een brug tussen de fysiologische beleving van emoties en de symbolische verwerking ervan en kan de actieve betrokkenheid van cliënten bij het genezingsproces positief beïnvloeden (Lusebrink, 1990). Het is belangrijk dat het gebruik van beeldspraak de verbinding tussen lichaam, geest en emotie versterkt.

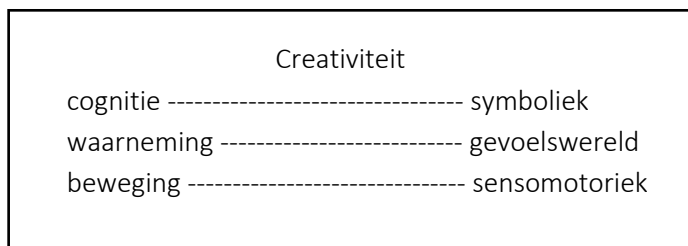
Tijdens het beeldend werken interpreteert de beeldend therapeut het therapeutische proces en neemt daarbij de aspecten van het continuüm van Lusebrink (1990) in overweging. Hierbij stelt de therapeut zichzelf de volgende vragen (Schweizer, 2009, p. 128-129):

- Op welke laag van het continuüm is de cliënt sterk ontwikkeld en op welke laag minder sterk?
- Wat is een veilig en bekend startpunt in het medium om mee te beginnen, met welke aspecten van het continuüm?
- Welke aspecten van het continuüm moeten worden gestimuleerd en wat is het doel van de behandeling?

Het ECT omvat drie horizontale lagen, ook bekend als ontwikkelingsniveaus (Tesselaar, 2018, p. 5) Ze geven inzicht in de structuren en functies in de hersenen die betrokken zijn bij visuele en affectieve informatieverwerking (Lusebrink 2010).

De bewegings- en sensomotorische laag richt zich op het lichamelijke aspect, terwijl de waarnemings- en gevoel laag gericht is op het emotionele aspect. Daarnaast is er de cognitieve en symbolische laag die zich richt op denkprocessen (Tesselaar, 2018, p. 6).

Seksuele traumatische ervaringen kunnen leiden tot een onveilige hechting (Alzeer, 2019; Baer & Martinez, 2006) en wantrouwen in zowel de eigen persoon als de partner (Jacquemyn & Merckx, 2022), zoals aangegeven bij 5.2. Het is daarom essentieel dat slachtoffers zich veilig voelen (Maltz, 2001), ook tijdens beeldende therapie. Vertrouwen opbouwen binnen de therapeutische sessies is van groot belang, waarbij het normaliter het ECT op alle lagen wordt ingezet en er rekening wordt gehouden met de veiligheidsbehoefte van de persoon. Hoewel dit onderzoek ervoor heeft gekozen om te werken vanuit het lichaam, erkent het ook dat dit een beperking kan zijn voor mensen met trauma. Daarom wordt er dieper ingegaan op de laag van beweging en sensomotoriek binnen het ECT, gezien de omvang van het onderzoek. De andere lagen komen wel aan bod.



Figuur 1: Creatief therapeutische continuüm, uit Schweizer (2009)

Laag van de beweging en sensomotoriek

Beeldende therapie gebruikt beweging en sensomotoriek om een verbinding te creëren tussen grove motoriek, tactiele sensaties en de innerlijke belevingswereld. Door te werken met de handen en materialen aan te raken, wordt de verbinding met de gevoelswereld versterkt. Sensomotorisch handelen en werken vanuit beweging stimuleren het ervaren en uiten van emoties, ook in het beeldende werk. De therapeut begeleidt het proces om therapeutische groei te bevorderen (Schweizer, 2009, p. 129).

De laag van beweging en sensomotoriek is het meest fundamentele niveau van informatieverwerking, waarbij zowel interne als externe sensaties worden waargenomen (Fikke, et al., 2017, p. 3). Het bevordert experimenteren en lichamelijke expressie (Hinz, 2009). Op basis van de omschrijving van ervaringen in de sensorimotor psychotherapie zoals omschreven bij 6.2.1 lijkt in het geval van trauma dat deze laag kan worden gebruikt om fysieke sensaties, spanningen en blokkades in het lichaam van individuele partners te verkennen en verminderen. Het omzetten van lichaamssensaties en emoties in beelden biedt een middel om op cognitief niveau met stress om te gaan. Cliënten die in staat zijn om hun gedachten, gevoelens en conflicten uit te drukken, ervaren vaak meer emotionele voldoening, een helderder gevoel van identiteit en zijn beter in staat om hun innerlijke leiding te herkennen en te volgen (Proulx, 2002, geciteerd uit Pearson & Wilson, 2009, p. 210). Dit biedt mogelijkheden om het

verschil in verlangen te verkennen, aangezien het lichaam veel onbewuste informatie herbergt. Er is een groeiende erkenning in de seksuologie van het belang van onbewuste processen (Toates, 2009).

Beweging en sensorisch werken worden geïllustreerd door twee voorbeelden: werken met klei en de tekenbewegingsmethode. Bij het werken met klei is waargenomen dat de aandacht voor sensorische informatie afneemt wanneer de klei steviger en actiever gekneet wordt (Fikke, et al., 2017, p. 3). Dit is onderdeel van de Clay Field-techniek, een vorm van sensorische beeldende therapie die de rechterhersenhelft activeert en helpt bij het herstellen en genezen van trauma (Elbrecht, 2012, p. 184). Hierdoor kunnen individuen gemakkelijker communiceren over seksuele verlangens. De tekenbewegingsmethode maakt gebruik van beeldend materiaal en beweging om innerlijke processen te stimuleren. Het creëren van tekeningen op basis van onbewuste bewegingen bevordert zelfbewustzijn, concentratie, creativiteit, oordeelvrije zelfreflectie, helder denken, zuiver voelen en effectieve communicatie. Hoewel oorspronkelijk ontwikkeld voor trauma- en borderline problematiek, blijkt deze methode effectief te zijn voor diverse doelgroepen (Floor, et al., 2011).

Een gezonde verbinding met lichamelijke en zintuiglijke informatie is essentieel voor diverse ervaringen (Hinz, 2009). Bij mensen met trauma kan deze verbinding verstoord zijn, waardoor het werken vanuit het lichamelijke aspect mogelijk onveilig aanvoelt. In zulke gevallen kan het effectiever zijn om te werken op een ander niveau van het continuüm.

Laag van de waarneming en het gevoel

In beeldende therapie wordt visuele waarneming gebruikt tijdens het creatieve proces. De therapeut stimuleert de cliënt om naar hun werk te kijken en maakt gebruik van interventies zoals het ophangen en draaien van het werk om de waarneming te bevorderen. De beleving van het materiaal en de keuze van materialen spelen ook een rol, waarbij verschillende emoties kunnen worden opgeroepen (Schweizer, 2009, p. 130).

De tussenliggende laag van waarneming en gevoel fungeert als een verbindingspunt tussen de andere lagen in beeldend werk (Fikke, et al., 2017, p. 5). Het verbreedt het perspectief van de cliënt en erkent de standpunten van anderen, wat belangrijk is voor het onderhouden van goede relaties (Tesselaar, 2018, p. 6). Werken op dit niveau kan positieve effecten hebben bij het werken met koppels, met name bij het begrijpen van verschillen in seksueel verlangen. Taal speelt ook een rol op deze laag, maar is niet altijd noodzakelijk (Fikke, et al., 2017, p. 5). Op deze laag kan een persoon beeldend werk maken met emotionele betrokkenheid, waarbij vormen en kleuren vitaliteit krijgen en het beeld expressief wordt (Fikke, et al., 2017, p. 3). Waarneming omvat het cognitieve proces van het selecteren, herkennen en interpreteren van informatie, terwijl gevoel betrekking heeft op het uiten, ervaren en herkennen van emoties (Fikke, et al., 2017, p. 5). Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat het werken op dit niveau mogelijkheden biedt voor samenwerking in beeldende therapie met liefdeskoppels, omdat het gericht is op het verbreden van perspectieven en zij hieruit veel van elkaar kunnen leren, maar dit kan onveilig voelen.

Laag van de cognitie en symboliek

Beeldende therapie omvat complexe cognitieve en symbolische processen, waarbij zowel bewuste als onbewuste aspecten zoals geheugen en symboliek een rol spelen. Symbolen worden gebruikt om emoties op te roepen en de therapeut helpt de cliënt om persoonlijke betekenis te vinden (Schweizer, 2009, p. 131).

Op de bovenste laag van cognitie en symboliek worden de meest complexe informatieverwerkingsprocessen in beeldend werk geplaatst (Fikke, et al., 2017, p. 3). Bij het werken op dit niveau zijn cognitieve processen zoals planning en besluitvorming vaak betrokken, maar ook complexere en meeromvattende denkprocessen die bewust worden ingezet (Fikke, et al., 2017, p. 7). Dit kan echter moeilijk zijn voor mensen met trauma, omdat ze zich hierin onveilig kunnen voelen. Symbolische informatieverwerking op dit niveau vereist enig rationeel denken, maar richt zich voornamelijk op intuïtieve thema's, symbolische expressie en de representatie van gevoelens en gedachten op een eigen, niet altijd logische wijze (Fikke, et al., 2017, p. 3). Deze symbolische processen verlopen snel, zijn emotioneel van aard en zijn vaak niet volledig bewust bij de cliënt (Hinz, 2009). In de sekstherapie met koppels hanteert Lily (Schelfhaut, persoonlijke communicatie, 2023) een metaforische aanpak, zoals het gebruik van een porseleinen kopje om non-verbaal de grens naar de partner te bepalen. Deze aanpak geeft de cliënt controle, bevordert ontspanning en een gevoel van veiligheid, en kan leiden tot verminderde angsten en een grotere emotionele verbondenheid. Dit suggereert dat een vergelijkbare aanpak ook effectief kan zijn in beeldend werk.

Uit onderzoek wordt gesuggereerd dat de laag van cognitie en symboliek de laag is waarop direct met het mentale aspect kan worden gewerkt en waar de hersenen kunnen worden herstructureerd (Van der Kolk, 2014, p. 21). Dit is met name relevant voor individuen met trauma, waarbij de impact van trauma veranderingen teweegbrengt (zie 5.1). Trauma heeft diepgaande gevolgen op het lichaam, en deze kunnen worden aangepakt vanuit een top-down benadering. Hoewel zowel de bottom-up als de top-down benadering effectief kunnen zijn, is het belangrijk om te erkennen dat dit voor elke persoon anders kan zijn. Omdat iedereen een unieke belevingswereld en manier van informatieverwerking heeft volgens Lily (Schelfhaut, persoonlijke communicatie, 2023).

Het ECT benadrukt het belang van werken vanuit alle lagen om veiligheid te waarborgen in therapie, met name voor liefdespartners die verschillen in seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma. De keuze is gemaakt om te werken vanuit de bottom-up benadering, specifiek gericht op de laag van beweging en sensomotoriek in het ECT. Deze benadering maakt eenvoudige informatieverwerking mogelijk en stimuleert experimenteren en lichamelijke expressie, waardoor het koppel letterlijk in beweging komt. Het lichaam speelt een belangrijke rol in beeldende therapie, zowel bij lichamelijke als psychische klachten (Wustenhoff & Hoonte, 2007), waarbij aandacht wordt besteed aan houding, lichaamsbeweging en het verkennen van bewegingen op basis van gevoel. Door bewust te worden van de wisselwerking tussen lichaam en geest en veranderingen in beweging, kunnen zowel lichamelijke klachten als psychische problemen verminderen. Lichaamsgerichte werkvormen dragen bij aan het vergroten van lichaamsbewustzijn, zelfexpressie en het bevorderen van welzijn op psychisch, emotioneel en fysiek niveau (GGZ Standaarden, 2022). Op deze manier wordt de basis gelegd voor het herstructureren van het mentale aspect en het bevorderen van de verbinding tussen lichaam en geest (Wustenhoff & Hoonte, 2007). Dus uit dit onderzoek

6.3 Hoe is beeldende therapie in te zetten bij deze koppels?

Wanneer een therapieessie uit twee liefdespartners bestaat, vormen zij een unieke relatie omdat er een unieke dynamiek ontstaat tijdens de sessie. Als deze partners samen naar therapie komen, staat de therapeut tegenover een paar dat elkaar al lang voor de therapie kent en juist vanwege die relatie hulp zoekt. Het is de therapeut die in de partner-relatietherapie en als buitenstaander met de partners meekijkt (Schweizer et al., 2009, p. 477). Partner-relatietherapie is een vorm van therapie die gericht is op het verbeteren van de relatie tussen twee volwassen levenspartners. (Vandereycken & Deth, 2009, p. 162).

Seksuele problemen spelen dikwijls een belangrijke rol bij paren die zich voor relatietherapie

aanmelden. (Vandereycken & Deth, 2009, p. 179) Hiervoor kan het paar doorverwezen worden naar sekstherapie. Vaak komen partners naar therapie vanwege problemen die één van hen ervaart. Meestal zijn systeemtherapeuten hierin gespecialiseerd, maar er zijn ook beeldende therapeuten die specifieke vaardigheden hebben ontwikkeld in het werken met systemen (Schweizer et al., 2009, p. 477).

Het verschil tussen beide therapeuten is dat de systeemtherapeut zich richt op het hele systeem; de structuur, de communicatie en het verleden tussen partners (Vandereycken & Deth, 2009, p. 162). Dit binnen hun relationele context en hoe ze betekenis geven aan hun klachten. Er wordt veel aandacht besteed aan het identificeren en verbeteren van interactiepatronen (NVRG, 2018).

Systeemtherapeuten maken gebruik van verschillende technieken om het observeren, betrekken en werken met het systeem te vergemakkelijken. Ze kunnen verschillende methoden van vragen stellen, dramatechnieken, beeldend werken en andere benaderingen inzetten om een beter inzicht te krijgen in het functioneren van het systeem. Als de eigen technieken niet voldoende inzicht en behandelopties bieden, kunnen systeemtherapeuten ook beeldende therapeuten inschakelen (Schweizer et al., 2009, p. 477).

Beeldende therapie daarentegen is een non-verbale therapie, waarbij het doen en ervaren alles zegt. Deze therapie laat zien dat er ook andere manieren zijn om te communiceren (Schweizer et al., 2009, p. 204). Belevingen die moeilijk in woorden uit te drukken zijn of juist te snel besproken worden, kunnen vaak wel zichtbaar worden gemaakt door middel van beeldend handelen (Schweizer et al., 2009, p. 204). Het verschil zit hem dus vooral in het spreken.

Maar... seks kan nog steeds een taboeonderwerp zijn voor cliënten, zelfs in huwelijkstherapie en relatietherapie (Marx & Verzat, 2019, p. 22). Zelfs binnen seksuele therapie blijkt het voor cliënten nog steeds een uitdaging om open te zijn over seksualiteit. Het praten over seksualiteit kan gepaard gaan met diepgewortelde stigma's en cliënten kunnen angst en schaamte ervaren bij het bespreken van dit onderwerp. Het overwinnen van deze emoties kan een grote uitdaging vormen.

Sekstherapie gaat verder dan het oplossen van seksuele problemen en kan cliënten helpen om meer plezier en intimiteit in hun seksuele leven te verkennen. Het biedt de mogelijkheid om de seksuele gezondheid en het welzijn van individuen te verbeteren, waardoor ze een bevredigender seksueel leven kunnen ervaren (Marx & Verzat, 2019, p. 22-23). Gezien het potentieel voor ongemak en stigma rond seksualiteit, zowel bij de therapeut als bij de cliënt, kunnen verbale communicatiemiddelen niet altijd de meest geschikte manier zijn (Marx & Verzat, 2019, p. 36).

Beeldende therapie daarentegen is een krachtige vorm van non-verbale expressie, omdat we als mensen van nature in beelden denken. Het maken van kunst kan verdedigingsmechanismen opzij zetten en onbewuste gedachten en verlangens onthullen, zoals beschreven in Freud's theorieën over het onbewuste. Beeldende therapie gaat verder dan alleen kunst en therapie. Het ervaringsgerichte proces van beeldende therapie kan leiden tot een gevoel van nieuwe helderheid en verhoogd bewustzijn. De rol van de beeldend therapeut is om samen te werken met het paar en de betekenis in het werk te verkennen en te identificeren. Beeldende therapie biedt hen een middel voor non-verbale communicatie, waardoor ze gedachten en gevoelens kunnen uitdrukken waarvan ze zich nog niet bewust zijn (Marx & Verzat, 2019, p. 36-39).

Beeldende therapie zou kunnen ingezet worden in combinatie met sekstherapie om liefdespartners te helpen bij het verkennen en uitdrukken van gedachten en gevoelens over seksuele onderwerpen, zoals het verschil in seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma (Marx & Verzat, 2019, p. 47-48).

Om inzicht te krijgen in verschillen in seksueel verlangen als gevolg van trauma kunnen beeldend therapeuten verschillende behandelvormen aanbieden, zoals individuele behandeling maar ook partner-relatietherapie (Schweizer et al., 2009, p. 471).

Er bestaat een behandelmethode waarbij partners individueel aan dezelfde oefening werken. Het beeldend werken kan ook gericht zijn op samenwerking, waarbij partners gezamenlijk aan een creatieve opdracht werken. Daarnaast is er beeldend werken waarbij er niet gesproken wordt, en zo cliënten confronteert met hun non-verbale gedrag (Schweizer et al., 2009, p. 216). Op basis van bovenstaande punten kan het volgende worden beredeneerd. Binnen deze behandelvormen is het voor therapeuten, afhankelijk van de opdracht, mogelijk om inzicht te krijgen in de verschillen tussen partners op seksueel vlak. Hypothetisch gezien kan dit door individuele werken met elkaar te vergelijken, observeren hoe de samenwerking verloopt tussen partners in een gezamenlijk werk en hoe het koppel op elkaar reageert wanneer er sprake is van stilte tijdens de samenwerking. Zo kan dit waardevolle informatie bieden over de dynamiek en interactie tussen de partners, waardoor verschil in verlangens kan worden achterhaald.

7 Beeldende therapie binnen de sekstherapie

In tegenstelling tot andere therapieën maakt beeldende therapie gebruik van non-verbale activiteiten als medium (Schweizer et al., 2009, p. 464). Gegeven het feit dat seksuele problemen vaak onderdrukt worden, hebben onderzoekers gesuggereerd dat beeldende therapie een belangrijke benadering kan zijn voor de behandeling van seksuele problemen (Cunha Ferreira et al., 2012, p. 11). Het gebruik van kunstzinnige expressie in beeldende therapie kan helpen bij het verkennen van intieme en emotioneel geladen onderwerpen (Metzl, 2016, p. 1). Het zichtbaar en tastbaar maken van de problematiek in het materiaal is een belangrijk aspect van beeldende therapie (Schweizer et al., 2009, p. 456). Het vult aan op de expressie van emoties en gevoelens, in tegenstelling tot sekstherapie die zich meer richt op het verbale maar ook in een laatste fase seksuele oefeningen introduceert (Kinet & Baeten, 2015, p. 62).

Zowel beeldende therapie als sekstherapie kunnen problemen rondom seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma benaderen op een sensorische manier, waarbij het lichaam een centrale rol speelt door hiermee in contact te komen (zie subvraag 6.2). De bottom-up benadering, afgeleid van de sensorimotor psychotherapie (Ogden et al., 2020), erkent de wijsheid van het lichaam en hoe lichaamsbewegingen kunnen bijdragen aan geestelijk welzijn (Ogden et al., 2020). Het werken vanuit het lichaam naar het mentale toe kan positieve effecten hebben op seksuele problemen (zie subvraag 6.2.1.). Daarnaast spelen vormgevingsprocessen, zoals vitality affects een belangrijke rol bij het tonen van innerlijke processen in uiterlijk gedrag (Stern, 2000). Deze uiterlijke gedragingen kunnen zowel in beeldende therapie als sekstherapie waardevol zijn voor observatie. (zie subvraag 6.2.2.). Het concept van Expressive Continuüm Therapies (zie subvraag 6.2.3.), dat bekend is bij beeldend therapeuten, wordt ook in sekstherapie toegepast volgens Metzl (Metzl, 2016, p. 6).

De conclusie die uit dit onderzoek te halen is, is dat door de integratie van sensorimotor psychotherapie, vitality affects en Expressive Continuüm Therapies via lichaamsgericht werken in beeldende therapie liefdespartners kunnen samenwerken om hun lichamelijke sensaties, emoties en verlangens te verkennen, te begrijpen en te duiden. Deze benadering bevordert bewustzijn, communicatie en herstel op het gebied van verlangen binnen de relatie. Het is belangrijk om deze therapieën uit te voeren met aandacht voor veiligheid, grenzen en een ondersteunende therapeutische omgeving. Het kan ook waardevol zijn om samen te werken met andere professionals, zoals seksuologen, seks- en relatietherapeuten, voor een holistische benadering. Een multidisciplinair

team kan verschillende therapeutische modaliteiten en benaderingen integreren, wat een bredere en diepere therapeutische impact mogelijk maakt.

7.1 De invulling van beeldende therapie binnen sekstherapie

Hypothetisch gezien wanneer tijdens sekstherapie het koppel niet diep genoeg gaat in het verkennen van gevoelens en emoties, kan beeldende therapie een waardevolle aanvulling zijn. Met behulp van onbewuste expressie kan beeldende therapie het koppel helpen om op een dieper niveau te werken. Het lichaamsgerichte beeldend werken, gericht op het ervaren van het lichaam en het verkennen van behoeften, kan inzicht bieden in de verschillen in verlangen als gevolg van seksueel trauma. Het is van essentieel belang dat de therapeut gevoelig is voor de specifieke behoeften en grenzen van het koppel en de nodige expertise heeft om te werken met seksueel trauma. Hierbij wordt een veilige therapeutische omgeving gecreëerd waarin het koppel zich comfortabel voelt om hun diepste gevoelens en verlangens te delen.

Wat beeldende therapie en sekstherapie verbindt, is het feit dat beide benaderingen een creatieve en ervaringsgerichte aanpak hebben. Beeldende therapie maakt gebruik van kunstzinnige materialen en technieken, terwijl sekstherapie verschillende oefeningen en interventies kan omvatten om seksuele expressie en intimiteit te verkennen en te bevorderen. Beide therapievormen bieden een veilige ruimte voor het uiten van emoties, het verkennen van verlangens en het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden.

8 Conclusie

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag, zijn eerst de deelvragen afzonderlijk onderzocht en beantwoordt. Hierna kan antwoord gegeven worden op de hoofdvraag in dit onderzoek: *“Hoe kan beeldende therapie helpen om het verschil in verlangen als gevolg van seksueel trauma te duiden tussen liefdespartner?”* Ten eerste is gekeken naar wat seksueel verlangen precies is. Seksueel verlangen verwijst naar de behoefte van een individu naar seksuele activiteit of intimiteit met een andere persoon. Het is een zeer persoonlijke en subjectieve ervaring, waarbij verlangens gericht zijn op doelen die het individu aantrekkelijk of prettig vindt. Daarna is gekeken welke problemen rondom seksueel verlangen bestaan. Problemen rondom seksueel verlangen zijn onder te verdelen in drie categorieën: verminderd seksueel verlangen en verschil in verlangen, seksuele aversie en seksverslaving. Het meest voorkomende probleem is het verschil in verlangen tussen partners, wat kan leiden tot ontevredenheid en verminderd seksueel verlangen. Een oorzaak kan seksueel geweld zijn, kan dit leiden tot ingrijpende traumatische ervaringen die invloed hebben op het seksuele verlangen van een van beide partners. Vervolgens is gekeken naar de negatieve invloed van seksueel trauma op de liefdesrelatie als er sprake is van verschil in seksueel verlangen, gefocust op het fysieke en mentale aspect. Seksueel trauma kan een blijvende impact hebben op zowel het fysieke als mentale aspect van een liefdesrelatie, met name wanneer er sprake is van verschil in seksueel verlangen. Het trauma laat een diepe indruk achter op de geest, de hersenen en het lichaam. Hierdoor kunnen communicatieproblemen de relatie negatief beïnvloeden, omdat het moeilijk kan zijn om openlijk en eerlijk te praten over seksuele behoeften en verlangens na seksueel trauma. Hierdoor wordt communicatie, wanneer een verschil in verlangen optreedt, voor ten minste één van de liefdespartners bemoeilijkt.

Ook is gekeken naar de mate waarin beeldende therapie als methodiek kan worden ingezet om beter inzicht te krijgen in het verschil in seksueel verlangen als gevolg van seksueel trauma. Beeldende therapie zou effectief kunnen zijn voor het begrijpen van het verschil in seksueel verlangen na seksueel trauma blijkt uit literatuuronderzoek en hypothesen. Het lichaamsgerichte werken door gebruik te maken van de zintuigen in deze therapie helpt mensen om contact te maken met hun innerlijke belevingswereld. Het aanpakken van het fysieke aspect bevordert geleidelijk de mentale aspecten en de daarmee samenhangende problemen. Beeldende therapie kan een toegankelijke manier bieden voor liefdespartners om hun verlangens te uiten wanneer ze moeite hebben om dit met woorden te doen, en dit gebeurt op een non-verbale manier en in een veilige omgeving. Tot slot is gekeken hoe beeldende therapie er binnen de sekstherapie uit kan zien. Beeldende therapie kan binnen de sekstherapie een belangrijke benadering zijn voor de behandeling van seksuele problemen, omdat deze vaak onderdrukt worden. Het gebruik van kunstzinnige lichamelijke expressie in deze therapie kan helpen bij het verkennen van intieme en emotioneel geladen onderwerpen. In tegenstelling tot sekstherapie, die zich meer richt op het verbale maar ook in een laatste fase seksuele oefeningen introduceert, kan het waardevol zijn om samen te werken voor een bredere en diepere therapeutische impact.

Op grond van deze informatie kan uiteindelijk een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag. Beeldende therapie zou kunnen helpen om het verschil in verlangen als gevolg van seksueel trauma tussen liefdespartners te duiden door middel van kunstzinnige lichamelijke expressie. Het werken met het lichaam en de zintuigen stelt individuen in staat om contact te maken met hun innerlijke

belevingswereld en het fysieke aspect aan te pakken, waardoor ze hun verlangens kunnen uiten op een non-verbale manier. Dit kan een veilige omgeving bieden om intieme en emotioneel geladen onderwerpen te verkennen en bevordert een bredere en diepere therapeutische impact als samengewerkt wordt binnen sekstherapie. Kwalitatief en kwantitatief onderzoek zou dit dan moeten uitwijzen.

9 Discussie

Vanwege de specifieke onderzoeksvraag die de raakvlakken tussen seksuologie en beeldende therapie verkent, is in dit onderzoek besloten om deze onderwerpen afzonderlijk te onderzoeken vanwege de beperkte literatuur die beide gebieden bestrijkt. Dit vereiste aanzienlijke tijdsinvestering. Vanwege de ontdekking dat seksuologie een geheel nieuw terrein was, heeft dit deel van het onderzoek meer tijd in beslag genomen, wat ten koste ging van de focus op beeldende therapie.

Als gevolg van de omvang van dit onderzoek en de beperkte literatuurstudie zijn er nog veel hiaten die de samenhang onduidelijk maken. De bottom-up benadering is een relevante aanpak bij het werken met trauma, hoewel de top-down benadering ook waardevol kan zijn, waardoor beide perspectieven interessant zijn in relatie tot de onderzoeksvraag. Dit zou verder kunnen worden onderzocht in toekomstig onderzoek.

Er is niet uitgebreid ingegaan op trauma, hoewel dit een belangrijk aspect is, maar niet de focus van dit onderzoek. Bovendien is de ECT van Lusebrink onduidelijk en onvolledig uitgewerkt, aangezien het te veel wordt gekoppeld aan het lichamelijke aspect, de onderste laag van het continuüm, wat verbonden is met de bottom-up benadering. Hierdoor wordt de appel-waarde van het koppel niet waargenomen. Dit kan een nadelig effect hebben voor mensen met een traumatische achtergrond omdat een stuk veiligheid ontnomen wordt. Het zou waarschijnlijker zijn geweest om alle lagen grondig uit te werken en daarop te focussen, waardoor de bottom-up en top-down benaderingen in dit opzicht irrelevant worden. Daarnaast waren er weinig seksuologen betrokken bij de start van dit onderzoek, wat de inbreng van diverse perspectieven en ervaringen beperkt.

Aangezien dit onderzoek zich nog in de verkennende fase bevindt, kan er nog geen praktische uitvoering plaatsvinden.

Tijdens het verkennende literatuuronderzoek zijn enkele interessante punten aan bod gekomen die echter niet binnen de beantwoording van de deel- en hoofdvragen pasten. Deze punten betreffen onder andere de Check-in Zicht gebaseerd op de deep democracy methode, differentiatie denken, EFT en danstherapie.

De Check-in Zicht, gebaseerd op de deep democracy methode van Myrna Lewis, is een boeiende aanpak die gebruikt kan worden in beeldende therapie voor koppels die seksuele problemen ervaren. Deze methode richt zich op het blootleggen van wat zich 'onder de waterlijn' bevindt, namelijk de onderliggende dynamieken die normaal gesproken niet aan de oppervlakte komen. Het doel van Check-in Zicht is om onbewuste patronen te onthullen en thema's zichtbaar te maken, waarbij er mogelijk sprake is van pijnpunten. Hoewel de methode in gespreksvorm wordt toegepast, kan beeldende therapie ook waardevol zijn om een gevoel van verbinding te ervaren ("House of deep democracy biedt trainingen deep democracy," n.d.).

Differentiatie denken en EFT kunnen worden ingezet om intimiteit tussen partners te bevorderen. Differentiatie denken richt zich op het ontwikkelen van een eigen gevoel van eigenwaarde, terwijl EFT gericht is op het creëren van momenten van (her)verbinding tussen partners in het 'hier en nu'. Beide benaderingen kunnen waardevolle instrumenten zijn in beeldende therapie bij het werken met liefdeskoppels (AG, 2019).

Daarnaast sluit danstherapie aan bij dit onderzoek, omdat het werkt met lichaamsexpressie. Danstherapie gaat ervan uit dat klachten zichtbaar zijn in het lichaam en de beweging van de cliënt. Door middel van dans en beweging kan de cliënt zijn gevoelens, gedrag en denkwijzen verwerken,

onderzoeken en uitdrukken. Nieuwe ervaringen in de dans kunnen bekliven en effect hebben in het dagelijks leven ("Danstherapie," n.d.).

Het onderzoek had mogelijk gestructureerder en duidelijker verwoord kunnen worden indien er meer kennis en ervaring was in het schrijven van scripties.

10 Aanbevelingen

Zoals in het discussiestuk wordt vermeld zou het van belang zijn het onderzoek vanuit de top-down benadering te onderzoeken en deze met de bottom-up naast elkaar te leggen om te vergelijken. Dit na te laten kijken door verschillende sekstherapeuten vooraleer dit in praktijk te onderzoeken.

Het ECT van Lusebrink mag vollediger en dieper uitgewerkt worden gelinkt aan de onderzoeksvraag, omdat nu vooral gefocust wordt op de laag van beweging en sensomotoriek gelinkt aan de bottom-up. In het geval dit gedaan wordt, lijkt het duidelijker de bottom-up en top-down achterwege te laten, maar onderzoek zal dit verder uitwijzen.

Na verheldering in het stuk van Lusebrink zouden hier beeldende therapie-sessies voor uitgedacht kunnen worden en dit later in praktijk uitproberen. Belangrijk is wel dat het koppel zich veilig genoeg voelt bij een sekstherapeut of dat de beeldend therapeut genoeg seksuologie achtergrond beschikt.

11 Bibliografie

- AG. (2019, November 25). *Het bevorderen van intimiteit in sekstherapie: Een kwestie van zoeken naar verbinding of differentiatie?* Home.
<https://www.tijdschriftvoorseksuologie.nl/artikelen/item/840-het-bevorderen-van-intimiteit-in-sekstherapie-een-kwestie-van-zoeken-naar-verbinding-of-differentiatie>
- Alzeer, S. M., Michailidou, M. I., Munot, M., & Kyranides, M. N. (2019). Attachment and parental relationships and the association with psychopathic traits in young adults. *Personality and Individual Differences*, 151, 109499.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.07.009>
- Baer, J. C., & Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(3), 187-197. <https://doi.org/10.1080/02646830600821231>
- Binik, M., Yitzchak, Meana M. (2007). *The Future of Sex Therapy: Specialization or Marginalization?* (1st ed.).
https://www.researchgate.net/publication/26266260_The_Future_of_Sex_Therapy_Specialization_or_Marginalization
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol ii. Separation.* New York: Basic Books.
- Cherry, (2023) <https://www.verywellmind.com/bottom-up-processing-and-perception-4584296>
- Cowley, Feinberg, Gallop. (2016). *Exploring Sexuality Through Art Making* [Master's thesis].
<https://digitalcommons.lmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1286&context=etd>
- Danstherapie.* (n.d.). Vaktherapie. <https://www.vaktherapie.nl/danstherapie>
- Deij, D. & Verseveld, J. van. (2013) Seksualiteit en EFT. *Tijdschrift voor seksuologie*, 37-3, 109-113.
- Diagnostic and (5th ed).* (2013).

- Dr.S. H. Lo Fo Wong. (n.d.). *Vrouwen en pijn. De rol van seksueel misbruik seksueel misbruik en partnergeweld partnergeweld* (2011 ed.). https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-313-7316-1_225
- Elbrecht, C. (2012). *Trauma healing at the clay Field: A sensorimotor art therapy approach*. Jessica Kingsley Publishers.
- Ellis, M. L. (2007). Images of sexualities: Language and embodiment in art therapy. *International Journal of Art Therapy*, 12(2), p. 60-68.
- Floor, L en Overman, D. (2011). *WAT is TBM*. De Tekeningbewegingsmethode. <https://www.tekenbeweging.nl/wat-is-tbm.html>
- Fikke, D., Pénczes, I. en Hooren van S. (2017). Het Expressive Therapies Continuum, een theoretisch raamwerk voor beeldende therapie. <https://kenvak.nl/wp-content/uploads/2016/12/Fikke-D.-P%C3%A9nczes-I.-Van-Hooren-S.-2017.-The-expressive-therapies-continuum-een-theoretisch-raamwerk-voor-beeldende-therapie.-Tijdschrift-v.pdf>
- Geen zin in seks*. (n.d.). Albert Schweitzer ziekenhuis. <https://www.asz.nl/bekkenbodencentrum/aandoeningen/seksuele-problemen/geen-zin-in-seks/>
- (Geuzinge, 2017) <https://www.tpep.nl/download/2334>
- White, (2014). Boek: Talking bodies
- GGZ Standaarden. (2022, January 4). *GGZ Standaarden, generieke module vaktherapie*. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/introductie>.
- Hinz, L.D. (2009). *Expressive Therapies Continuum. A framework for using art in therapy*. New York/London: Routledge.
- Holmqvist, G., Roxberg, Å., Larsson, I., & Lundqvist-Persson, C. (2018). Expressions of vitality affects and basic affects during art therapy and their meaning for inner change. *International Journal of Art Therapy*, 24(1), 30-39. <https://doi.org/10.1080/17454832.2018.1480639>

Hooren, van S. (2013). *Vaktherapie: de kunst van het balanceren*, 19.

<https://kenvak.nl/wp-content/uploads/2015/01/Hooren-van-S.-Vaktherapie-de-kunst-van-het-balanceren-lectorale-rede.pdf>

House of deep democracy biedt trainingen deep democracy. (n.d.). House of Deep Democracy.

<https://houseofdeepdemocracy.nl/check-in-zicht/>

(Jacquemyn & Merck, 2022) <https://www.uza.be/seksuologie>

Janse, B. (2023, March 27). *Sigmund Freud biografie en quotes*. Toolshero.

<https://www.toolshero.nl/bekende-auteurs/sigmund-freud/>

Kelly, G. F. (2004). *Sexuality today: The human perspective*. McGraw-Hill.

Kilman, P., Boland, J., Norton, S. e.a. (1986). Perspectives of sextherapy outcome: a survey of AASECT providers. *Journal of sex and marital therapy*, 12, 116-138.

Kinet, M., & Baeten, K. (2015). *Psychoanalyse als seksuologie? Libido van gesel tot gezelschap*. Maklu.

Kolk, B. V. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin.

KU, Leuven. (2012, January 5). *Seksuele problemen in de huisartspraktijk*.

<https://lirias.kuleuven.be/1951232?limo=0>

KØppe, S., Harder, S., & Væver, M. (2008). Vitality affects. *International Forum of Psychoanalysis*, 17(3), 169-179. <https://doi.org/10.1080/08037060701650453>

Lange, Alfred M. (1993). *De taxatie en behandeling van seksuele problemen*.

<https://link.springer.com/article/10.1007/BF03060049>

Lankveld, J. V. (2006). *Omgaan met een seksueel probleem*. Bohn Stafleu van Loghum.

L. Gijs, W.L. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, P.T.M. Weijnenborg. (2009). *Seksuologie* (2nd ed.). Bohn

Stafleu van Loghum. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-90-313-6806-8.pdf>

Luana Cunha Ferreira, Isabel Narciso, Rosa Ferreira Novo. (2012). Intimacy, Sexual Desire and

Differentiation in Couplehood: A Theoretical and Methodological Review. *Journal of Sex &*

Marital Therapy.

- Lusebrink. (2004). Art Therapy and the Brain: an attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*(21(3)), 125-135.
- Lusebrink, V. (1990). *Imagery and visual expression in therapy*. New York: NY: Plenum Press.
- Lusebrink, V. (2010). Assessment and Therapeutic Application of the Expressive Therapies Continuum. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*(4), 168-177.
- Maltz, W. (2001). *The Sexual Healing Journey*. Quill Harper Collins Publishers
- (Marx & Verzat, 2019, p. 12).
- <https://digitalcommons.lmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1772&context=etd>
- Metzl, E. (2020). Art therapy with couples: Integrating art therapy practices with sex therapy and emotionally focused therapy. *International Journal of Art Therapy*, 25(3), 143-149.
- <https://doi.org/10.1080/17454832.2020.1774628>
- Metzl, E. S. (2016). *When art therapy meets sex therapy: Creative explorations of sex, gender, and relationships*. Taylor & Francis.
- Nicolai, N. (2017). *Emotieregulatie als basis van het menselijk bestaan: De kunst van het evenwicht*. Springer. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-368-2050-9_6
- Niele A. (2019). *An application of the Expressive Therapies Continuum with Trauma-related symptoms in woman*.
- NVRG. (2018). *Systeemtherapie*. NVRG: Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie.
- <https://www.nvrg.nl/systeemtherapie>
- NVVS. (2023). *Meest voorkomende problemen*. Home. <https://www.nvvs.info/clienten/meest-voorkomende-klachten>
- Ogden, Pat (2017). *The Wisdom of the Body and Couple Therapy – A Sensorimotor Psychotherapy Perspective: An Interview with Pat Ogden*. Interview by Masero, Monica.

<https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=4&sid=9dd99de4-b78c-4e81-8f7b63d0ed4301a0%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPW5sJnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=126818636&db=asn>

Ogden, Gina (2015). *Extraordinary Sex Therapy: Creative Approaches for Clinicians*.

Ogden en Fisher (2015) <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=9655fee6-c016-42ff-ba80-1eab80ca7ff1%40redis>

(Ogden et al., 2020) <https://interaktiel.nl/product/trauma-en-het-lichaam-pat-ogden-kekuni-minton-clare-pain/>

Pearson, M., & Wilson, H. (2009). *Using expressive arts to work with the mind, body and emotions: Theory and practice*. Jessica Kingsley Publishers.

Proulx, L. (2002). Strengthening ties, parent-child-dyad: group art therapy with toddlers and their parents. *Strengthening ties, parent-child-dyad: group art therapy with toddlers and their parents*, 21. <https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=554a5896-c40f-4ede-8fd7-ebdbdb64c25a%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPW5sJnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=106942472&db=ccm>

Regan, P. C., & Berscheid, E. (1999). *Lust*. SAGE.

[https://www.google.nl/books/edition/Lust/Wzs5DQAAQBAJ?hl=nl&gbpv=1&dq=Lust+Regan+%26+Berscheid+\(1999\)&printsec=frontcover](https://www.google.nl/books/edition/Lust/Wzs5DQAAQBAJ?hl=nl&gbpv=1&dq=Lust+Regan+%26+Berscheid+(1999)&printsec=frontcover)

<https://lci.rivm.nl/sites/default/files/2019-07/Consult%20seksuele%20gezondheid%20-%20Deeldraaiboek%2013%20-%20Seksuele%20problemen.pdf>

(Remmerswaal & Leijenhorst, 2020).

https://www.boom.nl/media/24/groepsdynamica_de_basis_inkijkexemplaar.pdf

Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu. Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport.

(2016, November 1). *Seksuele problemen*. LCI richtlijnen.

- <https://lci.rivm.nl/sites/default/files/2018-11/Consult%20seksuele%20gezondheid%20-%20Deeldraaiboek%2013%20-%20Seksuele%20problemen.pdf>
- (RIVM, 2015) <https://lci.rivm.nl/sites/default/files/2019-07/Consult%20seksuele%20gezondheid%20-%20Deeldraaiboek%2013%20-%20Seksuele%20problemen.pdf>
- Schaamte bij de dokter. (2009). *Huisarts en Wetenschap*, 52(4), 164-164.
- <https://doi.org/10.1007/bf03085576>
- Scharloo, A., Ebbers, S., & Spijker, M. (2014). *SOS - snelle opvang bij seksueel misbruik van mensen met een verstandelijke beperking: Een praktisch handboek*. Bohn Stafleu van Loghum.
- (Scharloo et al., 2013). https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-368-0328-1_4
<https://www.amazon.com/Body-Keeps-Score-Healing-Trauma/dp/0143127748?asin=0143127748&revisionId=&format=4&depth=1>
- Schouten, K. A., De Niet, G. J., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., & Hutschemaekers, G. J. (2014). The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(2), 220-228. <https://doi.org/10.1177/1524838014555032>
- Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Springer Science & Business Media.
- Seksuele zorgen en problemen*. (n.d.). UZA. <https://www.uza.be/seksuologie>
- Smeijsters, H. (2000). *Handboek creatieve therapie*.
- Somatic experiencing*. (n.d.). Inge Soekardi Praktijk voor Lichaamsgerichte Psychotherapie en Traumatherapie | Lichaamsgerichte Psychotherapie. <https://lichaamsgerichte-psychotherapie.nl/somatic-experiencing/>
- Stöfösel, M. (2020). *Trauma en verwerkingstechnieken: Indicatiestelling bij traumabehandeling in de ggz*. Springer Nature.
- Toates, F. (2009). An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior. *Journal of Sex Research*, 46(2-3), 168-193.
- <https://doi.org/10.1080/00224490902747768>

(Ter Braak, 2007; Dhont, 2000; Fieguth, 2004; Van Hattum & Hutschemaekers, 2000; Ter Braak, 2007)

(uit Schweizer, 2009, p. 396-397).

(Tesselaar, 2018). <https://kenvak.nl/wp-content/uploads/2015/12/20190110-ETC-WERKVORMEN-BOEK.pdf>

UMCG. (2023). *Beeldende therapie*. <https://www.umcg.nl/-/beeldende-therapie>

UZA. (2022, November 22). *Seksuele zorgen en problemen*. <https://www.uza.be/seksuologie>

Van alle leeftijden. (2013). Hanneke de Graaf.

Vandereycken, W., & Deth, R. V. (2009). *Psychotherapie*. Bohn Stafleu van Loghum.

Vansteenwegen, A. (2007). *Helpen bij partnerrelatieproblemen: Het praktijkboek*. Bohn Stafleu van Loghum.

Vintage supporter, z.d. <https://www.worldsupporter.org/nl/chapter/42202-colleges-en-werkgroepen-week-1-3-cognitieve-psychologie>

Vletter, K. D., & Dorresteyn, M. (2017). *Oefeningenboek kunstzinnige therapie: 250 oefeningen uit de praktijk*.

WAT is romantische oriëntatie? (n.d.). Voor al je vragen over gender en seksuele diversiteit | Lumi. <https://www.lumi.be/info/romantische-seksuele-voorkeur/voorkeur/wat-romantische-orientatie>

Wüstenhoff, Zembra en Hoonte, Wieke. (2007). *Als je Psyche je lichaam ziek maakt: praktijkonderzoek naar hoe het lichaam ...: Discovery service voor PXL Hogeschool*.

[https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=920beb1c-9c16-4b9a-b7b4-](https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=920beb1c-9c16-4b9a-b7b4-062cd5d380ab%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPW5sJnNpdGU9ZWRzLWxpdm)

[062cd5d380ab%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPW5sJnNpdGU9ZWRzLWxpdm](https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=920beb1c-9c16-4b9a-b7b4-062cd5d380ab%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPW5sJnNpdGU9ZWRzLWxpdm)

[U%3d#AN=edshbo.sharekit.hu.oai.surfsharekit.nl.2ac2dc60.aa5e.431f.8503.6482407814cd&](https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=920beb1c-9c16-4b9a-b7b4-062cd5d380ab%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPW5sJnNpdGU9ZWRzLWxpdm)

[db=edshbo](https://eds.s.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=920beb1c-9c16-4b9a-b7b4-062cd5d380ab%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPW5sJnNpdGU9ZWRzLWxpdm)

Wüstenhoff & Hoonte, 2007

https://www.hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_hu:oai:surfsharekit.nl:2ac2dc60-aa5e-431f-8503-6482407814cd

12 Bijlagen

12.1 Interview Sam

1^e gesprek: Sam 9-12-2022

Onderzoeksvraag:

(Hoe) kun je je seksleven upgraden d.m.v. beeldende therapie? of, misschien beter:
(Hoe) kun je je seksuele problemen verminderen in een liefdesrelatie d.m.v. (lichaamsgerichte) beeldende therapie zodat je seksuele leven versterkt wordt?

Doelgroep: singels en koppels

Subvragen:

- Wat houdt een seksleven in?
- Voor wie is er een seksleven?
- Wat zijn seksuele problemen binnen een liefdesrelatie?
- Waar komen seksuele problemen vandaan?
- Wat komt veel voor?
- Wat komt weinig voor?
- Wat kan eraan gedaan worden om seksuele problemen te verminderen? -> upgraden!
- Hoe kun je je seksleven in een liefdesrelatie versterken?
- Hoe helpt (lichaamsgerichte) beeldende therapie om seksuele problemen te verminderen? -> Link beeldende therapie en niet durven uiten.
- Wat is de link tussen seksuele problemen, (lichaamsgerichte) beeldende therapie en communicatie?

Behandeling seksuele problemen?

Multidisciplinair, niet alleen een seksuoloog maar ook een psycholoog etc. Bv medische testen, om uit te sluiten dat iets er niet is. Altijd nodig om uit te sluiten.

Keuze maken uit probleem.

Veel zin/weinig zin

Opwindingsproblemen

Lichamelijk en emotioneel hangt samen -> niet los te koppelen

Waar wil ik het over hebben.

Eerste advies: specificeer je op iets waarop je wilt richten.

Wat zijn veel voorkomende problemen?

- kijk in categorie: Rondom verlangen
- opwindingsproblemen
- pijnproblemen

Bij al deze fysieke en mentale niet los te koppelen

Kunnen beginnen bij cognitie en fysieke gevolgen en andersom.

Behandelingen:

Drempel is groot gem. Vlaming: 7 jaar -> zorgsector niet duidelijk in georganiseerd.
Het is niet duidelijk voor hun waar mensen hulp krijgen, moeten zoeken.

Goede aanpak: en en verhaal. Lichamelijke klachten eerst huisarts dan doorverwijzing.
Wat speelt medisch mee.

Vb: koppel komt in de 50. De een heeft meer zin dan de ander. = probleem
Kan man-vrouw verschil zijn maar mensen zijn 50, dus vinden die nog wel even aantrekkelijk? Context
kijken en ontwikkelingen. Menopauze etc.

Persoon: fysieke stuk, mentale en sociale context bekijken! Is belangrijk.

Wat als praten niet lukt?
Spraakcentrum geraakt door hersenletsel.

Niet goed uiten in woorden ->
In welke setting kan BT nuttig zijn? -> hangt af van client.
Soms lukt BT wel en soms lukt het niet -> sommigen staan ervoor open, niet voor iedereen weggelegd.
Kijken naar de persoon die voor je staat.
Voorstellen wat je kunt aanbieden als BT en vragen of het past voor hem/haar. Anders andere
therapeut.

Vaker ingezet bij populatie -> dingen onder woorden brengen
Klacht omwille van seksueel trauma is iets wat met beeldende therapie misschien beter geuit kan
worden ipv woorden.

Beslissen: waar wil ik me op focussen, welk probleem!

Mensen wensen: niet ervan uitgaan dat je weet dat mensen hopen te bereiken.
Doelstelling is niet gewoon geen pijn hebben, maar bv ook elkaar terugvinden, geen drempel willen
ervaren, connectie. Fysieke pijn is er maar emotioneel neemt het ook veel problemen met zich mee.

Wat willen mensen bereiken: van persoon tot persoon heel anders.

Leren ermee om te gaan, opletten op gedragingen.

Vertrek vanuit B.T. -> stuk gemakkelijker om te kijken: doelgroep/seksueel probleem. Bij wie past dat
goed?

Interessante vragen: Wie heeft standaard meer moeite met spraak? Daar dus SOWIESO BT voor
inzetten?

Wie heeft met dit probleem de kans om met BT te werken?

Mensen met seksueel trauma/spraakproblemen/seksuele problemen.

Daar MOETEN we iets anders mee doen, die kunnen spraakproblemen hebben, dus is BT een
uitkomst.

- Wat is de link tussen seksuele problemen, (lichaamsgerichte) beeldende therapie en communicatie?
Stroming die lichaamsgericht bezig is -> Sam stuurt mij info

12.2 Interviews Lily

1^e gesprek: Lily 13 – 1 - 2023

Onderzoeksvraag:

(Hoe) kun je je seksleven upgraden d.m.v. beeldende therapie? of, misschien beter:

(Hoe) kun je je seksuele problemen verminderen in een liefdesrelatie d.m.v. (lichaamsgerichte) beeldende therapie zodat je seksuele leven versterkt wordt? Kan nog veranderen

Doelgroep: singels en koppels

- Wat houdt een seksleven in?

Bestaat uit 2 lagen: persoonlijke erotische ruimte (wat jij leuk vindt/belangrijk vind aan seks, ook gedeeld met partner, hoe je dat doet (openheid, over kunnen praten nadat je het zelf weet) en seksuele intelligentie (je moet weten hoe je zelf omgaat als je opgewonden bent of een verlangen hebt aan partner zonder je op te dringen. Seksuele intelligentie kan blokkeren bij veel druk. Minder initiatief, minder aanrakingen.

- Voor wie is er een seksleven?

Vanaf 16 jaar tot in de 80 jaar.

Sealis voor 80 jarige (om erectieproblemen te verbeteren) bij jongere vriendin.

Wat zijn seksuele problemen?

- Meeste aanmeldingen: erectieproblemen door porno of zo gefocust op presteren.

- Vriendin gaf man zoveel druk op frequentie, orgasme en prestatie: maar werkte niet meer.

- Nu ongeveer de 30 jarige aan de beurt (vanwege veelvuldig masturberen op dezelfde manier presteren gericht) Blokkeren in het hoofd.

- Altijd mentaal, geeft aanslag op fysieke.

- druk kan ook andersom liggen: niet kunnen klaar komen

- een script door jonge vrouwen: ik wik dat hij me eerst de rug masseert, dan dit en dat dat.... Focus op orgasme. Die lukt dan niet. Is niet meer spontaan.

- Niet elke vrouw is zoals de voorgaande partner

Druk om klaar te komen heel erg -> doorgestuurd: seksclub (koppels/mannen)

Meisje regelen die al probleem heeft gehoord. Dus zo en zo persoon aanpakken... dan feedback vragen.

Hoe kan onzekerheid worden weggenomen? Juist iemand bij een seksclub. Keuze ligt daar.

Seksuologe legt probleem eerst uit -> lag veel op prestatie. Degene die daar werkt kan hierop inspelen. 2 seksueel intelligente personen die op een goed level zitten.

Verschil seksuele problemen in het algemeen en in een liefdesrelatie?

Meestal impact op relatie. Erotische ruimte leren kennen! Maar seksuele intelligentie ook belangrijk.

Het een staat niet los van het andere.

Communicatie is een belangrijk stuk.

Als je bv ziek bent en je kunt niet klaarkomen klap je dicht van jezelf, maar ook van je partner.
Beide doen stappen achteruit.

Behandeling seksuele problemen?

- Hangt van aanmeldingen af. Bv meisje: zwakbegaafd: meer problemen fysiek en mentaal. 22 jaar.
Hele andere aanpak dan andere volwassenen. Taalbegrip lager. Boekje gegeven, zodat ze mee kan praten over seksualiteit. War is het probleem, hoe is haar gevoelsleven? Leren grenzen te stellen.

- Eerst vragen hoe zij het doen, om te begrijpen hoe zij het aanpakken.

Bij goed lopen: beamen, maar dit kan er nog bij.... En soms is er iets wat je nog niet wist. In krachten zitten. Bij koppels: vraag 'Hoe wipt hij u?' geeft veel info.

Ribbeltjes uitleggen van A en G-spot. Bepaalde beweging heeft invloed.

'Hoe pijp jij?' Uitleg geven waar een gevoelig plekje ligt en welke technieken helpen om te stimuleren.

- Stukje lichamelijke uitleg en tips te geven

- Boekje vanaf 16 jaar: seksuele educatie. Ook gebruikt voor trauma.

- Art in therapy: aan de slag gaan met iets uit te tekenen. We beginnen hoe ziet u uw partner? Teken een voorwerp op een whiteboard. De vraag: teken uzelf ook als vorm. Hoeft niet aan elkaar aan te sluiten.

bv: cactus als groot, zij als gieter naast de cactus die ernaast water geeft.

Cactus heeft beetje water nodig, druppels er naast is niet goed: droogt uit.

Homokoppel: treurwilg de ander steunt er tegen aan. Verdrietig en hij zit met rug ertegen. Gingen veel naar seksfeestje.

1 wilde dat veel = treurwilg

1 wilde dat niet = persoon die treurwilg wilde laten opleven

Zegt veel over relatie.

Wat als praten niet lukt?

Opdrachten maken.

1^e opdracht die za aan een koppel wordt voorgesteld. Brief schrijven met eigen wensen. Een toekomstbrief aan jongere ik. Schrijven aan het kind waar ze gelukkig van werden, wat pijn deed. Hoe ziet leven nu uit?

Niet verwijtend: werkt niet.

Geeft perspectief van doelwens naar later, ook aan de relatie.

Dat ze schrijven aan partner gericht: ik heb jou daar leren kennen. Wat is me opgevallen aan jou?

Eerste maanden:Ondertussen is er een gemis in de relatie wat in het begin wel leuk was. Terug

willen in relatie: Niet terug willen in relatie: Anders willen in relatie:

Geeft andere dimensie aan relatie.

Bent u bekend met sekstherapie?

Dit is sekstherapie. Je leert jezelf beter kennen, je werkt aan jezelf. Bewustwording gewaarworden.

Ikzelf heb een aandeel hierin, hoe ik me voel en gedraag. Zelfzekerder als je jezelf beter leert kennen.

Veel ruimer dan seksuologie.

Zo ja, wat houdt dat in?
Zie hierboven.

Kunt u een voorstelling maken waarom (lichaamsgerichte) beeldende therapie helpt bij seksuele problemen?

Ja, dit pas ik zelf ook toe:

Oefening:

Stap 1

plaatsen in de ruimte tegenover elkaar. Ogen sluiten, naar eigen ademhaling.

Waar zit spanning? Vanaf voeten kijken, steeds meer naar boven. In ogen kijken, dan aanraken. Steeds stapje verder. 45 min heel proces. Opbouwend. Laatste gaan staan (1 m ertussen), omhelzen. Erop in gaan.

Sommige verbreken omhelzing, stappen achteruit, sommige kunnen elkaar niet meer loslaten.

Dit is om duidelijk te krijgen: Hoe voel je je in de relatie?

Houding is belangrijk: ruggen tegen elkaar, naast elkaar, eentje boven eentje onder.

Stap 2: vragen -> Hoeveel standjes doen jullie?

Zo een aanloop maken om tot het seksuelere stuk te komen.

Creatief iets overbrengen

Het werkt! Je voelt meer, i.p.v alleen alles in woorden uit te drukken.

Waar zit uw praktijk?

In St. Truiden, in Genk en bij Ann in Bilzen.

Inhoudsdeskundige??

Ja, staat er wel voor open, maar ligt aan cliënten (wie er dan nog zijn)

Te vroeg om te zeggen. Afspraak is om over 1 maand haar een update te geven betreft onderzoek, zodat er duidelijker een datum komt.

Tip: Hoe leg je het stuk neer bij cliënten? Nooit opleggen!

Uitproberen van mijn beeldende sessie op de cliënten:

Is lastig om cliënten zover te krijgen om dit uit te proberen.

2^e gesprek: Lily 26 – 1 – 2023

Lily op de hoogte gebracht over mijn aanpak IP. Stuk seksuologie en beeldende therapie samenbrengen door raakvlakken te vinden. Focus op lichaamsgericht werken & ETC (Lusebrink). Lily stuurt me nog literatuur door over seksuele en romantische oriëntaties en geeft me tips waar nodig. Ik kan haar ten alle tijden mailen. Uit mijn onderzoek wordt straks 'iets tastbaars' geboren waar ik seksuologen hopelijk in kan ondersteunen.

De 4 categorieën in seksuele problemen (die ik gevonden heb via het RIVM) heb ik Lily voorgelegd en kon dit bevestigen. 1 van de problemen is seksueel verlangen en verteld hoe ik tegen dat onderwerp aan kijk, omdat hierin meer een brug te maken valt naar de beeldende therapie dan de andere 3 problemen. Verlangen gaat ook over een stukje psychisch, de andere problemen ook maar zijn meer lichamelijke eenzijdige klachten. Omdat ik therapie met koppels wil doen, lijkt me verlangen de beste keuze. Lily beaamde dat en gaf me nog wat info:

Basis is eigen seksuele oriëntatie, erotische ruimte en romantische oriëntatie.

Als je van jezelf weet wat je fijn vindt en waar verlangens zitten, kun je dat delen met de ander.

(Hier is alles aan verbonden, denk aan de 3 andere categorieën: problemen met opwinding, orgasmes en soms ook pijnproblemen, buiten ziekten om). Ik ga nog het blog bekijken van Lily over dit onderwerp van haar website.

Risico: Met 2 personen werken als koppel kan voor persoon wel werken en voor de ander niet.

Verder heb ik gekeken naar een betere onderzoeksvraag gericht naar het verlangen.

Lily en ik brainstormde en kwamen op onderstaande vragen uit:

- Hoe kan beeldende therapie helpend zijn om het verschil in verlangen te duiden tussen partners?
- Hoe kan beeldende therapie helpend zijn om de differentiatie in de relatie aan te duiden?
- Hoe kan beeldende therapie ingezet worden om seksuele vs. romantische oriëntatie te onderzoeken om duidelijkheid te scheppen voor de cliënt?
- Hoe kan beeldende therapie helpend zijn bij het onderzoeken van de eigen seksuele en romantische oriëntatie als zij/hij zelf in de knoop zit?

De eerste vind ik het sterkst omdat deze het dichtst bij het stuk rondom verlangen zit.

Als zinvolle tip heb ik meegekregen dat ik me als therapeut altijd bescheiden moet op stellen op een respectvolle manier. Als iemand iets niet kan doen en die blokkeert dan is dat zo. Maak sessies niet te moeilijk, leg de lat niet te hoog. Seksualiteit is al een taboe, dus laag taalgebruik omdat je soms te maken krijgt met laag IQ, dus erg nodig die eenduidige taal. Maak het zo concreet mogelijk.

Lily werkt zelf al met creatieve uitingen bij de cliënten omdat een beeld meer zegt dan woorden. Het blijft wel per persoon maatwerk.

Wat een meerwaarde van mijn IP aan seksuoloog Lily zou zijn is een tool maken van het vrouwelijk geslacht om die duidelijk weer te geven. Ze gebruikt nu een tissue-box om de buitenste en binnenste schaamlippen te laten zien. Ze werkt hiermee (niet alleen!) omdat er nog geen goede tool voor gevonden is die betaalbaar is. Dit is om erogene zones te laten zien en uit te leggen. In lijn met mijn IP zou dit een goed middel zijn om seksuele problemen rondom verlangen te verhelderen. Voor de man is er blijkbaar wel een bruikbare tool.

Bijvoorbeeld: een man heeft zin in seks, de vrouw niet. Bepaalde plekken bij de vrouw kunnen gestimuleerd worden om ook bij haar verlangen op te wekken. Het kan zijn dat de man niet weet hoe

dat het beste kan. Uitleggen is lastig, maar daarmee creatief aan de slag gaan is fijner -> beeldend de mensen laten werken. Niet iedereen denkt in beelden, maar absorberen meer bij het doen zoals bv een handeling, dit activeert meer, het is een ervaring.

3e gesprek: Lily 7 – 3 – 2023

Eerst beginnen bij het begin sekse versus gender.

- Wat is seksueel verlangen? (Anders dan opwinding geeft Lily aan).
Verlangen begint bij 1 persoon. Verlangen is iets van jou alleen! Opwinding niet.

Ikzelf geconcludeerd uit Nederlandse bronnen:

'Rond het probleem seksueel verlangen is lichamelijk of aanvullend onderzoek niet zinvol volgens het RIVM. Laboratoriumonderzoek is meestal niet nodig'.

'Dat brengt mij tot hetgeen dat het probleem voornamelijk psychisch is', maakt ik hieruit op.

Maar dat is niet zo volgens Lily!

'Psychisch, emotionele -en seksuele oriëntatie zit er ook! Alles is met elkaar verbonden, ook het lichamelijke', zegt Lily.

Vulvodynie en vaginisme zijn fysiek maar dat wil niet zeggen dat de persoon geen seks wil hebben.

Opmerkelijk: In België hoort vaginisme wel onder verlangen, in Nederland onder seksuele pijnproblemen! -> linkjes door gestuurd voor bronnen.

Hoe kijk je naar iets toe? -> hoe bekijk je het probleem? Verschillende invalshoeken worden gehanteerd. Dus door welke bril kijk je?

Lily behandeld pijn op verschillende manieren, ze werkt paradoxaal.

Bij elk probleem is er schaamte bij! Geen enkele cliënt die geen schaamte heeft.
Durven erkennen is eerste stap.

Verschil in verlangen duidelijk krijgen bij partners -> vragen hoe het ervoor staan:

- seksuele oriëntatie?
- verschillende romantische oriëntatie?
- aantrekkingskracht?

Zorgen als seksuoloog/therapeut dat er begrip is voor beide belevingen vanuit de partners naar elkaar.

Hoe gaan we zorgen dat we elkaar gaan ontmoeten in het midden?

Wat heeft de ander nodig? Nooit afdwingen.

Wat zijn de stappen om het eigen verlangen duidelijk te krijgen.

- weten wat genderidentiteit is -> alles uitleggen/uitschrijven (soort afhaalmenu)
- eigen seksuele oriëntatie laten zien als seksuoloog (bij Lily heteroseksualiteit, emotionele klik en humor), dan volgt de ander vanzelf.

Conclusie:

Verschil in verlangen duidelijk krijgen bij partners. Verlangen is anders dan opwinding!

- wat hun seksuele oriëntatie?
- zijn er romantische oriëntaties?
- Wat trekt jou aan? -> aantrekkingskracht

Bij elk seksueel probleem is er schaamte bij! Geen enkele cliënt die geen schaamte heeft. Durven erkennen is eerste stap.

Het probleem rondom seksueel verlangen is niet alleen psychisch, maar ook lichamelijk. Alles is met elkaar verbonden. Verlangen begint bij 1 persoon. Verlangen is iets van jou alleen! Hechting is hierbij ook belangrijk.

Beginnen bij het begin -> sekse versus gender weten van jezelf, als individu.

Sekse/geslacht is label dat je krijgt naargelang je fysieke uiterlijke kenmerken na de geboorte. Gender is complexer: gaat om normen, verwachtingen van de maatschappij, over gedrag, eigenschappen en gedachten.

Uiteindelijk is mijn 'echte' probleem van mijn onderzoek dat romantische partners een communicatieprobleem hebben. Lily geeft met paradoxale voorbeelden aan hoe zij te werk gaat om verschillen duidelijk te maken (op een andere communicatieve manier dan alleen praten) en hoe pijn te reduceren.

In België hoort vaginisme wel onder verlangen, in Nederland onder seksuele pijnproblemen.

Het valt op dat het een vicieuze cirkel is waarin partners zitten.

4^e gesprek: (Open) interview Lily 18 – 4 - 2023

Nu specificeren op seksueel trauma

Wat is seksueel trauma?

Dit is *fluïde (niet scherp begrensd, onoverzichtelijk)*

Dus zeer ruim, concreet is het niet omdat iedereen seksueel welbevinden anders beleeft. De ene masturbeert de ander niet, dat heeft al invloed, dus hoe vaak iemand nood heeft. Ander verschil in libido en verlangen.

Trauma is subjectief, bv. de ene wil aanraking aan de billen niet eens, dit kan al impact geven.

Persoonlijke ruimte en wat jij aangenaam vindt is heel anders. Kan heel openhartig zijn, of juist niet.

Heeft verschillende gradaties. Iedereen reageert anders, kan zijn omdat ze zichzelf niet kunnen begrijpen.

Lily werkt met cirkels -> gradaties in hoeverre iemand bij diegene mag zitten. Kern is persoon met trauma. Dus op maat werken. Het is nodig om te vragen hoe dichtbij iemand mag komen.

Context hoort er ook bij om te bepalen hoever je kan gaan, er komen verschillende verwachtingen bij.

Trauma is fluïde. De ene keer is het oké, de andere keer te ver. -> context bepalend.

Bv. kind is op 13-jarige leeftijd misbruikt, op 16-jarige leeftijd ineens heel erg veel last. Slachtoffer kan iets beginnen te verwerken als feiten doordringen. Het wordt pas trauma ervaring als context anders is of als persoon zich bewust is van dingen die niet oké waren. Bv. verkrachting in park.

Uit context gaan is iets heel concreet krijgen en bewust van worden.

Uit context gaan is anders denken want reptielenbrein. Eerst wegvluchten, dan vechten, dan bevriezen, minder weerstand bieden. Lichaam neemt het over voor zelfbescherming. Lichaam zorgt voor automatische instincten bv. vaginaal nat worden = minder schade. Minder weerstand, zorgt ervoor dat slachtoffer meeding in de verkrachting. Er wordt meer schade aangedaan dan men denkt.

Wat zijn de gevolgen in de seksuele relatie?

Fysiek, verschil in verlangen, geen verlangen, angst voor de angst, op voorhand al blokkeren, ontwijkend gedrag, afwerend gedrag, vermijdend gedrag (bv. bij knuffelen, eerder gaan slapen), jezelf niet meer kunnen aanraken, jezelf niet mooi vinden = laag zelfbeeld.

Ik (Gina) heb ooit gehoord dat trauma het andere uiterste kan hebben: juist heel veel seks willen, hyper zijn hierin. Lily bevestigde dat.

Hyper: adoreren (beminnen), aanzetten tot seks, veelvuldig seks (veel qua frequentie, qua verschillende standjes, leiding nemen).

Connotatie gedrag (gedrag met ondertoon, gevoelswaarde) om zelf controle te ervaren om te voorkomen dat iemand anders bepaalde standjes kan vragen. Bv. pijpen voorkomen: op andere manieren juist heel seksueel actief zijn. Ook vorm van vermijden. Maar ook bij locatie als iemand bv. in bed werd verkracht: inventief zijn om op andere plekken seks te hebben. Dit is controle behouden! Heel normaal omdat lichaam herinnerd wordt aan situatie van vroeger als bv. verkrachting gedaan werd op een bepaalde plek.

Standjes gebonden of context (plek) gebonden.

Grenzen kunnen op diverse manieren overschreden worden.

Belangrijk hierin is of het slachtoffer voor zichzelf duidelijk heeft kunnen aangeven of die iets wilde of niet. Als dit niet zo was kan het slachtoffer zich als mededader of daderschap ervaren. Dit houdt in dat het slachtoffer zegt ja maar ik was niet duidelijk of ik heb niet geslaagd of geschopt. Ik heb me niet verzet.

Op deze wijze kan het slachtoffer het trauma niet (h)erkennen en gaat die ook zichzelf schuld geven of de zaken minimaliseren of blokkeren.

Als een trauma geblokkeerd wordt zit het lichaam en hersenen met iets wat geen herkenning krijgt bij het slachtoffer. Waardoor het slachtoffer en de omgeving bepaalde reacties niet gaat kunnen plaatsen.

Indien op een bepaald ogenblik dit trauma naar boven komt kan dit zeer heftig zijn.

Integriteit kan op diverse niveaus overschreden worden: fysiek mentaal emotioneel seksueel

Dit is ook context gebonden.

Denk aan hiërarchie. Ouder of grootouder en kind van 7 jaar.

Het kind vertrouwt de volwassene en weet niet beter. Dus het kind weet niet wat kan en oké is. Als dan dat besef komt kan het zijn dat het geheim zo groot is of de volwassene zegt je gaat niet geloofd worden en papa en mama gaan ruzie krijgen. Dit is een loyaliteitsconflict dat erboven komt en dit terwijl de hechtingsstijl dan al onder druk komt te staan.

Denk aan Bart de Pauw en de actrices. De context. Man met mediabedrijf contracten tv-programma en geld. Wat dan spannend blijkt en tolereerbaar kan dan na jaren ineens niet meer oké zijn. Als je de situatie van afstand bekijkt en ziet hoe je meeding door de hiërarchie en context. En je daardoor bv niet durfde klagen of vragen om geen sms te sturen omdat je dan bv. minder werk zou krijgen.

Denk aan de dader die zegt in de rechtbank ja maar ze zei niet neen en ze werd nat of hij kreeg ook een stijve.

Het kan zijn dat die woorden en die eigen lichaamsbeleving op dat moment voor schaamte zorgde en men geblokkeerd zat in de freeze reactie en men intern het uitschreeuwde of dissociatie kreeg en zo het niet bewust meemaakte en nadien dus verder ging en geen klacht indiende. Dat zorgt voor onbegrip bij de omgeving. Minimalisatie en ook geen erkenning en onderkennen.

Vooraf bij een geblokkeerd trauma, CPTSS, verslavingen, dissociatie, angststoornissen en medicatie wordt afgeraden om EMDR toe te passen voor herbeleving te vermijden of extra trauma herbeleving aangezien sommige herinneringen en beelden geblokkeerd zitten.

Er is geen echte vaste formule. Enkel dat trauma en schenden van integriteit op 1 of meerdere vlakken altijd samengaan. Dat is ook context en of loyaliteit gerelateerd.

Context en loyaliteit heeft te maken met de hiërarchie bv ouder kind coach kind baas werknemer maar bv. ook op de werkvloer in het bureau van de baas.

Context: Of bv. in café in toilet in combinatie van alcohol of rohypnol. Deze context kan trauma doen blokkeren dissociatie geven of het gevoel vanzelf verantwoordelijk te zijn voor bv. verkracht door niet expliciet neen te zeggen door te bevriezen of dronkenschap.

Wel is de formule heel duidelijk

Angst versterkt pijn en pijn geeft angst waardoor vermijding ontstaat en weer angst op de angst ontstaat dat is een vaststaande formule.

Hoe verwerk je die problemen in relatie?

Partner meepakken in therapie. Meestal komt een iemand alleen met probleem, dan vragen stellen als wat ging mis bij trauma, 1 op 1. Met partner erbij focus je niet op trauma, maar stel je vragen als: Hoe ervaar je haar/hem? Wat kan beter, wat mis je? Wat is er te veel? Wat is er te weinig? Niet direct rond trauma, maar wat partner ervaart. Waar kan rekening mee gehouden worden?

Bv. condoom met smaakje kan een nieuwe ervaring geven. De link met pijpen wordt anders dan bij de orale verkrachting. Als partner kan het zijn dat je niet weet dat de ander er niet over kan praten, stukken zijn weg en herbeleving wil diegene niet.

Doel is vertrouwen terugkrijgen in partner mét condoom, daarna stapje voor stapje zonder. Partner met trauma controle geven en duidelijk vertrouwen geven dat ze alles mag aangeven. Partner duidelijk ook laten weten als hij klaar moet komen. Angst wegnemen, ook al is klaarkomen ook niet in condoom, Opbouwen!! Qua vaginaal: angst voor pijn; crèmes, hangt van situatie af welke van de 3. 1 a 2x per dag laten inbrengen in vagina. Leren vulva terug bekijken, betasten en angst overbruggen. 6 weken bij zichzelf. Voor de ene kan dat lang zijn, voor de ander kort. Alles is subjectief (net als hele onderzoek).

- cultureel
- religie
- seksuele opvoeding, hechting
- oriëntatie
- maatschappij
- etc.

Hoe biedt je therapie om daar overheen te komen?

Manier van therapie geven is het Plisit model bij Lily.

- P permission to talk

Waar wil je met mij over praten of gewoon info?

- Li limited information

Voor een stukje seksueel trauma, geen gelimiteerd info geven hoe het komt dat iemand fysieke of psychologische ervaringen heeft. Bv. zeggen dat het heel normaal is dat je tijdens verkrachting nat bent geworden = fysieke reactie om lichaam te beschermen. Normaal om niet te vechten of te vluchten. Werk aan een opbouwende relatie, anders zit persoon in de kelder.

- S specifiek information

Dat cliënten erop terugkomen en aan de slag gaan, dat er mogelijkheden zijn. Dat iemand seksueel actief kan zijn, kijken naar wat kan. Doordat client kan afvinken wat er nodig is, bv. financiële stuk. Specifieke info! Client heeft ten alle tijden de handvaten, eigen heft in handen.

Patiënt is afhankelijk van wat dokter voorstelt, ook al zijn er bv 3 verschillende mogelijkheden in artsen. Je kiest voor jezelf de beste uit.

Client staat op gelijke voet als therapeut en geeft meer handvaten en geeft de keuze wat er nodig is aan client. Vragen concreet maken, behandelplan maken, doelstellingen behandelen.

- I intensief

Intensieve therapie geven aan de hand van behandelplan.

- T therapie

Waar ben je als sekstherapeut in gespecialiseerd?

Trauma

Waarmee werk je dan?

Bv. met angstcirkel (document volgt): angst voor de angst. 1^e stap is 'oei' ik zal hem moeten aanraken (gedachten), blokkeren, en vermijden. Men gaat confrontatie uit de weg en therapeut wil die aangaan. Dit is psychologische kwestie als iets onrust kan geven.

Model met onderstaand (niet compleet) overzicht volgt:

- bio psychosociaal model (lichamelijke gezondheid), je hebt bv diabetes, of een ongeneeslijke ziekte

- psychisch -> kan zijn dat iemand al angstig is, ervaart angst ook, opvoeding: ben je gelovig, coping mechanisme, wat is je zelfbeeld?

- Sociale: seksuele educatie, sociale omgeving, familiale achtergrond (hechting),

Iq- en temperament speelt grote rol.

Vragen naar achtergrondinformatie:

Hoe was jeugd, sociaal-economische status, opvoeding, hoe was het thuis, voel je je veilig, hoe partner met je omgaat.

Want hechtingsstijl heeft invloed op coping, traumaverwerking, veerkracht, zelfbeeld, relaties naar anderen toe.

Net zoals hechtingstijl en opvoeding en sociale vaardigheden en iq bepalen hoe je met trauma omgaat en je veerkracht.

Een veilige hechting is veerkrachtiger en ook zoekt men vlugger hulp en een klankbord op zelfstandigheid te bewaren. Veilige hechting ontstaat in een warme veilige thuis.

Vandaar dat navragen achter opvoeding vroegere moeilijkheden belangrijk is om het psychosociaal model van de cliënt te kennen. Elke cliënt is anders.

Zo kan je de coping stijlen inschatten, hechtingsstijl en ook dit mee nemen in de anamnese en behandelplan.

Beeldende therapie in Lily's werkveld gelinkt aan trauma op seksueel vlak: wanneer gebruik je dat en hoe gebruik je dat?

Dissociatie -> Het gevoel 'los te raken van uzelf of van uw omgeving'
Denken, doen en voelen is anders.

Hoe zou je elkaar masseren? Wat zou je wel/niet kunnen doen? Hoe zou je partner je kunnen begrijpen? Bv. mok omhoog is openstaan, mok omlaag is dichtslaan.
Angst en druk. Bv. een aanraking kan leiden tot seks. Hanteren van object, een kopje, hoe het ervoor staat qua hoeveelheid druk dat persoon met trauma ervaart. Hoe meer wegduwen, hoe meer partner ook wordt weggeduwd. Alles heeft te maken met vertrouwen en controle.

Geen druk = geen probleem met vertrouwen = minder angst = minder pijn.

Kopje is link naar metafoor, onderwerp niet letterlijk benoemen, maar je hebt het er wel over. Op die manier kun je het verwerken. Het letterlijk benoemen is te gevoelig. Daar werk je dan wel naartoe.

Conclusie:

Seksueel trauma is fluïde, dat wil zeggen onoverzichtelijk, niet scherp begrensd. Het is ruim en dus niet concreet omdat iedereen seksueel welbevinden anders beleefd. Trauma is subjectief omdat ieders persoonlijke ruimte anders is, hier zijn veel verschillende gradaties in.

De context is bepalend hoever iemand kan gaan. Als persoon uit die context gaat kan doordringen dat iets niet oké was omdat men anders gaat denken. Tijdens bv. verkrachting gaat reptielenbrein werken: Eerst wegvluchten, dan vechten, dan bevriezen, minder weerstand bieden. Lichaam neemt het over voor zelfbescherming. Lichaam zorgt voor automatische instincten bv. vaginaal nat worden = minder schade. Minder weerstand, zorgt ervoor dat slachtoffer meeding in de verkrachting

Gevolgen van seksueel trauma in de seksuele relatie kunnen zijn: fysiek, verschil in verlangen, geen verlangen, angst voor de angst, op voorhand al blokkeren, ontwijkend gedrag, afwerend gedrag, vermijdend gedrag (bv. bij knuffelen, eerder gaan slapen), jezelf niet meer kunnen aanraken, jezelf niet mooi vinden = laag zelfbeeld.

Maar hyper kan ook: Connotatie gedrag (gedrag met ondertoon, gevoelswaarde) om zelf controle te ervaren om te voorkomen dat iemand anders bepaalde standjes kan vragen.

Grenzen kunnen op diverse manieren overschreden worden. Belangrijk hierin is of het slachtoffer voor zichzelf duidelijk heeft kunnen aangeven of die iets wilde of niet. Als dit niet zo was kan het slachtoffer zich als mededader of daderschap ervaren. Als een trauma geblokkeerd wordt zit het lichaam en hersenen met iets wat geen herkenning krijgt bij het slachtoffer. Waardoor het slachtoffer en de omgeving bepaalde reacties niet gaat kunnen plaatsen. Integriteit kan op diverse niveaus overschreden worden: fysiek mentaal emotioneel seksueel. Dit is ook context gebonden.

Angst versterkt pijn en pijn geeft angst waardoor vermijding ontstaat en weer angst op de angst ontstaat dat is een vaststaande formule.

Hoe Lily helpt om problemen rondom seksueel trauma te verwerken in de relatie is dat ze het koppel samenpakt nadat 1 op 1 gesprek is geweest. Als koppel samen is wordt niet direct aandacht gegeven aan het trauma, maar gevraagd hoe persoon zonder trauma seksuele leven ervaart.

Doel is vertrouwen teruggeven aan trauma client, dat die controle heeft, waardoor angst kan afnemen.

Altijd vragen naar achtergrondinformatie om hechtingsstijl en coping stijlen in te kunnen schatten voor de anamnese om een goede basis neer te zetten voor het behandelplan.

Lily werkt volgens het Plisit model. Verschil arts en therapeut is dat bij artsen de patiënt afhankelijk is van diegene en dat bij therapeuten de cliënt naast hen staat en zelf het heft in handen blijft houden.

De therapeut geeft de keuze, de arts geeft voorstellen.

Beeldende therapie linken aan trauma. Wanneer gebruik je dat en hoe?

Lily gebruikt objecten waar de client met trauma (en dus bepaalde druk) mee kan werken. Voorbeeld van het kopje: Kopje is link naar metafoor, onderwerp trauma niet letterlijk benoemen, maar je hebt het er wel over. Op die manier kun je het verwerken. Het letterlijk benoemen is te gevoelig. Daar werk je dan wel naartoe.

Cirkel: Geen druk = geen probleem met vertrouwen = minder angst = minder pijn.

Alles heeft te maken met vertrouwen en controle.