

INHOUD

I	Inleiding	7
1	Uitgangspunten	7
2	Wat is seksualiteit?	10
3	Seksuele ontwikkeling	18
II	Theoretische achtergrond van seksualiteit	24
4	Factoren die seksualiteit beïnvloeden: een biopsychosociaal denkkader	24
5	Seksuologische modellen	49
6	Modellen over seksuele disfuncties	64
III	Diagnostiek, begeleiding en behandeling	71
7	Seksuele anamnese	71
8	Classificatie van seksuele problemen	80
9	Begeleiding in de praktijk: het PLISSIT-model	83
IV	Seksualiteit in relatie tot somatische en psychologische ziekte	91
10	Algemene aspecten	91
11	Cardio Vasculair Accident (CVA)	95
12	Chronische buikpijn	98
13	Chronische pijnsyndromen en reuma	100

14	Darmziekten en stoma	103
15	Diabetes mellitus (DM)	106
16	Dwarslaesie	109
17	Hart- en vaatziekten (HVZ)	112
18	Hiv	115
19	Huidziekten	120
20	Kanker	123
21	Longziekten	130
22	Multiple sclerose (MS)	134
23	Nierziekten	136
24	De ziekte van Parkinson	139
25	Spierziekten	141
26	Traumatisch hersenletsel	144
27	Seksualiteit in de palliatieve fase	147
28	Verstandelijke beperking	149
29	Psychologische problemen	153
30	Partnerrelatieproblemen	171
V	Seksuele gezondheid	175
31	Seksuele gezondheidszorg	176
32	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA)	181
33	Seksualiteit in relatie tot drugs- en alcoholgebruik	184
34	Besnijdenis (man en vrouw)	186
35	Vruchtbaarheidsproblemen	192
VI	Tips	197
36	Praten over seks	197

37	Hulpverleningsrelatie	205
38	Speciale aandachtspunten	208
39	Institutionalisering	213
40	Expertise diverse disciplines	215
41	Contra-indicaties voor seksuologische behandeling	217
	Literatuur	218
	Informatieve websites	228
	Over de auteurs en redactie	230

II THEORETISCHE ACHTERGROND VAN SEKSUALITEIT

Dit deel gaat in op de theoretische achtergrond van seksualiteit. De volgende onderwerpen komen aan de orde:

- het *biopsychosociale denkkader*, dat aangeeft welke factoren seksualiteit beïnvloeden;
- verschillende theoretische *seksuologische modellen* die van belang zijn voor het begrip over seksueel functioneren, en die van pas kunnen komen in de voorlichting en hulpverlening;
- modellen over *seksuele disfuncties*.

4 Factoren die seksualiteit beïnvloeden: een biopsychosociaal denkkader

In de seksuologie komen verschillende vakgebieden en denkkaders samen. Er zijn vele factoren aan te wijzen die seksualiteit en seksueel functioneren beïnvloeden. Bij het bespreken en behandelen van seksuele problemen is het van belang inzicht te krijgen in de invloed van deze factoren. We onderscheiden achtereenvolgens:

- biologische factoren;
- psychologische factoren;
- sociale factoren.

Biologische factoren

Seksualiteit beleven we met ons lichaam. Het spreekt dus voor zich dat ons lichaam voldoende in staat moet zijn om seksueel te kunnen functioneren. Hiervoor is een minimale mate van

gezondheid en lichamelijk functioneren nodig. De verschillende biologische factoren worden hier stapsgewijs kort beschreven en door casuïstiek geïllustreerd.

Hormonen

Mannen en vrouwen hebben beiden hormonen nodig om hun lijf seksueel te kunnen laten reageren en functioneren:

- de mannelijke hormonen (androgenen, onder andere testosteron) zorgen bij mannen en vrouwen vooral dat zin in seks en fantasie mogelijk is;
- de vrouwelijke hormonen (oestrogenen) zorgen bij vrouwen voor de gezondheid van de vagina.

Voorwaarde voor seksueel functioneren is dat deze hormoonhuishouding in orde is. Door ziekte, medicatie en medische behandeling (bijvoorbeeld door een operatie, bestraling of chemokuur) kan de aanmaak van hormonen verstoord raken.

Gerard, 64 jaar, heeft prostaatkanker en kan alleen worden behandeld door Zoladex te gebruiken. Deze medicatie zorgt ervoor dat zijn androgenenniveau (testosteron) tot bijna nul verlaagd wordt. Hierdoor heeft hij geen zin meer in seks en krijgt hij geen erectie bij seksuele stimulatie.

Sabine, 35 jaar, heeft ernstige endometriose. Endometriose is een chronische ziekte waarbij het weefsel dat normaal de binnenkant van de baarmoeder bekleedt (endometrium), groeit op plaatsen buiten de baarmoeder. Tijdens een operatie zijn haar beide eierstokken verwijderd, omdat de endometriose hieromheen zat. Dit bracht haar acuut in de overgang,

waarvan zij veel klachten heeft. Het zorgde er ook voor dat de oestrogenen en androgenen die door de eierstokken aangemaakt worden, er niet meer zijn. Zij merkt bij vrijen dat wat er ook gebeurt, er geen enkele lichamelijke seksuele reactie ontstaat.

Vaten

Bloeddoorstroming is van belang voor het ontstaan van bloedstuwning in de geslachtsdelen (vasocongestie) bij mannen en vrouwen. Door deze stuwning ontstaat bij seksuele opwinding:

- bij mannen een erectie;
- bij vrouwen zwelling van de schaamlippen en vulva en vochtigheid van de vagina.

Wanneer de bloeddoorstroming belemmerd wordt, bijvoorbeeld door hart- en vaatziekten, diabetes of gebruik van medicatie, kan de stuwning belemmerd worden.

Rutger, 51 jaar, heeft een halfjaar geleden een hartinfarct gehad. Hij is gedotterd, want zijn vaten waren aardig dichtgeslibd. Hij gebruikt bloedverduunners en bloeddrukverlagende middelen. Voordat hij het hartinfarct kreeg, merkte hij al sinds een jaar of twee dat het krijgen van een erectie steeds moeilijker werd. Zowel het dichtslibben van de vaten voor het hartinfarct, als nu het gebruik van zijn medicatie maakt het krijgen van een erectie moeilijker. De medicijnen helpen voor zijn ziekte, maar niet voor seks.

Zenuwbanen

Zenuwbanen zorgen voor het doorgeven van signalen in ons lichaam, waardoor we kunnen voelen en sensaties kunnen beoordelen (warm, koud, pijn). Neurologische ziekten als Multiple Sclerose (MS) tasten de functies van de zenuwen aan:

- Signalen tussen de hersenen, het ruggenmerg en de periferie (huid, organen) worden minder goed doorgegeven. Ook seksuele signalen komen hierdoor minder goed door.
- Aanraking wordt anders ervaren of minder goed opgemerkt. Soms worden delen van het lichaam minder gevoelig of ongevoelig. Dit kan betekenen dat seksuele stimulatie minder effect heeft en aangepast moet worden. Het is misschien nodig om op een andere plek of steviger of langer te stimuleren.

Janneke, 28 jaar, heeft sinds 5 jaar de diagnose MS, na een periode met klachten die niet goed verklaard konden worden. Zij heeft 7 jaar een relatie en kon altijd goed van seks genieten. Sinds een jaar merkt ze dat de stimulatie (likken, beffen), die ze altijd erg fijn en opwindend vond, haar minder doet en een orgasme op deze wijze niet meer mogelijk is. Het hele genitale gebied lijkt minder gevoelig geworden.

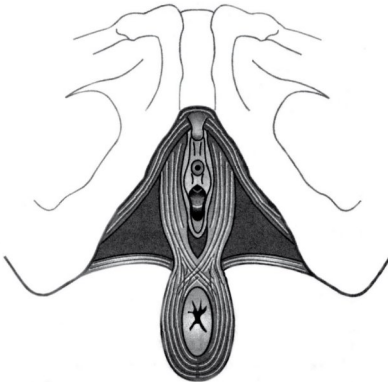
Bekkenbodemfunctie

De bekkenbodem is een spiercomplex in het bekken. Het zit bevestigd aan het stuitje, het schaambeentje en aan de zitbeenknobbels. Je kunt het vergelijken met een soort hangmat. Deze spiergroep zorgt voor steun aan de organen in ons bekken:

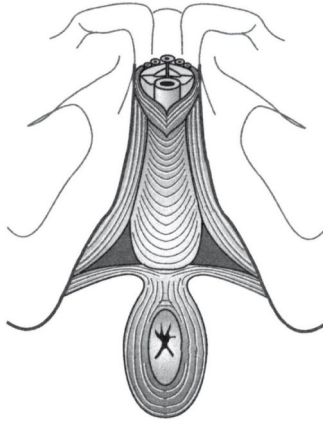
- bij vrouwen lopen door de bekkenbodem drie uitgangen: plasbuis, vagina, anus;
- bij mannen zijn er twee uitgangen: plasbuis en anus.

Naast het bieden van steun en stabiliteit heeft de bekkenbodem de volgende functies: plassen, poepen en seks. Wanneer de bekkenbodem niet goed functioneert, kunnen er klachten op het gebied van deze functies ontstaan. Bekende voorbeelden hiervan zijn verzakkingen, plas- en ontlastingsklachten. Seksuele klachten kunnen ook een gevolg zijn van het (dis)functioneren van de bekkenbodem.

Figuur 2: Bekkenbodem in beeld



Vrouw



Man

Bron: Gijs et al. 2009

Spanningsproblemen kunnen klachten geven:

- Te hoge spanning (hypertonie) geeft mogelijk klachten bij:
 - vrouwen: pijnklachten bij gemeenschap, onmogelijkheid gemeenschap, onvermogen orgasme;
 - mannen: erectieklachten, geen zaadlozing, vroegtijdige zaadlozing, perineale pijn.
- Te lage spanning (hypotonie) geeft vooral klachten waarbij het seksuele gevoel verminderd is, bijvoorbeeld bij het orgasme.

Bij seksuele klachten die samenhangen met het functioneren van de bekkenbodern, komen vaak ook klachten op het gebied van de