

SEXCOUNSELING

Handleiding voor seksuologische hulpverlening

MARIJKE IJFF

Sexcounseling

Sexcounseling

Handleiding voor seksuologische hulpverlening

Marijke Ijff

© 2016 Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veele-
voudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij
elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestem-
ming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond
van artikel 16 h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting
Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave
in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO
(Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

NUR 770, 865

ISBN folioboek 978 90 232 5461 4

ISBN ebook 978 90 232 5462 1

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen
Grafische verzorging: LINE UP boek en media, Groningen
Illustratie omslag: Weg, Jeltje Hoogenkamp, Culemborg
Omslagontwerp: Nancy Koot, Purmerend
Druk: Drukkerij Van Gorcum, Assen

Inhoud

Voorwoord IX

Voorwoord van de auteur bij de vijfde druk XI

Inleiding XIII

Deel I Basisinformatie 1

- 1 Visies op seksualiteit en de attitude van de hulpverlener 3**
 - 1.1 Visies op seksualiteit 4
 - 1.2 De betekenis van de visies voor individuen 6
 - 1.3 De attitude van de hulpverlener 8
- 2 Seksuele anatomie en fysiologie 13**
 - 2.1 De vrouwelijke geslachtsorganen 14
 - 2.2 De mannelijke geslachtsorganen 19
 - 2.3 De seksuele respons 21
 - 2.4 Bronnen van zorg 25
- 3 Seksuele problemen 33**
 - 3.1 Classificatie van seksuele disfuncties 34
 - 3.2 De meest voorkomende seksuele problemen 37
 - 3.3 Genderidentiteitsproblemen, genderdysforie 45
 - 3.4 Parafilieën, parafiele stoornissen 46
- 4 Oorzaken 47**
 - 4.1 De psychosomatische cirkel van seks 48
 - 4.2 Categorieën van oorzaken 48
 - 4.3 Seksespecifieke en culturele factoren en aspecten van seksuele oriëntatie 54
 - 4.4 Irreële verwachtingen 56

Deel II De intakefase 57

- 5 Probleemverkenning 61**
 - 5.1 Praten over seks 63
 - 5.2 Samen of apart 65
 - 5.3 Benodigde informatie – de vragen 66
 - 5.4 Probleemverkenning bij de meest voorkomende seksuele problemen; specifieke aandachtspunten 74
 - 5.5 Overzicht van te bevragen aspecten tijdens het psychosociaal onderzoek van seksuele problemen 85
- 6 Problemformulering en behandelplan 87**
 - 6.1 De probleemformulering 88
 - 6.2 Het behandelplan 88
 - 6.3 Praktijkvoorbeeld met probleemformulering en behandelplan 90
 - 6.4 Het bespreken van probleemformulering en behandelplan met cliënten 93

Deel III De behandeling 99

- 7 Informatie 103**
 - 7.1 Informatie geven 104
- 8 De cognitieve en gedragsgerichte benadering 107**
 - 8.1 Cognitieve en gedragsgerichte technieken 108
 - 8.2 Een aantal interventies in de relatiegerichte behandeling van seksuele problemen 116
 - 8.3 Andere methoden en technieken 122
- 9 De sensate-focusoefeningen 125**
 - 9.1 Motivatie van de cliënt, doelen en structuur van de sensate-focusoefeningen 127
 - 9.2 De sensate-focusoefeningen 130
 - 9.3 Struikelblokken en interventies bij de sensate-focusoefeningen 131
 - 9.4 De sensate-focusoefeningen voor cliënten 136
 - De individuele genitale sensate-focusoefening 139

- 10 Specifieke aandachtspunten bij de behandeling van een aantal veelvoorkomende seksuele problemen 149**
 - 10.1 Verminderde seksuele interesse, seksueel opwindingsprobleem, lubricatieprobleem bij de vrouw; aansluitend op paragraaf 3.2.2 en 5.4.2 151
 - 10.2 Seksueel opwindingsprobleem bij de man, erectieprobleem; aansluitend op paragraaf 3.2.3 en 5.4.3 157
 - 10.3 Orgasme probleem, anhedonisch orgasme bij de vrouw; aansluitend op paragraaf 3.2.4 en 5.4.4 159
 - 10.4 Voortijdige zaadlozing, voortijdig orgasme bij de man; aansluitend op paragraaf 3.2.5 en 5.4.5 162
 - 10.5 Dyspareunie bij de vrouw, vaginisme; aansluitend op paragraaf 3.2.6 en 5.4.6 163
 - 10.6 Vervolg oefeningen voor cliënten 168
- 11 Specifieke aandachtspunten bij de behandeling van seksuele problemen bij bepaalde groepen cliënten 181**
 - 11.1 Ouderen en seksuele problemen 182
 - 11.2 Seksuele problemen bij mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking 185
 - 11.3 Seksuele problemen na seksuele grensoverschrijding 190
 - 11.4 Seksuele problemen en culturele en etnische invloeden 193
 - 11.5 Ten slotte 196
- 12 Afsluiten van de behandeling, verwijzen 197**
 - 12.1 Het afsluiten van de behandeling 198
 - 12.2 Verwijzen 200
- 13 Informatiemateriaal en adressen 203**
 - 13.1 Websites 204
 - 13.2 Boeken- en dvd-selectie 205

Literatuur 207

Register 213

Overzicht van de oefeningen

De individuele niet-genitale sensate-focusoefening	137
Niet-genitale sensate-focusoefening (individueel)	138
De individuele genitale sensate-focusoefening	139
Genitale sensate-focusoefening (individueel)	140
De niet-genitale sensate-focusoefeningen voor paren	141
Niet-genitale sensate focus voor paren – zonder feedback	143
Niet-genitale sensate focus voor paren – met feedback	144
De genitale sensate-focusoefeningen voor paren	145
Genitale sensate focus voor paren – zonder feedback	146
Genitale sensate focus voor paren – met feedback	147
De sensate-focusoefening ‘komen en gaan’ van opwinding, spelen met opwinding voor de vrouw	169
De sensate-focusoefening ‘komen en gaan’ van opwinding/erectie, spelen met opwinding voor de man	170
De stop-startoefening	171
De oefening individueel	171
Stop-startoefening met een partner	172
Stop-start met gemeenschap voor heteroseksuele paren	173
De bekkenbodemspieroefening voor vrouwen – de basis	174
De bekkenbodemspieroefening voor vrouwen: stap voor stap verder	177
De bekkenbodemspieroefening voor vrouwen met gemeenschap als doel	178
De bekkenbodemspieroefening voor mannen – de basis	179

Voorwoord

‘Mama, wat heb jij veel boeken over seks ...’ Dat zei mijn zoon een tijdje geleden toen hij in mijn studeerkamer rondkeek.

En dan ligt er weer een nieuwe druk van het boek van Marijke IJff ... Is dat nu zo nodig?

De afgelopen jaren zijn er in het Nederlands taalgebied een aantal boeken op het gebied van seksualiteit(shulpverlening) bijgekomen.

Met *Seksuele disfuncties* (2010) onder redactie van Jacques van Lankveld kregen we bijvoorbeeld een mooi overzicht van de meest recente kennis van zaken wat betreft de (behandeling van de) seksuele disfuncties.

Het handboek *Seksuele gezondheid* (2014) geeft een overzicht van allerlei onderwerpen met betrekking tot seksuele gezondheid. Ook krijgen visie en beleid met betrekking tot seksualiteit binnen zorginstellingen de nodige aandacht.

Maar het boek *Sexcounseling. Handleiding voor seksuologische hulpverlening* van Marijke IJff heeft een unieke waarde. Het gaat als geen ander boek in op de sexcounseling, de methodiek van kortdurende hulpverlening met als doel het opheffen van een seksuele klacht.

Het reikt de professional praktische handvatten aan om samen met een cliënt de seksuele klacht te onderzoeken. Behalve aan de stadia van het hulpverleningsproces en zelfs uitgebreid voorbeelden van vragen per stadium van het proces, besteedt de auteur ook aandacht aan vaardigheden en attitude van de hulpverlener.

Marijke IJff beschrijft tevens een methodiek die – als deze adequaat wordt toegepast – de cliënt ook inzicht geeft in het (ontstaan van het) probleem en in de behandeling.

De cliënt wordt zich bewust van de voorspellende en in stand houdende factoren van de klacht.

Daarmee wordt de eerste stap van het PLISSIT-gespreksmodel van Annon (1976) namelijk om toestemming te geven seksualiteit bespreekbaar te maken, ook onderbouwd en krijgt het bespreken direct een doel: de cliënt begrijpt wat er aan de hand is en kan eigen vaardigheden weer inzetten om de klacht op te lossen.

Mochten de vaardigheden van de cliënt niet toereikend zijn om het probleem op te lossen, dan kan de hulpverlener in het boek de beginselen van de hulpverlening terugvinden. Met veel praktijkvoorbeelden ondersteund, worden de stappen van informatie geven, het geven van specifieke gedragsadviezen (sensate-focusoefeningen) en andere cognitieve en gedragsgerichte technieken duidelijk uitgelegd.

Ik heb de functie van Marijke als hoofdopleider van de post-hbo-opleiding Seksuologie bij de RINO Groep in Utrecht over mogen nemen. Ik geef met veel plezier hulpverleners uit diverse disciplines onderwijs aan de hand van dit boek. Wanneer een student deze methodiek weet toe te passen, zie ik hem/haar het gesprek over seksualiteit met veel meer vertrouwen uitvoeren.

De stokpaardjes van Marijke hebben uiteraard ook weer een plek gekregen.

Eén van de dingen waar zij in het onderwijs op hamert, is de nauwkeurigheid in de formulering van de relatie van oorzaken tot klacht. Waarom leidt deze oorzaak tot deze klacht? Waarom leidt bijvoorbeeld faalangst tot een erectieverlies? De remmende gedachten bij faalangst leiden tot verlies van opwindning. Pas wanneer je deze relatie begrijpt, kun je tot het geven van passende informatie overgaan, adequate voorlichting geven of een behandeling starten. Het lijkt zo'n open deur, maar wat wordt er tijdens de lessen mee geworsteld!

Marijke is er geen voorstander van dat een hulpverlener zonder daarin nader geschoold te zijn, de sensate-focusoefeningen gaat aanbieden aan de cliënt. Het typeert Marijke dat zij in haar streven om compleet te zijn, de oefeningen wel heeft beschreven.

Haar aandacht voor het 'maatwerk' wat seksualiteitshulpverlening ontegenzeggelijk is, is voelbaar in elk hoofdstuk.

In de voorbereiding naar de nieuwe druk mocht ik een aantal keer met haar sparren over de noodzaak van het boek en de ontwikkelingen in de seksuologie.

Opvallend was haar inzet om haar boek te voorzien van de meest actuele ontwikkelingen. Ze moest zich daartoe verdiepen in de nieuwe DSM-5 en recente literatuur maar ook schroomde zij niet de gebruikers van haar boek te raadplegen. Welke lacunes of gedateerde veronderstellingen stonden in haar vorige druk?

Vragen over en problemen met seksualiteit zijn van alle tijden. Ze komen ook binnen alle velden van de gezondheidszorg voor.

Ik hoop dat dit boek zijn weg vindt naar die hulpverleners die een steun zoeken om het onderwerp seksualiteit bespreekbaar te maken en die seksuele problemen van cliënten willen behandelen.

Het boek *Sexcounseling* zal de hulpverlener doen ervaren dat, als de eerste vraag gesteld is, het gesprek vaak wel loopt. Het boek geeft aanwijzingen om dat gesprek zo vorm te geven dat cliënten te helpen zijn met een vraag of probleem over seksualiteit.

De voldoening die hulpverleners laten zien wanneer zij het gesprek over een seksueel probleem meer vorm weten te geven, het vertrouwen waarmee zij – als zij de methodiek beheersen – een behandeling durven aangaan, blijft hartverwarmend.

Anneke van Loevesijn

arts-seksuoloog NVVS

Fellow of the European Committee of Sexual Medicine (FECSM)

Voorwoord van de auteur bij de vijfde druk

De eerste druk van *Sexcounseling* kwam in 1997 uit bij uitgeverij Van Gorcum. Het boek ontstond vanuit de behoefte in het sociaal-agogisch onderwijs aan een Nederlandstalig boek dat als handleiding bij seksuele problemen kon dienen voor psychosociaal hulpverleners.

Tot mijn voldoening bleek uit recensies, verkoopgegevens en persoonlijke reacties dat het voor een veel bredere groep goed bruikbaar is. Het boek is bedoeld voor hulpverleners van diverse disciplines (zie inleiding) en richt zich op het inpassen van seksuologische hulp in het psychosociale gedeelte van hun hulpverlening.

Sexcounseling heeft zozeer een eigen inhoud dat het goed aansluit bij andere seksuologieboeken die inmiddels verschenen zijn. Dat is onder meer te danken aan het feit dat het boek zich 'beperkt' tot de psychosociale, seksuologische aspecten van de hulpverlening bij de door cliënten meest gemelde seksuele problemen. Deze beperking geeft ruimte aan het uitgebreid ingaan op de concrete stappen van de intake tot en met het afsluiten van het contact.

Nieuwe informatie, vernieuwde inzichten en reacties van gebruikers van het boek, in opleidingen en in de praktijk, gaven de aanzet tot het herzien van de vorige drukken.

Het was bij het herschrijven van deze druk boeiend om stil te staan bij de veranderingen die sommige onderwerpen in de loop van bijna twintig jaar stap voor stap ondergingen, zoals de visie op en kennis over seksuele interesse (verlangen) en opwinding, de voortijdige zaadlozing, de clitoris en de farmacologische benadering van seksuele problemen. Ook boeiend is het om vast te stellen dat sommige referentieliteratuur uit begin jaren negentig vorige eeuw nog steeds voldoet. Interessant, maar soms minder prettig was het te constateren dat bepaalde ideeën rond seksualiteit nog voor grote groepen mensen zeer levend zijn, zoals de mythen in hoofdstuk 4.

Deze vijfde druk is geactualiseerd en herzien op meerdere grote en kleine onderwerpen in vele paragrafen. Soms gaat het om een grote verandering, soms is het een (belangrijke) nuancering. Een aantal voorbeelden.

In 2013 werd de DSM-5 bekend. Dat bracht een aantal ingrijpende veranderingen met zich mee in de classificatie van de seksuele stoornissen. Dit is onder meer verwerkt in hoofdstuk 3 over seksuele problemen, waarbij ik dankbaar gebruik maakte van het *Tijdschrift voor Seksuologie* (2013-4) dat aan de DSM-5 gewijd is. Mijn complimenten voor de Nederlandse collega's die hun bijdragen geleverd hebben aan de totstandkoming van een deel van de positieve veranderingen.

Sommige veranderingen in de DSM-5 sluiten aan bij / zijn het gevolg van discussies en onderzoeksresultaten die in de vorige drukken beschreven werden, zoals gegevens uit het proefschrift van Stephanie Both en andere publicaties van haar en Ellen Laan met betrekking tot seksueel verlangen en seksuele opwinding.

De paragrafen over problemen met seksuele interesse en opwinding zijn geactualiseerd, waarbij ook aandacht voor (de bezwaren tegen) het middel *flibanserin*.

De DSM-5 voegt dyspareunie en vaginisme samen tot genitopelviene pijn-/penetratiestoornis. Dit is, met commentaar uit het TVS van Moniek ter Kuile, verwerkt in de betreffende paragrafen; zonder dyspareunie en vaginisme geheel te laten versmelten. In een interview in *Trouw* (april 2014) noemt Michiel Hengeveld (psychiater, seksuoloog; supervisor van de DSM-5-vertaling) 'genitopelviene' overigens het lelijkste woord in de DSM-5.

Eerdere gegevens en visies aangaande voortijdige zaadlozing zijn verder ontwikkeld tot een NVVS richtlijn '*Vroegtijdige ejaculatie*'. De paragrafen waarin deze klacht besproken wordt zijn geactualiseerd.

De nuanceringen die zijn aangebracht hebben onder meer te maken met de struikelblokken die ik in onderwijs en supervisie tegenkom. Zoals in hoofdstuk 7: 'Tekeningen of afbeeldingen zoals bijvoorbeeld de responscyclus of de weegschaal van Gianotten (zie 6.4.1) worden ter plaatse voor de cliënt al tekenend en met uitleg opgebouwd, aangepast aan het verhaal van de cliënt en het doel dat met de informatie beoogd wordt. Het klinkt vanzelfsprekend. Toch zien wij in de onderwijspraktijk (rollenspel) vaak de hele responscurve inclusief de fase van verlangen aan de cliënt uitgelegd worden met geen of te weinig oog voor het specifieke doel van dat moment.'

Mindfulness en motiverende gespreksvoering worden in deze druk meer benoemd.

Er zijn figuren aangepast (5.2) en toegevoegd (6.1 en 6.2). De foto's van geslachtsdelen hadden niet langer een toegevoegde waarde; ze zijn ingehaald door de mogelijkheden van internet en uit het boek verdwenen. Om cliënten ook direct foto's te kunnen laten zien van de diversiteit aan normale geslachtsdelen zijn de verwijzingen naar goede fotoboeken daarvoor opnieuw in hoofdstuk 13 opgenomen.

Voorts is in deze druk in hoofdstuk 13 het overzicht van informatiemateriaal verder verschoven van papieren voorbeelden naar digitale verwijzingen.

Met veel dank aan de studenten, cursisten, collega-docenten en collega-seksuologen die mij ook de afgelopen jaren weer hun enthousiaste reacties en opbouwende adviezen hebben gegeven.

Reacties en adviezen blijven welkom.

Marijke IJff

Culemborg, januari 2016

marijke@seksuologie-ijff.nl

Inleiding

Seksualiteit lijkt in de loop van de laatste decennia een belangrijker levensgebied geworden; meer mensen dan voorheen verwachten een bevredigend seksleven.

Velen tonen zich niet tevreden over hun seksuele prestaties en beleving. Dit heeft geleid tot een toename van het aantal mensen dat te kampen heeft met vragen en problemen op het gebied van seksualiteit. Een deel van hen zoekt hulp. Soms wendt men zich met het seksuele probleem direct tot de hulpverlener, soms wordt een andere klacht gepresenteerd in de hoop dat de hulpverlener de eigenlijke hulpvraag ontdekt.

Seksuologie is de wetenschappelijke interdisciplinaire studie van seksualiteit (Gijs, 2004). Binnen de seksuologie houden wetenschappers en practici van diverse disciplines zich vanuit een biopsychosociale visie bezig met onderzoek, hulpverlening, onderwijs, preventie en voorlichting op het gebied van seksualiteit. In dit boek staat de hulpverlening in de vorm van *sexcounseling* centraal.

Doelgroep

Het boek *Sexcounseling* is bedoeld voor hulpverleners van verschillende disciplines voor wie (een deel van) het werk zich afspeelt op het gebied van de psychosociale hulpverlening; hulpverleners in een eerste-, tweede- of derdelijns setting die werken met cliënten, zowel individuen als paren, met seksuele problemen.

Het boek wordt gebruikt voor opleiding en nascholing van onder meer bekkenfysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, sociaal pedagogisch hulpverleners, verpleegkundigen, huisartsen, psychologen, consultants seksuele gezondheid en seksuologen. In de opleidingen voor hulpverleners van Sense (centra seksuele gezondheid jongeren) is gebleken dat veel handreikingen uit het boek goed toepasbaar zijn bij een jongere cliëntengroep.

Doel

Het uitgangspunt is dat de hulpverlener in staat is met cliënten over seksualiteitsproblemen te spreken. Hij of zij zal tot een probleemformulering en een plan van handelen moeten kunnen komen en vervolgens moeten nagaan of er sprake zal zijn van zelf behandelen, samenwerken en/of verwijzen. *Sexcounseling* biedt de hulpverlener handvatten hiertoe. Het boek geeft basisinformatie en de probleemverkenning bij de meest

voorkomende, meest gemelde seksuele problemen wordt grondig beschreven. Dat ook de behandeling vrij uitgebreid aan de orde komt, wil niet zeggen dat elke hulpverlener daarmee zelf uit de voeten kan of moet kunnen.

De hulpverlener kan op grond van de aangegeven behandelingsmogelijkheden nagaan wat hij of zij te bieden heeft. Basisdiscipline en werksetting zijn daarbij uiteraard meebepalend. Voor degenen die na de probleemformulering besluiten te verwijzen naar een seksuologisch hulpverlener, is het van belang te weten wat een cliënt daar in grote lijnen verwachten kan.

Centraal in *Sexcounseling* staat de hulpverlening bij de meest voorkomende seksuele problemen, ook wel disfuncties genoemd. Het betekent niet dat andere facetten van seksualiteit niet van belang worden geacht. Die komen echter voldoende aan de orde in diverse andere Nederlandstalige publicaties (zie hoofdstuk 13). Zoals aangegeven in het voorwoord van de auteur is het eigene van *Sexcounseling* de beschrijving van de psychosociale, seksuologische aspecten in de hulpverlening bij de meest gemelde seksuele problemen. Er wordt uitgebreid ingegaan op de concrete stappen die gezet worden van de intake tot het afsluiten van het contact, geïllustreerd met vele voorbeelden, van te stellen vragen tot te gebruiken interventies en casuïstiek. De theoretische informatie die gegeven wordt in het boek is gericht op dat wat de hulpverlener nodig heeft om die verschillende stappen te kunnen zetten vanuit de eigen beroepsdeskundigheid.

Sexcounseling

Sexcounseling is een methode van kortdurende hulpverlening, gemiddeld vijf tot tien gesprekken, gericht op het opheffen van de seksuele klacht. Dat betekent meestal het verbeteren van de seksuele beleving en/of het seksueel functioneren. Een belangrijk middel hierbij is het versterken van de vaardigheden van cliënten om hun seksuele probleem op te lossen.

Geregeld zal de hulpverlener geconfronteerd worden met gecompliceerde seksuele problematiek of seksproblemen die ingebed zijn in een meer complexe context, waardoor er meer nodig is of lijkt te zijn dan counseling. Soms zal er dan direct gekozen worden voor (verwijzing naar) sekstherapie, psychotherapie of relatietherapie, soms zal men starten met counseling als 'opstap'. Er kan ook voor gekozen worden om te beginnen met sexcounseling teneinde de motivatie en mogelijkheden van cliënten te onderzoeken.

De complexere context wordt in het kader van dit boek niet nader onderzocht en behandeld. Er wordt verondersteld dat de hulpverlener beschikt over de kennis, attitude en vaardigheden die nodig zijn om cliënten met psychosociale problematiek te helpen. Het boek is gericht op de algemene seksuologische aspecten van de hulpverlening. Er wordt niet ingegaan op de seksuologische hulpverlening vanuit verschillende disciplines en specialisaties. De lezer wordt uitgenodigd om in de diverse fasen van de hulpverlening dat wat beschreven wordt aan seksuologische behandelingsmogelijkheden in te passen in de eigen manier van werken in de context van de eigen werksetting.

Leeswijzer

In de volgorde van de hoofdstukken is in grote lijnen de opzet gevolgd van de onderwijsmodulen zoals ik die in de afgelopen decennia ontwikkeld heb. Na visie en basiskennis komen respectievelijk intake, probleemformulering en behandeling aan de orde.

Hierin worden de achtereenvolgende stappen van een hulpverleningscontact gevolgd.

Zo zult u bijvoorbeeld in verschillende hoofdstukken (sub)paragrafen tegenkomen die gewijd zijn aan ‘verminderde seksuele interesse, seksueel opwindingsprobleem’. In paragraaf 3.2.2 vindt u de omschrijving van het probleem, in paragraaf 5.4.2 komen vragen aan bod die bij de intake van deze klacht gesteld kunnen worden en in paragraaf 10.1 staan specifieke aandachtspunten bij de behandeling van verminderde seksuele interesse, seksueel opwindingsprobleem.

Deel I start met de basis van het hulpverlenen: de houding van de hulpverlener ten aanzien van seksualiteit. Daarna komt de informatie aan bod waarover de hulpverlener mijns inziens minimaal moet beschikken.

Hoofdstuk 1 is gewijd aan visies op seksualiteit en de attitude van de hulpverlener. De hoofdstukken 2, 3 en 4 geven informatie over respectievelijk anatomie en fysiologie, de meest voorkomende seksuele problemen en algemene oorzaken van die problemen.

Deel II is met de hoofdstukken 5 en 6 gewijd aan de eerste fase van het hulpverleningscontact: van klachtverheldering tot behandelplan.

In deel III worden de basisprincipes van sexcounseling (informatie, sensate-focus-oefeningen en andere cognitieve en gedragsgerichte technieken) uitgewerkt in de hoofdstukken 7, 8 en 9. Vervolgens beschrijven de hoofdstukken 10 en 11 de specifieke aandachtspunten bij de behandeling van enkele veelvoorkomende seksuele problemen en de aandachtspunten bij de behandeling van seksuele problemen van bepaalde groepen cliënten. In hoofdstuk 12 komt het afsluiten van de behandeling aan de orde.

In hoofdstuk 13 vindt u een lijst met websites, aanbevolen literatuur en dvd's.

De gegevens in de praktijkvoorbeelden zijn vanzelfsprekend zodanig veranderd dat herkenning uitgesloten is. Dit neemt niet weg dat de lezer momenten van herkenning kan hebben. Dat is geen toeval. Het heeft te maken met de universaliteit van seksuele moeilijkheden en de achtergronden ervan. Het heeft te maken met de sporen die cultuur en maatschappij bij ons achterlaten.

Het boek is gebaseerd op mijn deskundigheid en ervaring als seksuologisch hulpverlener en als docent seksuologie aan verschillende opleidingen. De vragen en reacties die ik sinds 1979 van cliënten, studenten en cursisten heb gekregen, hebben het boek mee gestalte gegeven. Een groot aantal oefeningen is gedetailleerd beschreven. Niet alleen op verzoek van studenten, docenten en hulpverleners, maar ook om te laten zien dat er zorgvuldig met oefeningen omgegaan moet worden en – ik kan het niet genoeg benadrukken – dat het gaat om heel kleine stappen die op maat mét en voor de cliënt ontwikkeld moeten worden.

Opleiding en supervisie

Een boek als *Sexcounseling* kan niet als receptenboek gebruikt worden. Het vraagt om reflectie op de eigen houding, om het ontwikkelen van vaardigheden door training met anderen die feedback kunnen geven en om het inpassen van de geboden seksuologische methoden en technieken in het eigen professioneel handelen. Achter in het boek zijn de websites te vinden van de RINO's die geaccrediteerde opleidingen seksuologie verzorgen. Op de website van de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS) staan onder meer de adressen van erkende supervisoren, informatie over congressen en andere deskundigheidsbevordering en gegevens van geregistreerde seksuologen NVVS.

Ik hoop dat dit boek vele hulpverleners zal ondersteunen en hen zal stimuleren om zich (verder) te bekwamen in het bieden van hulp bij seksuele moeilijkheden.

Deel I

Basisinformatie

- 1 Visies op seksualiteit
- 2 Seksuele anatomie en fysiologie
- 3 Seksuele problemen
- 4 Oorzaken

- Het lukt me sinds een tijdje niet meer zo goed, ik ben bang dat ik impotent word. Hoe moet dat nu verder?
- Hoe zit dat toch met die g-plek?
- Ik heb de laatste jaren vaak pijn als ik het met mijn man doe, daar had ik geen last van toen ik jong was. Moet ik naar de dokter of is het psychisch?
- Waar zit de prostaat eigenlijk en is hij belangrijk bij seks?

Op vragen als deze zal de hulpverlener een antwoord moeten kunnen geven. Psychosociaal werkende hulpverleners hebben soms het idee dat 'het lichamelijke' bij seksualiteit alleen tot het terrein van (para)medisch opgeleiden behoort en niet aan de orde is bij psychosociale problematiek. (Para)medici neigen er soms toe te vergeten dat lichamelijke aspecten van seksualiteit nauw kunnen samenhangen met psychische en sociale factoren, die daarom ook aandacht verdienen.

Gebrek aan kennis en onjuiste kennis zijn geregeld medeoorzaak van vragen en moeilijkheden met betrekking tot seksualiteit. Informatie geven over de seksuele anatomie en over de lichamelijke veranderingen bij seksuele opwindings is dan ook een belangrijk deel van de hulp bij seksuele problemen. Het is een misverstand te denken dat tegenwoordig iedereen alles wel weet. De lezer zou zichzelf eens kunnen testen met de volgende oefening.

Teken – zonder eerst naar voorbeelden te kijken – een doorsnee van een vrouwen- en een mannenonderlichaam, waar te vinden zijn:

- bij de vrouw: buitenste en binnenste schaamlippen, clitoris, vagina, g-plek, baarmoeder en baarmoedermond, eileiders, eierstokken, blaas en urineleider;
- bij de man: balzak, testis, bijbal, zaadleider, zaadblaas, prostaat, blaas, urineleider, penis, eikel en zwellichamen.

Het gaat er niet om kunstwerken te produceren. De bedoeling is na te gaan wat u wel en niet weet te plaatsen. U kunt uw tekening vergelijken met de illustraties in het volgende hoofdstuk. In opleidingsgroepen blijken de struikelblokken vaak: de g-plek, de blaas bij de vrouw, de eierstokken en de baarmoedermond, de bijbal, de zaadleider, de zaadblaas, de prostaat en de zwellichamen.

Hoofdstuk 1 gaat over maatschappelijke visies op seksualiteit en de attitude van de hulpverlener. De informatie uit dit hoofdstuk vraagt om reflectie en om uitwisseling met collega's. Hoofdstuk 2 is gewijd aan de seksuele anatomie, fysiologie en de seksuele responscyclus. In hoofdstuk 3 worden de meest voorkomende seksuele problemen en hun classificatie beschreven. Andere problemen op het gebied van seksualiteit worden kort genoemd. In hoofdstuk 4 komen de algemene oorzaken van de meest voorkomende seksuele problemen aan de orde.

Visies op seksualiteit en de attitude van de hulpverlener

Wat is seksualiteit? Het woord is ons zo bekend, dat er vaak niet bij stilgestaan wordt wat er nu eigenlijk mee bedoeld wordt. Voor de meeste mensen heeft seksualiteit iets te maken met de beleving van genitale lust en met gedrag dat daartoe kan leiden. Dit is terug te vinden in de definitie van Walter Everaerd (*Ned. Tijdschrift voor Psychologie* 1993): ‘Seksualiteit is het gedrag dat gericht is op het (laten) ervaren van opwindings- en lust-gevoelens.’

In 2009/2010 is er door een aantal seksuologen binnen de NVVS (Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie) intensief gediscussieerd over een basisdefinitie van ‘seksualiteit’. Dat heeft voor de NVVS nog niet tot een definitieve definitie geleid. Ik houd het hier naar aanleiding van enkele van de definitievoorstellen voorsnog op: ‘Seksualiteit is fysieke en/of cognitieve activiteit die gericht is op het oproepen van lichamelijke seksuele reacties en/of gevoelens van seksuele opwindning.’

In de seksuologische hulpverlening gaat het met betrekking tot seksualiteit om het lichamenlijk seksueel functioneren, het seksueel gedrag, de seksuele beleving en de betekenis die dit alles heeft voor mensen en wel in het bijzonder voor de cliënt en de hulpverlener. Voor sommigen staat de lust voorop. Voor anderen is intimiteit een belangrijk aspect van seks dat niet in hun definitie mag ontbreken. Er zijn mensen die een onderscheid maken tussen seks, seksualiteit, sensualiteit en erotiek. Er zijn er ook voor wie deze termen synoniem zijn. Voor ieder mens heeft het woord seks een eigen betekenis die onder andere bepaald wordt door persoonlijke ervaringen en overtuigingen en door maatschappelijke en culturele denkbeelden. De maatschappelijke en culturele invloed heeft tot gevolg dat grote groepen mensen in de samenleving min of meer dezelfde visie hebben op seksualiteit.

In paragraaf 1.1 wordt ingegaan op de maatschappelijke visies op seksualiteit. In paragraaf 1.2 wordt beschreven wat die visies kunnen betekenen voor individuele personen. Paragraaf 1.3 is gewijd aan de visie en attitude van de hulpverlener.

1.1 Visies op seksualiteit

In de loop van de 20e eeuw en in de laatste decennia zijn de sociale normen en waarden ten aanzien van seksualiteit sterk veranderd en daarmee ook het seksueel gedrag en de seksuele beleving van individuen en de betekenis die men aan seksualiteit geeft. Die veranderingen zijn het gevolg van algemene maatschappelijke ontwikkelingen zoals de welvaartsgroei, de democratisering, de verstedelijking, de ontkerkelijking, de toenemende individualisering, de komst van betrouwbare voorbehoedsmiddelen en de opkomst van de tweede golf van vrouwenemancipatie (Frenken, 1994b). De seksuele liberalisering die hierop volgt, leidt ook tot veranderingen in onderzoek naar en theorieën over seksuele motivatie (behoefte).

De voornaamste wijzigingen die sinds het begin van de 20e eeuw in het denken over seksualiteit plaatsvonden, zijn:

- Seksualiteit heeft een positiever ‘imago’ gekregen. (Sinds de jaren tachtig worden de ‘lusten’ weer wat getemperd onder invloed van de aandacht voor hiv/aids en seksueel misbruik.)

- Van een puur biologische benadering van seksualiteit is men gekomen tot een biopsychosociale benadering.

Frenken (1994a) beschrijft hoe tot eind jaren twintig van de vorige eeuw seksueel verlangen werd gezien als een biologisch bepaalde drift die de mens leidde tot zonde (religie), asociaal gedrag (Freud) en anarchistisch gedrag (wetgevers). Men werd geacht die drift te beheersen. Kerk en overheid hielpen daarbij met regelgeving en straffen. Ter voorkoming van frustratie adviseerde Freud de seksuele energie in te zetten voor religie, kunst en wetenschap. Hierbij is sprake van respectievelijk het traditioneel christelijk, het freudiaans en het sociologisch controle- en repressiemodel. Eind jaren twintig kwam de beweging voor 'seksuele hervorming' op. Seksueel verlangen werd gezien als een positieve biologische drift die niet onderdrukt moest worden. Via de opvattingen van onder anderen Reich streefde deze beweging ernaar de maatschappij aan te passen aan de menselijke natuur in plaats van andersom (het 'radicaal politieke' model).

In de jaren vijftig en zestig ontstond het inzicht dat seks meer is dan een biologisch gegeven. De mens kan ook bewust op zoek gaan naar plezierige prikkels en ondervinden dat negatieve ervaringen met seks remmend kunnen werken (het 'eenvoudige leermodel').

In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw is dit leermodel uitgegroeid tot het 'cultureel leermodel' ofwel het biopsychosociaal model, dat ook in de 21e eeuw bepalend is voor de seksuologie. Het 'driftdenken' werd losgelaten.

In deze benadering wordt een plaats gegeven aan de lichamelijke, de psychologische en de sociale aspecten die een rol spelen bij seksuele behoefte, seksuele beleving en seksueel gedrag. Zoals het driftdenken een weerspiegeling is van de negatieve houding ten aanzien van seksualiteit in de vorige eeuw, zo is het biopsychosociaal model de uitdrukking van de seksuele liberalisering. De controle door staat en kerk werd vervangen door de individuele verantwoordelijkheid en keuzemogelijkheid.

De sociaal-culturele beïnvloeding van het individu blijft; de (sociale) media hebben daarin een belangrijke rol. In het eerste decennium van de 21e eeuw is de verseksualisering van de maatschappij onderwerp van discussie, waarbij de rol van de media centraal lijkt te staan.

De biopsychosociale visie is niet de enige manier van denken over seksualiteit in Nederland op dit moment. In verschillende subculturen zowel bij allochtone als autochtone Nederlanders gaat men bijvoorbeeld vanuit religieuze achtergronden uit van een betrekkelijk strenge beheersingsmoraal. Het driftdenken lijkt nog tamelijk populair bij sommige wetenschappers en hulpverleners en ook bij leken.

In het algemeen wordt er in de hedendaagse seksuologie van uitgegaan dat lichamelijke factoren voorwaarden zijn voor seksuele activiteit en seksuele beleving. Goed werkende geslachtsorganen, hormonen en hersenen, zenuwstelsel en bloedsomloop maken seksueel functioneren, seksueel gedrag en seksuele beleving mogelijk. Of iemand ook daadwerkelijk seksueel actief wordt en wat hij of zij daarbij doet en beleeft, hangt vooral af van de psychologische en maatschappelijke factoren die voor het individu een rol spelen. Met een minder goed werkend lichaam is seksualiteit bovendien zeker niet uitgesloten.

De eeuwenoude golfbeweging in de natuur-cultuurdiscussie zien we ook terug ten aanzien van seksualiteit en binnen de seksuologie. Er is de laatste decennia weer een groeiende belangstelling te constateren voor somatische verklaringen van seksueel gedrag en seksuele beleving. Deze interesse komt vooral tot uiting in (of is een gevolg van?) een toenemende kennisstroom vanuit de neurowetenschappen en – zeker in het Darwinjaar 2009 – een toegenomen belangstelling voor evolutionaire theorieën en sociobiologisch onderzoek.

Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw zien we een snelle groei in het onderzoek naar farmacologische oplossingen van seksuele disfuncties. De farmacotherapie op dit gebied doet in 1998 met de 'erectiepil' wereldwijd haar intrede. Het politiek-economisch beleid van overheid en zorgverzekeraars in Nederland lijkt hier goed aan te sluiten bij de belangen van de farmaceutische industrie en ook bij hen die een 'maakbare' mens nastreven. Dit neemt niet weg dat genoemd onderzoek en de farmacologische mogelijkheden, indien van toepassing, goed gebruikt kunnen worden in de seksuologische hulpverlening. Vanuit de biopsychosociale visie op seksualiteit kan de seksuologische hulpverlening niet anders dan multidisciplinair benaderd worden.

Sinds de jaren tien is er toenemende aandacht voor 'seksuele gezondheid'. Vanuit de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS) is de nieuwe functie consulent seksuele gezondheid ontwikkeld. De (nieuwe) definitie voor seksuele gezondheid zoals die door Leusink en Ramakers wordt voorgesteld luidt: 'Seksuele gezondheid is het vermogen zich seksueel aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.' (Leusink, 2014).

1.2 De betekenis van de visies voor individuen

Zoals hiervoor gezegd werd, is de betekenis die seksualiteit voor ieder mens heeft mede afhankelijk van maatschappelijke en culturele factoren. De verschillende visies hebben ieder hun eigen implicaties voor de manier waarop mensen hun seksualiteit (willen) beleven en vormgeven. Hier volgen enkele voorbeelden.

- Elementen van de beheersingsmoraal vinden wij terug in onze cultuur in het algemeen en in bepaalde subculturen in het bijzonder. Dit is bijvoorbeeld terug te vinden in normen ten aanzien van masturbatie, homoseksualiteit en genieten van seksualiteit (zie ook paragraaf 4.2).

◀ Peggy, 26, groeide op in een godsdienstig milieu waar seks voor het huwelijk absoluut niet toegestaan was. Vanaf haar 16e had ze een vriendje met wie ze langzaam begon te vrijen. Toen ze 18 was, begon hij zo zeer op gemeenschap aan te dringen dat ze toegaf. Ze durfde niet naar een arts voor de pil uit angst dat haar ouders het zouden merken. Haar vriendje kon niet goed met condooms overweg. Peggy was constant bang zwanger te raken of betrapt te worden. Door de spanning werd ze niet vochtig en spande ze haar bekkenbodemspieren, zodat gemeenschap hebben pijn deed. Een jaar later maakte ze het uit; ze wilde zich niet meer laten dwingen. Sinds een jaar heeft ze een nieuwe vriend met wie ze nu samenwoont.

Gemeenschap is nog steeds pijnlijk. De ervaringen met haar eerste vriendje en de normen die ze van huis uit meekreeg, spelen hierbij een rol. Peggy is bang voor de pijn en kan daardoor niet ontspannen. Ook merkt ze dat ze zichzelf niet kan toestaan van seks te genieten: 'In mijn achterhoofd zit toch stiekem de gedachte dat het zondig is wat we doen, omdat we niet getrouwd zijn. En dan nog... seks is eigenlijk bedoeld om kinderen te krijgen en niet voor de lol.' ➤

- Een seksspecifieke socialisatie kan van invloed zijn op het seksueel gedrag en beleven van mannen en vrouwen en de verwachtingen die daarmee samenhangen.

◀ Marlies: 'Lekker vrijen met die man lukt me niet; hij doet zo weinig. Ik lig maar te wachten. Een man hoort toch het initiatief te nemen!' ➤

Voor veel mensen blijkt het moeilijk te accepteren dat de biologische drift zo'n beperkte rol is toebedeeld. Het seksueel verlangen wordt door hen gezien als iets dat vanzelf opkomt (of wegblijft). De biopsychosociale benadering geeft aan dat een mens, mits voldaan is aan de basale lichamelijke voorwaarden, greep kan hebben op dat seksueel verlangen. Men kan er zelf verantwoordelijkheid voor nemen. Dit is niet voor iedereen een welkome constatering.

Uitgaande van de biopsychosociale benadering kan onderzocht worden wat iemands seksuele motivatie is. Er zijn vele redenen die mensen kunnen hebben om te vrijen – met een ander of met zichzelf. Bijvoorbeeld:

contact	macht
bevestiging	liefde
erbij willen horen	ontspanning
gezelligheid	afreageren
geld	de ander goed stemmen
omdat het hoort	't is weekend
anders gaat hij vreemd	mijn vrouw-zijn bewijzen
intimiteit	mijn genegenheid tonen
de ander plezieren	als slaapmutsje
uit verveling	als troost voor mezelf
ruzie goedmaken	't is al zo lang geleden
voortplanting	de ander pesten
orgasme willen	samen iets moois beleven

Het ligt voor de hand dat twee mensen die samen vrijen, dat niet altijd vanuit dezelfde motivatie doen. Dit kan problematisch worden wanneer men zonder meer verwacht dat men beiden met dezelfde bedoeling en op dezelfde manier wil vrijen. Moeilijkheden kunnen ook ontstaan doordat men de motivatie van de partner of van zichzelf afkeurt. Victor: 'Ik kan het niet hebben dat mijn vriend zin in seks met mij krijgt na het zien van een seksfilm. Alsof ik niet genoeg ben voor hem.' Men kan ook nagaan of de manier van

vrijen wel aansluit bij de motivatie. Vrijen om een orgasme te bereiken kan er anders uitzien dan vrijen voor de gezelligheid en het contact.

Veel van wat vroeger niet mocht, wordt nu getolereerd. Dat leidt tot nieuwe normen en verwachtingen, die soms moeilijkheden opleveren. Het voorheen verbodene wordt niet alleen toegestaan, het wordt als het ware een 'moeten'.

◀ Nico: 'Ik trouwde in 1965 en we hadden een plezierig seksleven. We voelden ons meestal heel tevreden na een vrijpartij. Zij had nooit een orgasme, maar dat miste ze niet. Tot er vanaf eind jaren zestig steeds meer over dat vrouwelijk orgasme werd geschreven en gesproken. Toen kreeg zij het idee dat er toch iets aan haar mankeerde en ik begon te denken dat ik geen goede minnaar was. Langzamerhand is het een probleem voor ons geworden.' ➤

De verschillende maatschappelijke, religieuze en culturele invloedssferen zijn naast opvoeding en persoonlijke ervaringen bepalend voor de kennis die iemand heeft over seksualiteit in het algemeen en zichzelf als seksueel wezen in het bijzonder. Ze bepalen de denkbeelden, overtuigingen en verwachtingen die van invloed zijn op de seksualiteitsbeleving van het individu. Het is de persoonlijke bagage die cliënt en hulpverlener ieder met zich meenemen in het hulpverleningscontact.

1.3 De attitude van de hulpverlener

De cliënt krijgt in het hulpverleningscontact de gelegenheid om zijn of haar seksuele 'bagage' te onderzoeken, zonder dat de hulpverlener druk uitoefent om bijvoorbeeld bepaalde normen of ideeën te veranderen. De hulpverlener zal het oorzakelijk verband tussen normen en probleem duidelijk maken. Het is aan de cliënt om te beslissen of hij of zij normen of ideeën die het probleem veroorzaken of in stand houden, wil wijzigen.

De hulpverlener wordt geacht de eigen bagage te kennen en te kunnen hanteren. De attitude van de hulpverlener omvat vele dimensies. Aspecten als respect, veiligheid en zorgvuldigheid zijn algemeen geldend; er wordt hier verder niet op ingegaan. Een aantal zaken vraagt extra aandacht als het gaat om hulpverlening bij seksuele problemen: in paragraaf 1.3.1 het serieus nemen van het seksuele probleem, in paragraaf 1.3.2 de normen, waarden en grenzen van de hulpverlener en in paragraaf 1.3.3 enkele ethische aspecten bij sexcounseling.

1.3.1 Het serieus nemen van het seksuele probleem

Wanneer het gaat om seksualiteit, speelt de eigen visie op seksualiteit natuurlijk een belangrijke rol in de manier waarop de hulpverlener zich opstelt tegenover de cliënt. Om te beginnen dient de seksuele problematiek serieus genomen te worden. Dat is minder vanzelfsprekend dan het lijkt. Om verschillende redenen kunnen problemen met seksualiteit ontkend worden. Bijvoorbeeld:

‘Seksproblemen zijn onnodig, want seks kan geen probleem zijn.’ Deze opvatting komt voort uit ideeën als: ‘Seks gaat toch vanzelf goed, als je van de ander houdt’ of ‘Iedereen is toch tegenwoordig voldoende voorgelicht en alle taboes zijn verdwenen.’ Hoofdstuk 4 laat zien dat dit misvattingen zijn.

Seksproblemen zijn luxeproblemen en luxeproblemen behoeven geen zorg. Bedoeld lijkt te worden: seks is luxe, want is geen strikte voorwaarde om in leven te blijven. En seksueel plezier al helemaal niet. Maar wat is luxe? Het is niet eenvoudig om aan te geven wanneer iets van noodzaak tot luxe wordt. Een iPad voor een uitgezonden soldaat? Plezier in je werk hebben? De moraal speelt hier een belangrijke rol. We hebben in onze cultuur veel dat het noodzakelijke overstijgt en daarmee veel ‘luxe’. Dat betekent niet dat we probleemloos leven. Veel van de problemen waarmee mensen bij de hulpverlener komen, zijn in die zin ‘luxeproblemen’. Het blijkt een opgave om met de luxe die we hebben op een zinvolle manier te leren leven. En die opgave vraagt zorg. Zorg om zo met de luxe om te gaan dat we in staat zijn ervan te genieten (naar Besselink, 1996).

1.3.2 Waarden, normen en grenzen van de hulpverlener

Van de hulpverlener wordt verwacht dat hij of zij de eigen bagage onderzocht heeft en weet te hanteren. Dat betekent onder meer: zicht op de eigen socialisatie met betrekking tot seksualiteit, bewustzijn van eigen waarden, normen, grenzen, mogelijkheden en beperkingen en de invloed hiervan op de hulpverlening; vaardigheid in het omgaan met overdracht en tegenoverdracht. Het betekent ook: kunnen omgaan met de verschillende aspecten van de eigen visie in het hulpverleningscontact, zodanig dat het de cliënt ten goede komt. De eigen houding vereist een regelmatig zelfonderzoek, niet alleen in supervisie en intervisie. Een eenvoudige startoefening hierbij is de volgende.

Oefening

Schrijf eens op wat op dit moment uw eerste associaties zijn bij het woord ‘seks’. Denk niet te lang na. Heeft u er een paar opgeschreven, geef dan met een + (positief) of – (negatief) of een combinatie daarvan aan welke gevoelswaarde de opgeschreven associaties op dit moment voor u hebben.

Ga na of u censuur heeft gepleegd (in hoeverre heeft u sociaal wenselijke associaties opgeschreven?). Wat zeggen de associaties over uw kijk op seks? Welke associaties zijn momentopnamen, welke zijn van belang in deze periode van uw leven? In hoeverre kunnen uw normen en ideeën gevolgen hebben voor uw manier van hulpverlenen bij seksuele problemen?

Het is aan te bevelen deze oefening een paar maal te herhalen op verschillende momenten en plaatsen om zo te kunnen nagaan wat ‘de invloed van het moment’ kan zijn.

Voor cliënten is dit een bruikbare oefening als uitgangspunt voor een gesprek over betekenisgeving en de achtergronden daarvan. Paren kunnen ook opschrijven wat ze bij hun partner vermoeden aan associaties om vervolgens verschillen, overeenkomsten, verwachtingen en de gevolgen daarvan te bespreken.

Wat u zojuist heeft opgeschreven – en weggelaten – kan iets zeggen over uw normen en waarden ten aanzien van seks, over de betekenis die seksualiteit voor u heeft op dit moment.

Bij inventarisatie van de associaties in vele groepen studenten, cursisten en cliënten valt onder andere het volgende op.

- De meeste mensen geven aan dat zij geen woorden met betrekking tot masturbatie hebben opgeschreven. Soms is dat een kwestie van censuur, meestal is het omdat ze er niet aan denken. Ofwel: voor velen lijkt seks gebonden te zijn aan een partner, het is iets 'voor met z'n tweeën'. Masturbatie blijkt nog steeds met taboes omgeven. In 1991 geven Van Zessen en Santfort aan dat 18% van de mannen en 45% van de vrouwen in Nederland nooit masturberen. In een onderzoek uit 2011 is dat respectievelijk: 16,7% en 35,1% (De Graaf, 2012). Er zijn meer mensen, vooral meer vrouwen, gaan masturberen, maar er wordt nog weinig over gesproken. De meeste voorlichtingsboeken geven aan dat masturbatie een goede manier is om je eigen lichaam te ontdekken. Op die manier ben je beter voorbereid als je met een partner gaat vrijen. Dit lijkt de norm in te houden dat masturbatie als voorbereiding prima is, maar onnodig als je een relatie hebt.
- Vaak wordt er met de associaties een soort onderscheid gemaakt tussen twee 'soorten' seks: intimiteitgerichte seks en opwindinggerichte seks. Het gaat om de betekenis die seks heeft: intimiteit (associaties als contact, warmte, aandacht, sfeer, strelen) of opwinding (geil, klaarkomen, nat worden, lingerie) of combinaties daarvan of wellicht iets geheel anders. Het kan per vrijpartij verschillen of tussentijds veranderen; het kan ook een voorkeur zijn die iemand gedurende een bepaalde tijd van haar of zijn leven heeft. Tv en films wekken meestal de indruk dat seks uitsluitend betrekking heeft op heteroparen, die luidruchtig opgewonden gemeenschap hebben en daarbij klaarkomen (tegelijk). Er zijn boeken en tijdschriften die deze indruk bevestigen; er zijn er ook die aangeven dat opwinding vooral is wat mannen willen en intimiteit wat vrouwen willen – of andersom.

De hulpverlener streeft naar een zo open mogelijke houding. Dit houdt niet in dat eigen grenzen geforceerd overschreden moeten worden. De cliënt dient echter zo goed mogelijk geholpen te worden. Wanneer 'iets' in de houding van de hulpverlener dat belemmert, is verwijzing van de cliënt de oplossing op korte termijn. De hulpverlener zal zich er vervolgens op moeten bezinnen hoe het 'iets' zodanig aangepakt kan worden dat verwijzen in de toekomst niet of minder nodig zal zijn.

1.3.3 Enkele ethische aspecten bij seksuologische hulpverlening

De beroepscode van de basisdiscipline van de hulpverlener is het uitgangspunt bij seksuologische hulpverlening. In principe gelden voor de hulpverlening bij seksuele problematiek dezelfde gedragsregels. Een aantal aspecten vraagt echter wel extra aandacht. Dat zijn de aspecten die te maken hebben met de verhouding tot de cliënt en wel met name waar het gaat om emotionele en lichamelijke intimiteit.

Wat de emotionele intimiteit betreft, geldt net als bij andere problemen dat de hulpverlener 'een maximale betrokkenheid betracht met behoud van distantie'. De hulpverlener is als mens betrokken en hanteert die betrokkenheid op een professionele manier. Bij een intiem en persoonlijk onderwerp als seksualiteit moet de hulpverlener zich bewust zijn van wat deze intimiteit bij hem of haar oproept naar de cliënt toe. Indien er een persoonlijke, erotisch getinte belangstelling ontstaat, moet (zo snel mogelijk) met een collega of supervisor besproken worden hoe hiermee omgegaan kan worden. Pope, Sonne en Holroyd (1996) geven aan hoe belangrijk het is dat men als hulpverlener eigen seksuele gevoelens ten aanzien van cliënten onderkent en onderzoekt en dat men zich bewust is van de manieren waarop men tracht de onderkenning van die gevoelens te vermijden.

Wanneer de cliënt verliefde en/of erotische gevoelens voor de hulpverlener gaat koesteren, is het goed dit niet alleen met de cliënt maar ook met een collega en/of supervisor te bespreken.

Seksuologische hulpverlening houdt in dat er concreet en direct over seksueel gedrag en seksuele beleving gesproken wordt. Het hulpverleningscontact is daarmee in zekere zin gedwongen intiem. De hulpverlener zal bij het doorvragen naar seksuele details en bij het geven van aanwijzingen steeds moeten nagaan wat werkelijk nodig is voor de intake of het verloop van de behandeling. Elke vraag, elke uitspraak moet, indien nodig, verantwoord kunnen worden.

Bekijken of aanraken van borsten of geslachtsdelen om gerust te stellen (bijvoorbeeld wanneer de cliënt denkt abnormale geslachtsdelen te hebben), iets aan te wijzen of voor te doen kan alleen in een daartoe geëigende medische setting en hoort niet thuis bij de psychosociaal hulpverlener noch bij de meeste paramedische hulpverleners. In het algemeen is aanraken of bekijken niet nodig, aangezien men met tekeningen, foto's en films veel duidelijk kan maken.

Zij die bij het lichaamsgericht werken de cliënt aanraken, moeten zich realiseren dat ook een zeer zuiver bedoelde aanraking door een cliënt met seksualiteit geassocieerd kan worden, hetgeen meestal tot onveiligheid leidt. Deze associaties doen zich niet alleen voor bij het aanraken van borsten en genitaliën.

Het mag bekend verondersteld worden dat een hulpverlener geen 'ontucht' mag plegen met zijn of haar cliënt (artikel 249 van de zedelijkheidswetgeving) en geen seksuele relatie met de cliënt kan aangaan, ook niet wanneer het initiatief van de cliënt komt. Een aantal beroepsverenigingen hanteert voor dit laatste de regel dat een (seksuele) relatie pas enige jaren – variërend van twee tot vijf jaar – na afsluiten van de behandeling mag worden aangegaan.

De Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (zie hoofdstuk 13) heeft voor de geregistreerde leden een beroepscode ontwikkeld die toegespitst is op het hulpverlenen, voorlichten en onderwijzen op het gebied van seksualiteit.

Register

A

abortus 73
ademhaling 24
ademhalingsoefeningen 113
afkeer 36, 50
afsluiten van behandeling 198
anale seks 32
anatomie 14
androgenen 156
angst 44, 49, 70
angst- en vermijdingsmodel van vaginisme 83
anhedonisch orgasme 42
anticonceptie 73
anus 16
attitude 8
aversie 40

B

baarmoeder 15
baarmoedermond 15
balzak 19
bekkenbodemspieren 16
bekkenbodemspieroefening 165
bekkenfysiotherapeut 166
beroepscode 11
betekenisgeving 48, 51
bevrediging 46
bijbal 19
biopsychosociaal 5
biseksuelen 72
bloeddruk 23
bloedstuwing 23

boekenselectie 205
borsten 128

C

cervix 15
chronische ziekte 185
clitoris 14
cognitieve benadering 111
cognitieve factoren 48
cognitieve gedragsinterventies 92, 108
cognitieve herstructurering 92, 119
coïtus 42
communicatieve vaardigheden 117
concentratieoefening 113
copingstrategieën 109
corpora cavernosa 14, 19
cultureel leermodel 5
culturele factoren 54
culturele invloeden 193

D

differentiatie 76, 112
directe aanleiding 53
doelen van behandeling 150
drift 5
DSM-5 34
dvd-selectie 205
dyspareunie 44
 bij vrouw 163

E

eicellen 16

eierstokken 15

eikel 14

ejaculatieprobleem 43

emissiefase 24

erectieprobleem 42, 157

ethische aspecten 11

etnische invloeden 193

expulsiefase 24

F

faalangst 53, 78

farmacologische mogelijkheden 163

bij erectieprobleem 159

bij verminderde interesse en opwinding vrouw 156

flibanserin, bezwaren tegen 156

fotoboeken 205

frenulum 19

Freud 5

fysiologie 14

G

gedragsgerichte technieken 108

gegeneraliseerd 35

genderdysforie 45

genderidentiteit 34

genitopelviene pijn 44

geslachtsgemeenschap 44

geslachtshormonen 16

geslachtsorganen 14

glans 14

g-plek 15

H

handicap 187

haptonomie 114

haptotherapie 114

hartslag 24

herformuleren van klacht 109

hersenen 5

herstelfase 24

heteroseksualiteit 38, 52

homoseksualiteit 52, 194

huid 140

hymenaalring 14

I

IELT 43

impotentie 42

in stand houdende (onderhoudende) factoren 53

indicatiestelling 89

informatie 104

informatiemateriaal 204

interactiefase 22

internet 105

interventiemethoden 92

intimiteit 112

irreële verwachtingen 56

J

Jacobson 113

K

kinderloosheid 73

kittelaar 14

klaarkomen 30

klachtverheldering 67

klieren van Bartholin 15

klieren van Cowper 19

knijptechniek 174

komen en gaan:

man 157

vrouw 156

L

labia 14

lesbisch 72

lichaamsbeeld 187

lichaamsbeleving 113, 191

lichamelijke beperking 184-185

liefde 7, 112

localized provoked vulvodynia 82

logboekje 130

LOPS 34

LPV 82

lubricatieprobleem 39, 151

lust 4, 76, 116

M

maagdelijkheid 194

maagdenvlies 15
macht 7
machtsconflicten 51
mannelijke geslachtsdelen 20
masturbatie 10, 71
media 104
medicijnen 69
medisch onderzoek 69
mensen met een beperking 204
menstruatie 71
mindfulness 114
moraal 9
motivatie 65, 127
motiverende gespreksvoering 122, 127
mythen 54

N

normen 51, 110
NVVS, Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging
Voor Seksuologie 6, 204

O

oestrogeen 25
oorzaken 48
operaties 69
opvoeding 53
opwinding 22
opwindingsfase 21
orale seks 129
orgasmefase 22
orgasme probleem 42
bij vrouw 159
ouderen 25, 182
ovaria 15

P

parafilieën 46
pelotenbehandeling 166
penis 18
pijn 44, 83
plasbuis 19
plateaufase 24
PLISSIT 100
point of no return 162

praten over seks 63
premature ejaculatie 43
preputium 14
prikkels 22
primair 35
probleemformulering 88
probleemverkenning 74
prostaat 19
PSTG 34
psycho-educatie 104
psychosomatische cirkel van seks 48

R

Rationeel Emotieve Therapie (RET) 110
refractaire periode 25
relatiegerichte sexcounseling 116
relationele factoren 116
remmende gedachten 110
remmingen 49
repressiemodel 5
respons op prikkels 76
responscurve 21
responscyclus 22

S

samenwerking 201
schaamlippen 14
schacht 14, 19
schede 15
scrotum 19
secundair 35
seksblos 24
seksespecifieke factoren 54
seks therapie 89
seksualiteit 4
seksueel misbruik 191
seksueel opwindingsprobleem 151
seksuele disfunctie 34
seksuele fantasieën 77, 115
seksuele grensoverschrijding 190
seksuele interesse 22, 151
seksuele motivatie 40
seksuele opwindingsproblemen 40
seksuele oriëntatie 34, 72

seksuele respons 22
seksuologische counseling 100
sensate-focusoefeningen 126
doelen 128
individueel – niet 138
interventies bij struikelblokken 132
structuur 128
struikelblokken 131
voor cliënten 136
sexcounseling, basis 101
sildenafil 159
situationeel 35
smegma 19
solofase 22
sponslichaam 19
stapsgewijze exposure 136, 165
stepped care 100
stimulerende gedachten 110
stop-startoefening 163
(sub)cultuur 193
systeemgerichte gedragsinterventies 122
systematische desensitisatie 136, 165

T

teelbal 19
tekenen 105
testosteron 25
therapietrouw 187
toompje 19

V

vagina 15
vaginisme 44, 163
vaginistische reactie 44, 82
vasocongestie 23
venusheuvel 14
verlangen 22
verleiden 154
verminderd seksueel verlangen 39
verschil in seksuele interesse 38
versieren 154
verstandelijke beperking 191
vervolgoefeningen voor cliënten 168
verwijzen 200

verwijzing, reacties op 201
vibrator 161
vochtig worden 76
voorhuid 15, 19
voorlichting 53, 71
voorspel 154
voorspellende factoren 53
voortijdig orgasme bij man 162
voortijdige ejaculatie 43
voortijdige zaadlozing 162
voortplanting 7
voorvocht 20
vrouwelijke geslachtsdelen 17
vulva 14
vulvair vestibulitis syndroom 82
VVS 82
VVS/LPV 82

W

waarden en normen 193
websites 204
weegschaalmodel 93
woordgebruik 64

Z

zaadblaasjes 19
zaadleiders 20
zaadlozing 20
zedelijkheidswetgeving 11
zelfbeeld 188
ziekte 51, 186
zingevingproblemen 53
zintuiglijke prikkels 48
zwangerschap 72
zwellichamen 14, 19