

Seksualiteit van ouderen  
*Een multidisciplinaire benadering*

Aagje Swinnen (red.)

AMSTERDAM UNIVERSITY PRESS

## Inhoud

Seksualiteit van ouderen: Een stand van zaken

*Aagje Swinnen*

11

### DEEL 1

#### HULPVERLENING EN

#### DE SEKSUALITEIT VAN OUDEREN

##### HOOFDSTUK 1

Seksualiteit van ouderen: Enkele casussen en de implicaties  
voor de kennis- en attitudevorming bij hulpverleners

*Jacques van Lankveld*

33

##### HOOFDSTUK 2

Langdurige liefde en de lust:  
De seksualiteit van ouderen in of na een meerjarige relatie

*Albert Neeleman*

54

##### HOOFDSTUK 3

Thuisvervangende milieus voor ouderen  
en de aandacht voor seksualiteit

*Sandra M.G. Zwakhalen*

83

##### HOOFDSTUK 4

De zin en onzin van verzorgingshuizen  
voor roze vijftigplussers

*Manon Linschoten en Richard den Heijer*

101

DEEL 2  
EEN MEDISCHE BENADERING  
VAN DE SEKSUALITEITVAN OUDEREN

HOOFDSTUK 5  
Seksualiteit van vrouwen na de overgang of menopauze  
*Lenka Galajdova, Herman Depypere en Marleen Temmerman*  
113

HOOFDSTUK 6  
Feit en fictie van seksualiteit en het verouderende mannenlichaam  
*Bo Coolsaet*  
139

HOOFDSTUK 7  
Invloed van ziekte en medicatie op seksualiteit van ouderen  
*Woet Gianotten*  
159

DEEL 3  
EEN CULTURELE BENADERING  
VAN DE SEKSUALITEITVAN OUDEREN

HOOFDSTUK 8  
Vrijen en innigheid: Een filosofisch perspectief  
*Ann Van Sevenant*  
193

HOOFDSTUK 9  
Liefde vitaliseert: De ervaringen van tien verliefde ouderen  
*Anna Wolters*  
205

10. In jou  
*Wanda Reisel*  
228

DEEL 4  
BEELDVORMING VAN  
DE SEKSUALITEITVAN OUDEREN

HOOFDSTUK 11  
Beeldvorming van de seksualiteit van ouderen in de reclame  
*Corine Van Hellemont*  
239

HOOFDSTUK 12  
De esthetiek en erotiek van ouderdom  
in de beeldcultuur ontrafeld  
*Daniëlle Bruggeman en Anneke Smelik*  
264

HOOFDSTUK 13  
Seksualiteit en de crisis van het mannelijke subject  
op leeftijd in *Een tweede jeugd*  
*Aagje Swinnen*  
286

HOOFDSTUK 14  
Liefde, seksualiteit en creativiteit bij M. Vasalis  
*Maike Meijer*  
309

DE AUTEURS  
340

SEKSUALITEIT VAN OUDEREN:  
ENKELE CASUSSEN EN DE IMPLICATIES  
VOOR DE KENNIS- EN ATTITUDEVORMING  
BIJ HULPVERLENERS

Jacques van Lankveld

Het begrip *seksualiteit* omvat een veelheid aan betekenissen (Gijs et al. 5) waaronder die van *seksueel gedrag* en *seksueel functioneren*. In deze eerste betekenis gaat het om handelingen die gericht zijn op het ervaren van genot en seksuele opwinding, en op het bereiken van een orgasme. Andere betekenissen van seksualiteit hebben onder meer betrekking op *sensualiteit*, dat wil zeggen op lustbeleving of het ervaren van aangename (zintuiglijke) sensaties die los staan van (het streven naar) opwinding en orgasme, en op de ervaring van *emotionele intimiteit* in de context van een romantische relatie. Seksualiteit in deze laatste betekenis speelt een belangrijke rol in het proces van onderlinge aantrekking en paarvorming, en in de bestendinging van een langer durende relatie.

In dit hoofdstuk wordt het onderwerp seksualiteit benaderd vanuit het perspectief van de hulpverlener die te maken krijgt met vragen en moeilijkheden van ouderen op seksueel gebied. Laten we beginnen met de kennisbasis. Wat weten we over de seksualiteit van ouderen? Is seksualiteit een zaak van belang in het leven van oudere mensen? Bestaat seksueel gedrag in deze leeftijdsgroep, en is er sprake van een seksueel functioneren? Welke rol spelen sensualiteit en intimiteit in deze levensfase?

Wanneer we antwoorden zoeken op deze vragen in de wetenschappelijke literatuur, wordt de brede definitie van seksualiteit, die in de eerste alinea werd gegeven, al snel onhoudbaar. Het wetenschappelijk onderzoek naar de seksualiteit van oudere mensen is vrijwel uitsluitend gericht op het seksuele gedrag en de seksuele functionaliteit. Sensualiteit, de behoefte eraan en het realiseren ervan, en niet-erotische intimiteit zijn vrijwel niet empirisch onderzocht en blijven daarom onderbelicht in de wetenschappelijke literatuur. Ik beperk me dus noodgedwongen tot seksualiteit in de engere zin van

het seksuele gedrag en functioneren. En zelfs op dat gebied is goed onderzoek schaars, niettegenstaande het feit dat het oudere deel van de bevolking groeit.

### Hebben ouderen (behoefte aan) seks?

De vraag of ouderen seks hebben en een behoefte aan seks ervaren, kan in principe met behulp van goed bevolkingsonderzoek worden beantwoord. Goed onderzoek wil zeggen dat de uitkomsten van een onderzoek ook datgene weergeven wat er werkelijk en feitelijk binnen de onderzochte groep gebeurt en 'leeft'. Goed onderzoek levert zo *valide* kennis op. Bij seksonderzoek is het echter niet helemaal zeker dat de deelnemer bij de formulering van antwoorden op de vragen van de onderzoeker ook 'het achterste van de tong' laat zien en dat wat hij of zij zegt helemaal overeenstemt met de werkelijkheid. Seksualiteit is in de meeste omstandigheden immers geen neutraal onderwerp. Bijgevolg zijn mensen soms geneigd om in hun antwoorden rekening te houden met de mogelijke reacties van de vraagsteller of het publiek waarvoor de antwoorden bedoeld zijn – reacties van teleurstelling, instemming of zelfs een moreel oordeel. Seksualiteit is in alle menselijke samenlevingen ingebed in een complex geheel van morele oordelen, van ge- en verboden. De onderzoeker dient er dus op bedacht te zijn dat de mogelijkheid op sociaal wenselijke antwoorden bestaat, die de werkelijkheid meer of minder verhullen. Dat kan ook bij het onderzoek naar de seksualiteit onder ouderen het geval zijn, onder meer omdat ouderen opgegroeid zijn in een veel minder liberaal seksueel klimaat dan het tegenwoordige (Quilliam).

In het afgelopen decennium zijn enkele epidemiologische onderzoeken naar het seksuele gedrag en de seksuele functionaliteit van ouderen gepubliceerd. Uit deze onderzoeken blijkt dat ouderen zeker niet voldoen aan het stereotype van de *aseksuele* oudere. Veel ouderen zijn seksueel actief in de vorm van partnerseks of masturbatie, ook al daalt het percentage van seksueel actieve ouderen naarmate ze ouder worden. Zo werd in 2007 in een representatieve steekproef in de Verenigde Staten (1550 vrouwen en 1455 mannen tussen de 57 en 85 jaar) gevonden dat 73% van de ouderen tussen de 57 en 64 jaar seksueel actief waren (Lindau et al.). In de leeftijdsgroep tussen de 65 en 74 jaar was dit percentage 53%, terwijl van de ouderen tussen de 75 en 85 jaar 26% seksueel actief was. Vrouwen antwoordden minder vaak dan mannen dat zij seksueel actief waren. Van de seksueel actieve ouderen had ongeveer de helft, zowel van de vrouwen als de mannen, last van ten-

minste één vervelend seksueel probleem. De meest voorkomende problemen bij oudere vrouwen waren weinig of geen seksueel verlangen (43%), een droge vagina bij het vrijen (39%) en geen orgasme (meer) kunnen krijgen tijdens het vrijen. Onder oudere mannen kwamen erectieproblemen het vaakst voor (37%). Van alle mannen die deelnamen aan het onderzoek, gebruikte 14% medicatie of voedingssupplementen om het seksuele functioneren te verbeteren. Deelnemers aan het onderzoek die ontevreden waren over hun gezondheid, rapporteerden vaker seksuele problemen dan gezonde ouderen. Van alle mannen had 38% na het vijftigste jaar een dokter geraadpleegd voor een seksueel probleem. Van de vrouwen in het onderzoek had 22% deze stap gezet.

Deze cijfers over het seksuele functioneren van ouderen in de Verenigde Staten, komen aardig overeen met die van Noord-Europese bevolkingsstudies. Aan een vergelijkbare studie namen 5023 vrouwen en 4977 mannen (tussen de 40 en 80 jaar) in acht Europese landen deel (Nicolosi et al.). Men vond dat 83% van de mannen en 66% van de vrouwen in het afgelopen jaar geslachtsgemeenschap had gehad. Ook in dit onderzoek bleek dat het aantal seksueel actieve mensen afnam naargelang hun leeftijd steeg. Zo waren van de groep tussen de 40 en 49 jaar 94% van de mannen en 90% van de vrouwen seksueel actief. In de groep tussen de 70 en 80 jaar gold dit voor 54% van de mannen en 21% van de vrouwen. In deze hoogste leeftijdscategorie vertelden 24% van de mannen en 25% van de vrouwen dat zij meer dan eens per week gemeenschap hadden. Het verschil tussen mannen en vrouwen in de mate van seksuele activiteit is voor een deel te verklaren door de hogere levensverwachting van vrouwen, waardoor naar verhouding meer vrouwen een aantal jaren als weduwe leeft (Kontula en Haavio-Mannila). Circa 70 tot 80% van de ouderen met een seksueel probleem in Europa zoekt geen contact met een hulpverlener om een oplossing te vinden voor zijn of haar probleem. Wel zoeken velen steun of hulp in de eigen omgeving, in de vorm van praten met de partner, met een familielid of vriend(in), in boeken en tijdschriften of op het internet (Moreira et al.). In een recent Nederlands bevolkingsonderzoek (Kedde en De Haas) bleek dat van de mannen met een seksueel probleem in het afgelopen jaar 19,6% behoefte had aan hulp, maar dat slechts 10,3% deze hulp ook echt had ontvangen. Van de vrouwen met een seksueel probleem had 22,1% behoefte aan hulp, terwijl slechts 7,5% daadwerkelijk hulp kreeg.

Seksueel actief zijn en behoefte hebben aan seks zijn niet identiek. Soms kan de behoefte niet vervuld worden, bijvoorbeeld door seksuele moeilijk-

heden of doordat er een partner ontbreekt. In een Fins bevolkingsonderzoek onder mannen en vrouwen tussen de 45 en 74 jaar leefde 46% van de vrouwen tussen de 65 en 74 jaar zonder partner ('single') tegenover 17% van de mannen – een groot verschil. Bij ouderen met een vaste relatie heeft de vrouwelijke partner vaker geen seksueel verlangen dan de mannelijke partner. Leeftijd is wel een voorspeller voor de mate van seksuele activiteit, maar niet voor het seksuele verlangen (Kontula en Haavio-Mannila).

Uit dit grote aantal cijfers ontstaat het beeld van de oudere vrouw en man die niet alleen seksueel actief zijn, maar die activiteit ook nastreven omdat ze de behoefte ertoe voelen. De stijgende leeftijd speelt in deze groep weliswaar een rol, vooral wat betreft de fysieke en praktische mogelijkheid om seksueel actief te zijn, maar niet in het wegnemen of verminderen van de seksuele behoeften en verlangens. In die zin logenstraffen de cijfers de mythe van de aseksuele oudere.

### Is seks belangrijk voor ouderen?

Veel mensen vinden seksualiteit belangrijk voor zichzelf en voor hun relatie. Dat vermindert nauwelijks met het ouder worden. Zo vindt 82% van de mannen tussen 45 en 54 jaar in de genoemde Finse studie seks (erg) belangrijk voor hun relatie. Van de mannen tussen de 65 en 74 jaar was 69% het daarmee eens (Kontula en Haavio-Mannila). Dit patroon keert terug bij vrouwen (45 tot 54 jaar: 75%; 65 tot 74 jaar: 52%). Een ruime meerderheid van de ouderen boven de 65 jaar vindt seksualiteit dus een belangrijk aspect van de partnerrelatie. Ook een vrouw van naar schatting 70 jaar kan tegenwoordig tegen een vriendin zeggen, zoals ik pas in een supermarkt hoorde, 'Hoe vind je mijn bloes staan? Ik wil er vanavond wel een beetje sexy uitzien!', zonder daarbij non-verbaal duidelijk te maken dat ze dit als grap, want leeftijdsongepast, bedoelde. In een interviewstudie in Engeland onder 21 mannen en 23 vrouwen tussen de 50 en 92 jaar bleek dat de ouderen die seks niet belangrijk vonden, allen geen partner meer hadden en ervan overtuigd waren die ook niet meer te zullen krijgen (Gott en Hinchliff, 'How Important'). Misschien voorkwamen ze op deze manier dat ze het als naar zouden ervaren om geen seksueel contact te kunnen hebben. Alle geïnterviewden met partner vonden seksualiteit minimaal 'een beetje belangrijk', en velen van hen spraken van 'zeer' of 'extreem belangrijk'.

Er zijn aanwijzingen dat niet zozeer de leeftijd op zich van belang is voor

het gewicht dat men aan seksualiteit toekent, maar veeleer het behoren tot een bepaalde generatiegroep (Carpenter, Nathanson, en Kim). Zo speelt het een rol of de groep opgegroeid is voor of na de *seksuele revolutie* in de jaren zestig en zeventig van de twintigste eeuw. De generaties voor en na deze periode zijn opgegroeid binnen een maatschappelijke context met zeer uiteenlopende waarden en normen op seksueel terrein. Kort door de bocht gezegd is het klimaat in de periode voor de seksuele revolutie restrictief en repressief wat betreft het beleven van seks, vooral voor vrouwen, terwijl in de periode na de seksuele revolutie de sfeer liberaler was en meer gericht op persoonlijke lustbeleving. Betrouwbare anticonceptie was waarschijnlijk de belangrijkste factor die deze enorme omslag in het maatschappelijke seksuele klimaat mogelijk maakte. Hierdoor werd het voor het eerst in de geschiedenis mogelijk om seks te beleven zonder de intentie van de voortplanting. Uiteraard geldt dat alleen voor mensen die toegang hebben tot deze vorm van anticonceptie en daar ook vaardig en zonder schuldgevoel mee kunnen omgaan.

Dergelijke schoksgewijze ontwikkelingen kunnen ook invloed hebben (gehad) op de beleving van seksuele moeilijkheden en de wijze waarop een oudere met seksuele problemen omgaat. Laat ik hier een voorbeeld van geven. Ouderen die hun seksuele vorming doormaakten in de periode tijdens of na de seksuele revolutie hebben zich vaker een positievere opvatting eigengemaakt over seksuele handelingen die niet op gemeenschap zijn gericht, zoals orale en manuele erotische stimulatie. Wanneer met het ouder worden lichamelijke factoren het moeilijker maken om gemeenschap te hebben, passen zij gemakkelijker alternatieve stimulatiewijzen toe om hun seksuele behoefte vorm te geven (Gagnon en Simon). Een ander *cohorteffect* is wellicht dat problemen met het vochtig worden van de vagina (lubricatie) weliswaar vaker voorkomen bij oudere en postmenopauzale vrouwen, maar – in de afgelopen decennia – tot meer ontsteltenis leiden bij jonge vrouwen die hetzelfde meemaken (Bancroft, Loftus, en Long).

### Kwaliteit van leven

Naast de gegevens die resulteren uit het rechtstreeks vragen aan een oudere persoon of hij of zij seks belangrijk vindt in het leven, zijn er andere aanwijzingen dat mensen belang hechten aan seksualiteit. Die zijn samen te vatten onder de noemer *kwaliteit van leven*. Tevredenheid over het eigen seksuele

functioneren en de seksuele relatie is meermaals aangewezen als belangrijke voorspeller voor kwaliteit van leven (K. Fugl-Meyer en A.R. Fugl-Meyer; Wagner, Fugl-Meyer, en Fugl-Meyer). Maar wat is hierbij oorzaak en gevolg? Dienen ouderen hun seksuele relatie en seksuele functioneren 'op peil te houden' om hun algemene gevoel van welbevinden te conserveren, of blijft de seksualiteit vanzelf op peil wanneer de oudere erin slaagt om zich goed te blijven voelen op allerlei andere gebieden. Het is hoogst onwaarschijnlijk dat het hier om eenrichtingsverkeer gaat, in welke richting dan ook. Een circulair proces dat twee richtingen op gaat, ligt veel meer voor de hand. De oudere die zich goed voelt, die tevreden is over zichzelf en de partnerrelatie, die een positief zelfbeeld heeft en die in staat is om obstakels in het leven succesvol aan te pakken, zal ook gemakkelijker functioneren in het seksuele contact. Gaat het met die persoon minder goed als gevolg van lichamelijke, psychische of relationele factoren, dan is de kans groter dat ook het seksuele functioneren daaronder lijdt. Een positief seksleven, een lustvolle en bevredigende seksuele ervaring, draagt aan de andere kant zeker bij tot het algemene gevoel van welbevinden, versterkt de hechting tussen twee partners, doet verlangen naar meer en verbetert het zelfvertrouwen en het vertrouwen in het lichaam, en kan zelfs het blijvend gebruik van erectieondersteunende medicijnen overbodig maken (Van Lankveld et al., "Cognitive Changes").

### Hoe werkt seks bij ouderen?

De seksuele functionaliteit is een *biopsychosociaal* verschijnsel. Bij iedere vorm van seksualiteit zijn immers zowel het lichaam (*bio*) als de geest (*psycho*) betrokken; bij veel uitingen van seksualiteit ook een belangrijke ander, de partner, en daarnaast soms de sociale omgeving of de maatschappij (*sociaal*).

Hoe werkt seksualiteit (in de engere zin van seksueel gedrag, opwinding en orgasme) nu bij oudere vrouwen en mannen? Op de eerste plaats is het van belang om vast te stellen dat het *seksuele systeem* in principe hetzelfde werkt als op jongere leeftijd. Een aantal factoren die op jonge en volwassen leeftijd aanleiding tot seksuele moeilijkheden kunnen geven, doen dat ook op oudere leeftijd. Relatieproblemen, angst, onzekerheid, gebrek aan zelfvertrouwen, negatieve verwachtingen en stemmingsklachten zijn bekende oorzaken en probleembestendige factoren. Naast deze psychische en relationele elementen kunnen er op elke leeftijd lichamelijke oorzaken de basis vormen voor seksuele moeilijkheden, zoals een tekort of teveel aan

bepaalde hormonen, problemen met de bloedvaten die betrokken zijn bij het reageren van de geslachtsorganen op seksuele stimulatie, of neurologische aandoeningen. Er zijn echter ook mogelijke verschillen in de werking van het seksuele systeem die echt samenhangen met de oudere leeftijd.

Leeftijdgebonden lichamelijke factoren bij ouderen die vaker seksuele moeilijkheden veroorzaken, omdat ze nu eenmaal vaker in die levensfase optreden, zijn onder meer: hypertensie, hart- en vaatproblemen, hormonale veranderingen (testosteron- en oestrogeendaling) en neurologische schade door diabetes mellitus. Daarnaast kunnen een medische behandeling met medicatie (waaronder chemotherapie voor kanker) en/of bestralingstherapie de seksualiteit negatief beïnvloeden. In hoofdstuk 7 volgt een volledige opsomming van medicijnen en medische behandelingen die het seksuele functioneren kunnen bemoeilijken. Mocht u zich afvragen of dat ook het geval is bij een medicijn of behandeling die voor u geldt, aarzel dan niet om daarover contact op te nemen met uw huisarts of specialist.

Laten we nu een casus nader bekijken die ons iets kan vertellen over vragen van ouderen op seksueel gebied.

#### *Casus An en Jef*

*An (69) en Jef (76) brengen een bezoek aan de seksuoloog. Ze zijn doorverwezen door de huisarts op verzoek van An, die de vraag niet in detail aan haar eigen huisarts wilde voorleggen, omdat hij tot de vriendenkring van haar en haar overleden man behoort. Ze vond het moeilijk om met hem een seksueel probleem te bespreken in het besef dat hij dit probleem zou meedragen als ze bijvoorbeeld samen bij kennissen aan tafel zouden zitten. Tijdens de telefonische aanmelding liet de arts merken het ook een goed idee te vinden om haar vraag aan een andere hulpverlener voor te leggen.*

*An en Jef hebben sinds vier maanden een relatie en willen gaan samenwonen. Ze hebben elkaar leren kennen op een uitwisseling van ouderenkoren en het klikte onmiddellijk. Beiden zijn ze enkele jaren alleen geweest sinds het overlijden van hun beider echtgenoten. Ze zitten met een twinkeling in hun ogen tegenover de seksuoloog en kijken elkaar ondeugend lachend aan als de seksuoloog hun vraagt om de reden van hun komst te vertellen. Jef knikt en An neemt het woord.*

*"Toen wij elkaar leerden kennen, sprong er een vonk over en die is niet meer uitgedoofd, maar alleen maar sterker gaan branden. Ik was sinds de overgang – ik was toen 53 jaar – eigenlijk niet meer geïnteresseerd in seksueel contact met mijn man. Ik heb me gedurende enkele jaren door die perio-*

*de heengesleept met veel hoofdpijn en enorme opvliegers. In die jaren zijn we gestopt met vrijen en ook verder was er niet veel tussen ons. Ik dacht dat het door de overgang kwam en mijn man durfde eigenlijk niet meer aan seks te beginnen sinds hij een hartinfarct kreeg. Daarom ben ik nu ook zo van slag. Want als ik bij Jef ben, wil ik steeds bij hem zijn, hem vasthouden en ik wil ook niets liever dan elke keer met hem vrijen. Ik heb het gevoel dat mijn lichaam in brand staat. Aan de ene kant is het mooi dat vrijen nu veel fijner is dan vroeger met mijn man – ik krijg zelfs elke keer een orgasme. Maar aan de andere kant voelt het niet goed aan, niet normaal, dat mijn lichaam zo heftig reageert. Ik was altijd een beetje droog bij het vrijen, ook als we gemeenschap hadden en soms deed het zelfs pijn. Maar nu reageer ik alsof ik weer twintig ben. Het voelt ook alsof ik weer opvliegers heb. Ik krijg het dan helemaal warm. Gelukkig is het niet net als in de overgang toen ik 's nachts niet sliep van de onrust in mijn voeten en benen. Dat heb ik nu niet. Ja, en Jef vindt het allemaal geweldig. Hij zegt iedere keer dat hij van mij me houdt en dat ik geweldig en mooi ben, en een geschenk uit de hemel. Hij zegt steeds dat ik me geen zorgen hoeft te maken, dat het wel weer zakt als we elkaar langer kennen. Het is volgens hem gewoon de verliefdheid.”*

*Jef bevestigt Ans verhaal en vult het aan. “Ik denk dat An misschien eens lichamelijk onderzocht wil worden om gerustgesteld te worden dat er lichamelijk niets aan de hand is. Of kan het toch iets ongezonds zijn als een vrouw uit zichzelf zo seksueel actief is? Zij begint steeds met mij vast te pakken en me te kussen. Niet dat ik het niet fijn vind. Wat An zegt, is waar: ik vind het net de hemel op aarde met haar samen. Ik heb dat in mijn hele huwelijk met mijn vrouw niet zo meegemaakt. Ik was altijd degene die haar moest overhalen om te vrijen. Ik ben blij dat het bij mij nog allemaal goed werkt wat de seks betreft. Maar ik zou het vreselijk vinden als dit slecht zou aflopen. Misschien weet u wat er aan de hand is?”*

*An zegt eraan te twijfelen of een lichamelijk onderzoek nodig is. Ze voelt zich meestal prima en heeft, behalve dat haar ogen wat achteruit gaan, geen klachten.*

In deze casus treffen we enkele opvallende elementen aan. Het begint met de schroom van An en ook van de huisarts om haar vragen over seksualiteit te bespreken. Ze voelen zich er ongemakkelijk bij. Het komt hen te dicht op de huid en dus is het gemakkelijker elders een advies te zoeken. Dit koppel verkiest om te praten met iemand die ze niet kennen en die het seksuele probleem ook niet bekend kan maken in de eigen omgeving – al dan niet

met opzet. De sociale reacties worden ingecalculleerd in de presentatie van het probleem en de hulpvraag.

In nogal wat gevallen komen mensen met seksuele problemen bij de huisarts of seksuoloog terecht als de seksuele reacties verminderd zijn of er sprake is van ongemak of pijn. An en Jef vertellen echter over een sterke en goede lichamelijke, seksuele reactie en over hun beider positieve gevoelens daarbij. Toch is er iets niet goed. De reacties zijn namelijk anders dan ze, op een of andere manier, geleerd hebben te verwachten. An is verrast door haar eigen lichaam, al reageert het seksueel goed, en ook daar kun je je zorgen over maken. Is het wel normaal om als vrouw van deze leeftijd zo lichamelijk te verlangen en seksueel zo heftig te reageren? Is dat niet toch een teken van iets ongezonds of gevaarlijks? Zij was een getrouwd leven gewoon met weinig intimiteit en seksualiteit, maar ook zonder een sterk eigen verlangen daarnaar. Die situatie bleek bovendien nog verslechterd te zijn door een moeilijke overgang. Jefs onzekerheid wordt veroorzaakt doordat Ans initiatief tot intiem en seksueel contact zo anders is dan hij met zijn overleden vrouw gewend was.

#### *Vervolg casus An en Jef*

*Omdat er geen klachten zijn die zouden kunnen wijzen op een lichamelijke oorzaak, vindt de arts-seksuoloog lichamelijk onderzoek niet nodig. An en Jef krijgen uitleg over de werking van het lichaam bij goede seksuele stimulatie. Ze krijgen ook de feedback van de seksuoloog dat zij voor elkaar kenmerkend sterke seksuele prikkels vormen waardoor zij nu zo sterk lichamelijk reageren op aanraking. Dat zij zo goed bij elkaar passen en zo verliefd zijn, zal daar zeker een rol bij spelen. De seksuoloog bevestigt dat de wijze van reageren past bij de situatie waarin zij zich bevinden en dus normaal is. Hij legt uit dat er mogelijk veranderingen optreden, als ze de verliefdheidsfase van hun relatie voorbij zijn en dat dat niet verontrustend hoeft te zijn. Hij spreekt met An en Jef af dat ze hem na twee maanden nog eens opbellen om te vertellen hoe het in de tussenperiode met hen is gegaan. Met dit gesprek wordt het contact afgesloten.*

De ernst van het probleem en de complexiteit van de oorzakelijke factoren lopen sterk uiteen bij seksuele problemen. De hulp die bij seksuele problemen van uiteenlopende aard geboden wordt, varieert daarom ook van aard en intensiteit.

1. Bij vragen zoals die van An en Jef kan het voldoende zijn als zij horen dat

zij niet de enigen zijn die in een dergelijke situatie zo reageren. Normaal zijn, niet afwijken, is voor velen, ook ouderen, de eerste behoefte.

2. Als het gaat om onjuiste ideeën over hoe het op seksueel gebied allemaal zou moeten verlopen, over wat noodzakelijk is voor de opwekking van seksuele reacties van lichaam en geest, en over wat er mogelijk is, is toestemming geven alleen soms niet voldoende. Ook ouderen kunnen onjuiste opvattingen geleerd hebben, die soms zo verankerd zijn dat je zou kunnen spreken van seksuele mythen, zoals ‘een vrouw hoort niet zelf de eerste stap te zetten als ze seks wil, en zeker niet een vrouw op leeftijd’, ‘een man is niet gezond als hij niet altijd zin heeft’, ‘oudere mannen blijven altijd zin in seks houden, terwijl oudere vrouwen die helemaal kwijtraken’ of ‘je moet opgewonden kunnen worden door elkaar lief aan te kijken’. Zo zijn er nog veel meer seksuele mythen die niet overeenstemmen met het echte leven, maar die desondanks kunnen zorgen voor teleurstelling en ongemak. Goede voorlichting kan hierbij helpen.

3. Er zijn concretere adviezen en suggesties nodig wanneer een oudere of een koppel niet in staat is om met de nieuwe informatie de stap te zetten naar ander gedrag en dus naar een betere beleving. Het kan dan nodig zijn dat een hulpverlener een concrete richtingaanwijst. Met dit steuntje in de rug kan het soms wel lukken.

4. Als dat ook niet het geval is, is langer durende begeleiding of intensievere therapie vereist. Een therapeut kan de weg naar veranderingen dan voor een deel begeleiden en helpen om moeilijkheden en obstakels op dat pad te leren opruimen.

### Als seks bij ouderen niet goed gaat

Het seksuele functioneren bij een ouder iemand kan belemmerd worden en de beleving van seksualiteit kan negatief of teleurstellend zijn. In die situatie is het goed om zich te realiseren dat seksuele problemen bij ouderen niet het onvermijdelijke gevolg zijn van het ouder worden zelf. De problemen kunnen een reactie zijn op ongunstige omstandigheden of stressoren op belangrijke levensgebieden. Die ongunstige omstandigheden of stressoren kunnen bijvoorbeeld problemen in de relatie zijn of veroorzaakt worden door andere psychische problemen, zoals depressie of angst. Ook een huisarts die een oudere met seksuele moeilijkheden op het spreekuur krijgt, moet zich realiseren dat het niet louter het ouder worden of de lichamelijke

veranderingen door het ouder worden zijn die het probleem kunnen verklaren (Laumann en Waite).

Ouderen hebben vaker langerdurende relaties. Sleur, routinematige seks of onvoldoende aandacht voor zichzelf en elkaar kunnen de tevredenheid over de seksuele relatie aantasten. Er is zelfs vastgesteld dat de vermindering van de seksuele tevredenheid die vaak bij ouderen wordt aangetroffen, volledig verklaard kon worden door de langere relatieduur en niet door de gevorderde leeftijd van de onderzochte deelnemers als zodanig (Liu). Het voorbeeld van An en Jef past goed bij dit *relatieduureffect*. Daar komt mogelijk nog eens het eerder genoemde generatie-effect bij (Kontula en Haavio-Mannila).

#### *Casus Theo en Maria*

*Theo (67) komt alleen naar het eerste gesprek met de seksuoloog-relatietherapeut. Hij maakt een trieste indruk, zit met het hoofd een beetje gebogen en slaat zijn ogen neer. Toch kan hij zijn verhaal heel goed verwoorden.*

*Hij is gekomen omdat hij erg ontevreden is over zijn relatie met Maria (66). Theo zegt zich te schamen over de reden van zijn ontevredenheid. Hij heeft al 15 jaar een hekel aan Maria's uiterlijk. Ze is dikker geworden en heeft tien jaar geleden een borstamputatie en daarna een borstreconstructie ondergaan. Elke keer als hij haar ziet, voelt hij afkeer en die afkeer is het eerste dat bij hem opkomt als hij 's ochtends zijn ogen open doet. Theo heeft zelf als kind lichamelijke problemen gekregen waardoor hij altijd moeilijk heeft gelopen en orthopedisch schoeisel moet dragen. Hij realiseert zich dat je ook met het ouder worden lichamelijke veranderingen ondergaat die je niet altijd zelf in de hand hebt of die je, als je maar genoeg je best doet, kunt terugdraaien. Hij schaamt zich dan ook voor zijn afkeer van Maria's uiterlijk. Bovendien worstelt hij ermee dat hij enerzijds afstand van haar houdt en weerzin voelt om haar aan te raken of om seksueel contact met haar te hebben, terwijl hij anderzijds ontevreden is over het ontbreken van intimiteit en seksualiteit in hun relatie. Vaak vraagt hij haar om meer te letten op haar eetpatroon en gewicht. Hij vindt dat het zo niet langer kan en heeft zich voorgenomen om naar een psycholoog te gaan om te proberen dit negatieve gevoel kwijt te raken. Maar als het niet lukt, wil hij scheiden.*

*Theo en Maria zijn 35 jaar bij elkaar. Ze hebben drie kinderen (twee zonen en een dochter), die getrouwd zijn en heel gelukkig. Ze hebben drie kleinkinderen. Vier jaar geleden is Theo gestopt met zijn baan als accountant. Maria is altijd huisvrouw geweest. Ze was tevreden met het bezig zijn*

*met de kinderen en het huishouden. Momenteel is ze druk in de weer met de kleinkinderen. Op ieder van hen past ze een dag per week. Ze heeft verder geen hobby's. Theo fotografeert en houdt van klassieke muziek.*

*Maria heeft zich na haar borstkanker voorgenomen om beter voor zichzelf te zorgen en niet altijd het zorgende type te zijn, zoals ze voor de ziekte was. Als Theo haar, meestal geïrriteerd, vraagt of ze per se weer zoveel moet opscheppen bij de warme maaltijd, zegt ze niets en doet nog een schepje extra op haar bord.*

*Op verzoek van de therapeut komt Maria mee naar het volgende gesprek. Ze voelt zich erg ongemakkelijk over de situatie. In haar ogen heeft ze zelf geen probleem. Bovendien vindt ze het vreselijk om privé zaken zo open en bloot te moeten bespreken met een derde. Iets later in het gesprek verdwijnt dat negatieve gevoel en praat ze gemakkelijker. Zij vindt het goed dat Theo hulp is gaan zoeken, maar de belangrijkste verandering zal volgens haar van hem moeten komen. Maria zegt dat Theo altijd heel kritisch is geweest op haar, terwijl hij voor anderen steeds klaarstaat. Ze zou graag meer dingen samen met hem ondernemen, want nu wijdt ieder zich aan zijn eigen bezigheden als ze samen thuis zijn. Theo werkt op de computer aan zijn foto's. Zelf zit Maria het liefst voor de tv. Ze staat open voor meer intiem contact en ook seksueel contact zou voor Maria welkom zijn, als ze maar niet steeds het idee had dat Theo kritisch naar haar kijkt.*

Deze casus bevat enkele elementen die meer specifiek zijn voor de seksuele problematiek van ouderen. In meer langdurige relaties van oudere mensen komt het voor dat de partner als seksuele prikkel in de loop van de tijd minder sterk en effectief is geworden. De partners zijn aan elkaar gewend. Het lichaam van de ander heeft zijn 'nieuwheid' verloren. Deze nieuwheid zorgt er in beginnende en jonge relaties voor dat alleen al het zien van de ander, en zeker van het naakte lichaam van de ander, als sterke erotische prikkel werkt. Het verzwakken van de prikkelwaarde met het langer bij elkaar zijn, kan nog eens sneller gaan wanneer het lichaam van de ander zijn schoonheid verliest. Stellen die van elkaar houden, kunnen soms zeggen dat ze elkaar nog steeds aantrekkelijk vinden. Uit onderzoek naar de gevolgen voor het seksuele leven van lichaamsverminkende operaties, zoals bijvoorbeeld een borstamputatie bij vrouwen, komt echter naar voren dat het niet alleen voor de vrouw zelf, maar ook voor de partner moeilijk is om de lichaamsverandering te accepteren (Fobair et al.). Deze acceptatieproblemen hebben ook negatieve gevolgen voor het seksuele contact. Een verwerkingsproces is nodig

om het seksuele contact te herstellen. Daar staat tegenover dat uit andere onderzoeken bleek dat borstamputatie wel een negatief effect op de lichaamsbeleving had en op sommige sociale activiteiten (bijvoorbeeld zwemmen), maar niet op het seksuele functioneren (Monteiro-Grillo, Marques-Vidal, en Jorge).

#### *Vervolg casus Theo en Maria*

*Maria en Theo vertellen in het intakegesprek dat ze er veel voor over hebben om bij elkaar te kunnen blijven. De partners maken met de therapeut afspraken voor activiteiten die ze samen zullen ondernemen. Ze stellen beiden een verlanglijstje op en zullen om beurten van beide lijstjes een activiteit kiezen. Daarnaast zullen ze allebei moeite doen om ook van de niet-zelfgekozen activiteit iets leuks te maken. Ze spreken ook af om een vaste avond in de week samen door te brengen en die steeds op een andere manier in te vullen.*

*In aanvulling op die afspraken wil Theo het beeld veranderen dat hij van zijn vrouw heeft en zijn negatieve reactie daarop. Hij realiseert zich dat Maria haar uiterlijk niet wil en waarschijnlijk ook niet kan veranderen. Op verzoek van de therapeut kan hij gemakkelijk een aantal positieve eigenschappen en gewoonten van Maria opsommen. Hij kiest voor een individueel traject waarin hij zijn gedachten over het uiterlijk van Maria wil proberen te veranderen. Hij krijgt gedurende een aantal sessies cognitieve therapie waarin hij de gedachten die hem op dit punt dwarszitten, uitdiept en probeert om die zodanig bij te stellen dat het hem lukt om zich neutraal te voelen bij het zien van Maria's uiterlijk. Hij werkt hier ook thuis aan.*

*In de periode dat hij hier intensief mee bezig is, gebeuren er een aantal onverwachte, negatieve dingen in de omgeving van het stel. Een goede vriend overlijdt plotseling. Het gaat slecht met het accountantsbedrijf dat Theo destijds aan een goede bekende heeft verkocht. Theo zelf dreigt depressief te worden. Hij vraagt medicinale ondersteuning aan de huisarts en begint met antidepressiva. De cognitieve therapie wordt tijdelijk op een laag pitje voortgezet. Als de depressie verdwijnt, hervat Theo de therapie. Hij slaagt er steeds beter in om de verwijtende en boosheid oproepende gedachten die bij hem opkomen, opzij te zetten.*

*Maria en Jef houden zich vrij goed aan de afspraken en ze vertellen dat ook intiem contact af en toe weer mogelijk is. Maria vindt het opnieuw moeilijk om daar gedetailleerd over te vertellen, maar ze maakt duidelijk dat ze het hernieuwde seksuele contact fijn vindt. Na acht maanden wordt het contact met de therapeut afgerond.*

## Lichamelijke belemmeringen van de seksualiteit

Het is een gegeven dat lichamelijke kwalen en de medicijnbehandelingen daarvan het seksuele functioneren kunnen bemoeilijken. Ouderen hebben meer last van dergelijke kwalen. Het is soms niet eenvoudig om de invloed van een ziekte of medische behandeling te onderscheiden van andere, psychologische en relationele factoren. Laten we kijken naar de volgende casus.

### *Casus Herman en Marlies*

*Herman (68) komt na een verwijzing van de revalidatiearts bij de seksuoloog terecht. In het eerste gesprek komt hij alleen. Hij heeft al enkele jaren geen zin meer in seks. Zijn verlangen is sterk afgenomen nadat bij hem een schedelbasismeningioom (hersentumor) werd geconstateerd en hij daarvoor behandeld werd met bestraling. Voor de hormoonproblemen die ontstonden na de bestraling, wordt hij nog steeds behandeld met medicatie die zijn testosteron gebrek compenseert, en met het schildklierhormoon.*

*Voordat hij ziek werd, had Herman enkele keren per week spontaan zin in seks. Hij had in het begin van zijn huwelijk jarenlang last van een voortijdige zaadlozing. Dit veroorzaakte sterke faalangst op seksueel gebied. Er was destijds geen sprake van een erectiestoornis. Momenteel heeft hij overdag geen spontane erecties en ook als er af en toe seksueel contact is met zijn vrouw, is zijn erectie niet lang genoeg stijf. Hij heeft wel ochtend-erecties, maar ook dan is zijn penis niet helemaal stijf. Herman heeft recent een aantal keren gemasturbeerd om te onderzoeken of hij op die manier een goede erectie kon opwekken. De erectie bleek matig stijf. Hij heeft masturbatie altijd als slecht en 'tweedekeus' beschouwd. Hij meent dat de minder stijve erecties dan ook door zijn schuldgevoelens kunnen komen. Voorheen masturbeerde hij nooit; hij beschikte immers over een partner om zijn seksuele behoefte te bevredigen. Herman zou zelf graag meer zin in seks hebben en minder last van faalangst tijdens het vrijen. Hij vertelt dat hij zelf altijd de initiator van het seksuele contact met zijn partner is geweest, terwijl zijn vrouw op seksueel gebied veeleer de passieve rol op zich nam. Hij wijt dit aan het feit dat volgens hem zowel hij als zijn vrouw erg gesloten zijn over seksualiteit. "We kunnen er niet goed over praten," zegt hij. Herman weet niet of zijn vrouw het op prijs stelt dat hij nu hulp zoekt. Hij kan, tot zijn schaamte, niet zeggen of Marlies, zijn vrouw, vroeger van het vrijen heeft genoten. Herman is al 35 jaar met haar getrouwd. Hij vindt zijn huwelijk in andere opzichten uitstekend.*

*Bij het tweede gesprek is ook Marlies aanwezig. Zij vindt het spijtig dat Hermans zin in seks afneemt. Ze voelt zich nu, vooral na de overgang, vrijer op seksueel gebied, hoewel ze er nog steeds niet gemakkelijk over kan praten. Ze vindt het jammer dat ze samen, nu ze meer tijd voor elkaar hebben, niet vaker van vrijen kunnen genieten. Ze merkt dat Herman lijdt onder zijn seksuele probleem en zegt: "Het knaagt aan hem, hij wordt er chagrijnig van." Herman is sinds het ontstaan van de tumor agressiever en sneller geïrriteerd. Hij meent zelf dat hij zich ('gelukkig') kan inhouden. Volgens Marlies daarentegen reageert hij vaak impulsief en wordt hij gemakkelijk boos.*

Bij het seksuele probleem van Herman zelf en de problemen rond seks in zijn relatie met Marlies spelen waarschijnlijk diverse elementen een belangrijke rol. Er zijn geen ernstige relatieproblemen. Ze houden van elkaar en uiten dat ook naar elkaar en anderen. In hun lange relatie hebben echter grote veranderingen plaatsgevonden. Het paar heeft al vanaf het begin van hun relatie moeite om openlijk over seksualiteit te communiceren. Na een moeizame beginfase die werd veroorzaakt door Marlies' terughoudendheid en Hermans voortijdige zaadlozing, is er meer ruimte gekomen om van seks te genieten. Marlies voelt zich daar nu, na de overgang, vrijer in, maar Herman ondervindt moeilijkheden door zijn hersenziekte en de behandeling daarvan met bestraling en medicijnen. Ook spelen hormonale factoren ten gevolge van de ziekte en behandeling waarschijnlijk een belemmerende rol.

Het lukt de partners niet om soepel te reageren op deze fase-overgangen in hun relatie en de veranderde lichamelijke omstandigheden door Hermans ziekte. Zij hebben in de vroege fase van hun relatie als het ware 'op automatische piloot' seks kunnen hebben ondanks Marlies' wat angstige houding ten opzichte van seks, omdat ze lichamelijk gemakkelijk seksueel reageerden op elkaar, al werd de pret soms bedorven doordat Herman zo snel klaarkwam. Beider starre opvattingen over seks maken aanpassingen aan de steeds veranderende situatie moeilijk.

Wat Hermans lichamelijke gezondheid betreft, spelen neurologische en hormonale factoren waarschijnlijk een rol. Zijn eigen testosteronproductie is door de bestraling ontregeld. Hij maakt zelf onvoldoende testosteron aan, maar met hormoonpleisters wordt dit tekort aangevuld. Daarnaast is echter de productie van een ander hormoon, prolactine, chronisch verhoogd, wat met andere medicatie wordt onderdrukt. Het prolactineniveau in zijn lichaam is soms echter moeilijk op een goed peil te krijgen. Prolactine onderdrukt het seksuele verlangen en remt het seksuele functioneren.

Het meningeom en de bestralingsbehandeling kunnen schade veroorzaken aan diverse gebieden van het lichamelijke en cognitieve functioneren. Aandachts- en concentratiestoornissen kunnen op hun beurt opwindingsstoornissen veroorzaken. Hermans klachten maken neuropsychologisch onderzoek naar zijn cognitieve functies noodzakelijk.

#### *Vervolg casus Herman en Marlies*

*Het neuropsychologische onderzoek wees uit dat Herman problemen heeft met de uitvoering van dubbeltaken, omdat hij zijn aandacht snel verliest. Ook is zijn concentratievermogen verminderd. Herman heeft dat ook zelf gemerkt bij het autorijden.*

*Aan beiden wordt het advies gegeven om te starten met seksthera teneinde hun communicatie over seksuele gevoelens te verbeteren (Van Lankveld). Deze behandeling helpt om de vermindering van lichamelijk contact en Hermans faalangst te verminderen. Het advies luidt bovendien om gelijktijdig met de sekstherapie Hermans hormoonbehandeling aan te passen, maar pas een erectieondersteunend medicijn te gebruiken als de sekstherapie onvoldoende werkt. Beiden gaan hiermee akkoord.*

*Het koppel spreekt af om te beginnen met niet-genitale streel oefeningen (Van Lankveld) – een belangrijk onderdeel van sekstherapie. In de eerste weken doen ze de oefening vier keer. Ze strelen elkaar en voelen zich daarbij heel onwennig. In de tijd tussen de oefeningen voelen ze zich echter veel dicht bij elkaar, intiem, en meer bij elkaar betrokken. Ze rapporteren in het volgende therapiegesprek dat er een grote barrière tussen hen is weggevallen.*

*In de volgende periode van enkele weken gaan ze door met strelen, waarbij ze nu ook de geslachtsdelen aanraken. Ze houden vol om zonder gemeenschap te vrijen, zelfs als ze opgewonden raken. Ze mogen van dat gevoel genieten, maar er is geen druk om de opwindning vol te houden, om gemeenschap te hebben of om een orgasme te bereiken.*

*Herman vindt het, tegen zijn verwachting in, fijn om te doen. Hij merkt dat hij nog steeds seksuele gevoelens kan hebben. Hij krijgt tijdens het strelen een erectie die ook aanhoudt. Dit effect op de erectie wordt sterker naarmate het paar vaker oefent.*

*Marlies heeft weliswaar volgens afspraak meegedaan aan de oefeningen, maar voor haar levert het minder op. Ze merkt op dat Herman haar vooral plichtmatig en met weinig gevoel streelt. Ze wil daar tijdens het oefenen niets van zeggen, omdat ze bang is dat hij het als kritiek zou opvatten en daarop impulsief geïrriteerd zou reageren.*

*Herman wil graag dat Marlies tijdens de oefening duidelijk aanwijst wat zij van hem wil. Marlies stemt daarin toe. Na deze aanpassingen is Marlies tevredener, omdat Herman meer aandacht aan haar besteedt. In de hierop volgende periode gaan ze door met oefenen op deze manier. Een toevoeging is de 'plaag oefening'. Hierbij wekt Marlies bij Herman een erectie op. De stimulatie wordt gestaakt zodra de erectie voldoende sterk is. Nadat deze weer is weggezakt, wordt de stimulatie hervat, waarna men naar wens door kan gaan tot aan het orgasme.*

*Hermans opwindingsvermogen verbetert, maar hij begint zich steeds meer zorgen te maken over zijn gebrek aan zin in seks. Hij had verwacht dat de betere erecties ook zijn behoefte aan seks opnieuw zouden opwekken. Maar hij ervaart nog steeds geen spontane zin of behoefte. Hij is zich er wel zeer van bewust dat hij kan genieten als hij eenmaal bezig is met het seksuele contact met Marlies. Als verklaring voor het uitblijven van een hernieuwd seksueel verlangen wordt geopperd dat Hermans prolactineniveau nog steeds verhoogd is. In de sessie wordt duidelijk dat Marlies – ondanks het ontbreken van spontane zin in seks bij haar man – wel meer zou willen. We bespreken de mogelijkheden om hun interactiepatroon aan te passen. Marlies mag initiatief nemen en Herman is bereid te proberen daarin mee gaan. Een ander onderwerp tijdens deze sessie is hun communicatie tijdens het vrijen. Herman vertelt dat hij dan slecht tegen kritiek van Marlies kan, ook al is het maar één verkeerd woord. Marlies verklaart zich bereid om daarop te letten, eventuele kritiek uit te stellen en er na het vrijen op terug te komen.*

*In het afsluitende gesprek blijkt de situatie niet verder veranderd te zijn. Het dagboekje dat Herman heeft bijgehouden, bevestigt de stabilisering van het seksuele gedrag en functioneren. Herman heeft nog steeds geen spontane zin in seks. Hij heeft moeite om lustgevoelens bij zichzelf op te wekken, maar als hij eenmaal begint te vrijen, krijgt hij wel een erectie. De erectie is meestal niet volledig stijf. Tot dan toe is het eenmaal gelukt om gemeenschap te hebben en de erectie vast te houden tot aan het orgasme. Beiden vinden dat ze vooruit zijn gegaan in hun manier van praten over seks, maar ook over andere onderwerpen. Ze zijn verder in alle andere opzichten tevreden over hun relatie en ze realiseren zich dat hiermee in seksueel opzicht het plafond bereikt is. De therapie wordt afgesloten.*

## De seksualiteit van ouderen en hulpverlening

Het is een bekend gegeven dat mensen met seksuele moeilijkheden niet gemakkelijk zelf het initiatief nemen om hulp te vragen. Steeds opnieuw bevestigt onderzoek dat veel meer patiënten durven te vertellen dat er moeilijkheden zijn waarvoor men graag hulp zou ontvangen wanneer de huisarts of de medische specialist het onderwerp seksualiteit ter sprake brengt, dan wanneer dat aan de patiënt zelf wordt overgelaten (Bachmann, Leiblum, en Grill; Van Lankveld et al., "Seksuele klachten"; Gott en Hinchliff, "Barriers").

Hoewel seksualiteit een natuurlijk gegeven is, bestaat er een enorme diversiteit in de verschijningsvormen van seksueel gedrag, in de seksuele moeilijkheden en in de behoefte aan hulp daarbij. Het gaat hier om een diversiteit met verschillende dimensies. Leeftijd is de voornaamste dimensie waarover dit boek gaat. Andere belangrijke dimensies zijn seksuele oriëntatie (heteroseksueel, homoseksueel, biseksueel), en cultuur. Ook binnen de Nederlandse of de Angelsaksische cultuur bestaan grote verschillen in de opvattingen over de omstandigheden waaronder seksueel gedrag is toegestaan, of wordt vereist. De subcultuur waartoe we behoren, schrijft in dwingende mate voor met wie we seks kunnen of mogen hebben, onder welke omstandigheden, in welke levensfase, welke seksuele gedragingen toegestaan zijn, in welke volgorde, et cetera. En ook in de bredere etnische cultuur leven dergelijke voorschriften, aanwijzingen, ge- en verboden. Seksualiteit wordt dus tot op zekere hoogte 'gemaakt' in een sociaal-culturele context. Gagnon en Simon noemen het geheel van voorschriften rond seksualiteit *het seksuele script*. Seksualiteit zou zich in de loop van iemands leven ontwikkelen volgens een dergelijk script. De culturele betekenissen van seksualiteit worden tijdens de opvoeding op jonge leden van de cultuur overgedragen via voorbeeldgedrag, onder meer in de media, en via bijsturing van het gedrag door reacties van de omgeving. In sommige scripts wordt het seksuele gedrag van ouderen afgekeurd. Bij oudere mensen zou de seksuele behoefte langzaam maar zeker irrelevant worden en uit het dagelijkse repertoire verdwijnen. Wanneer een huisarts of andere hulpverlener dit script hanteert, is het niet vanzelfsprekend dat hij de seksuele vragen en noden van een oudere op zijn spreekuur herkent of erkent. De hulpverlener begint er dan zelf niet over en negeert subtiele hints in die richting van de patiënt. Als een seksueel probleem van een oudere toch op tafel wordt gelegd, kan de hulpverlener het bagatelliseren ('moet je je daar nog druk om maken op jouw leeftijd') of als onvermijdelijk uitleggen ('met al jouw lichamelijke kwalen is het

ook niet meer dan normaal dat het seksueel niet meer gaat'). De bereidheid om creatief te zoeken naar een oplossing wordt door een dergelijke vorm van discriminatie belemmerd. In de Engelstalige wereld duidt de term *ageism* de meer of minder subtiele discriminatie aan op grond van (jongere of oudere) leeftijd (Gott, Hinchliff, en Galena).

Ook ouderen zijn seksueel actief of kunnen dat althans zijn. Zij kunnen een authentiek verlangen naar intimiteit, en een lichamelijke en seksuele lustbeleving hebben, zowel in 'solovorm' als binnen een intieme relatie. De belemmeringen die ze hierbij soms ervaren, zijn niet uitsluitend te herleiden tot leeftijd. De vaker op oudere leeftijd optredende lichamelijke factoren die de seksualiteit kunnen bemoeilijken, verdienen een serieuze beoordeling. Soms zijn er geschikte mogelijkheden om die te behandelen of te verminderen. Daarnaast is het van groot belang om naar andere, niet per se leeftijdsgebonden, remmende factoren te kijken. Lichamelijke, psychische en relationele factoren die van invloed zijn op de seksualiteit, verdienen ook bij ouderen de volle aandacht.

## Geciteerde bronnen

- Bachmann, G.A., S.R. Leiblum, en J. Grill. "Brief Sexual Inquiry in Gynecologic Practice." *Obstetrics and Gynecology* 73.3-1 (1989): 425-7.
- Bancroft, J., J.Loftus, en J.S. Long. "Distress About Sex: A National Survey of Women in Heterosexual Relationships." *Arch Sex Behav* 32.3 (2003): 193-208.
- Carpenter, L.M., C.A. Nathanson, en Y.J. Kim. "Physical Women, Emotional Men: Gender and Sexual Satisfaction in Midlife." *Arch Sex Behav* 38.1 (2009): 87-107.
- Fobair, P., et al. "Body Image and Sexual Problems in Young Women with Breast Cancer." *Psychooncology* 15.7 (2006): 579-94.
- Fugl-Meyer, K., en A.R. Fugl-Meyer. "Sexual Disabilities Are Not Singularities." *Int J Impot Res* 14.6 (2002): 487-93.
- Gagnon, J.H., en W. Simon. "The Sexual Scripting of Oral Genital Contacts." *Arch Sex Behav* 16.1 (1987): 1-25.
- Gijs, L., W.Gianotten, I.Vanwesenbeeck, en P. Weijnenborg. *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
- Gott, M., en S. Hinchliff. "Barriers to Seeking Treatment for Sexual Problems in Primary Care: A Qualitative Study with Older People." *Fam Pract* 20.6 (2003): 690-5.
- . "How Important Is Sex in Later Life? The Views of Older People." *Soc Sci Med* 56.8 (2003): 1617-28.
- Gott, M., S. Hinchliff, en E. Galena. "General Practitioner Attitudes to Discussing Sexual Health Issues with Older People." *Soc Sci Med* 58.11 (2004): 2093-103.
- Kedde, H., en S. de Haas. "Problemen met het seksueel functioneren." *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Red. F. Bakker en I. Vanwesenbeeck. Delft: Eburon, 2006. 123-38.
- Kontula, O., en E. Haavio-Mannila. "The Impact of Aging on Human Sexual Activity and Sexual Desire." *J Sex Res* 46.1 (2009): 46-56.
- Lankveld, J.J. van. *Naar de 7e hemel: Verbeter zelf je seksuele relatie*. Haarlem: Aramith, 2004.
- Lankveld, J.J. van, M.M. ter Kuile, G.G. Kenter, E.V. van Hall, en P.T.M. Weijnenborg. "Seksuele klachten en ervaringen met seksueel en fysiek geweld bij gynaecologische patiënten." *Ned Tijdsch Geneesk* 140 (1996): 1903-6.
- Lankveld, J.J. van, M.A. van den Hout, M.G. Spigt, en G.A. van Koevinge. "Cognitive Changes Predict Continued Recovery of Erectile Functioning Versus Relapse after Discontinuation of Sildenafil Treatment for Male Erectile Dysfunction." *Psychosom Med* 65.4 (2003): 709-18.
- Laumann, E.O., en L.J. Waite. "Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57-85 Years of Age." *J Sex Med* 5.10 (2008): 2300-11.

- Lindau, S.T., et al. "A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States." *N Engl J Med* 357.8 (2007): 762-74.
- Liu, C. "Does Quality of Marital Sex Decline with Duration?" *Arch Sex Behav* 32.1 (2003): 55-60.
- Monteiro-Grillo, I., P. Marques-Vidal, en M. Jorge. "Psychosocial Effect of Mastectomy Versus Conservative Surgery in Patients with Early Breast Cancer." *Clin Transl Oncol* 7.11 (2005): 499-503.
- Moreira, E.D., D.B. Glasser, A. Nicolosi, F.G. Duarte, en C. Gingell. "Sexual Problems and Help-Seeking Behaviour in Adults in the United Kingdom and Continental Europe." *BJU Int* 101.8 (2008): 1005-11.
- Nicolosi, A., et al. "Sexual Behaviour, Sexual Dysfunctions and Related Help Seeking Patterns in Middle-Aged and Elderly Europeans: The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors." *World J Urol* 24.4 (2006): 423-8.
- Quilliam, S. "Grey Sex." *J Fam Plann Reprod Health Care* 35.2 (2009): 123-4.
- Wagner, G., K.S. Fugl-Meyer, en A.R. Fugl-Meyer. "Impact of Erectile Dysfunction on Quality of Life: Patient and Partner Perspectives." *Int J Impot Res* 12 Suppl 4 (2000): 144-6.