

Sexcounseling samenvatting

Deel 1 – Basisinformatie

Hoofdstuk 1. Visies op seksualiteit en de attitude van de hulpverlener

Wat is seksualiteit?

Definitie Walter Eveaerd: 'Seksualiteit is het gedrag dat gericht is op het (laten) ervaren van opwindings- en lustgevoelens'. Dit is een definitie waar veel mensen zich in kunnen vinden als ze denken aan seksualiteit.

De NVVS discuteert nog altijd over de exacte definitie van seksualiteit. Marije houdt het volgende aan: 'Seksualiteit is fysieke en/of cognitieve activiteit die gericht is op het oproepen van lichamelijke seksuele reacties en/of gevoelens van seksuele opwindings'.

De maatschappelijke en culturele invloed heeft als gevolg dat grote groepen mensen ongeveer hetzelfde denken over seksualiteit.

1.1 Visies op seksualiteit

Belangrijkste wijzigingen over het denken van seksualiteit sinds begin 20^e eeuw:

- Seksualiteit heeft een positiever imago gekregen.
- Switch van biologische benadering naar biopsychosociale benadering.

Geschiedenis:

- Tot eind jaren 20 vorige eeuw: seksueel verlangen wordt gezien als biologisch bepaalde drift die de mens leidde tot zonde (religie), asociaal gedrag (Freud) en anarchistisch gedrag (wetgevers). Dit zijn het traditioneel christelijk, het freudiaans en het sociologisch controle- en regressiemodel.
- Eind jaren 20: beweging van seksuele hervorming, waarbij seksueel verlangen gezien wordt als een positief biologische drift die niet onderdrukt hoeft te worden. Het radicaal politieke model, waarbij de maatschappij dient aan te passen aan de menselijke natuur en andersom.
- Jaren 50 en 60: inzicht dat seks meer is dan alleen biologisch. Het eenvoudige leermodel, waarbij de mens bewust op zoek kan gaan naar plezierige prikkels.
- Jaren 70 en 80: eenvoudig leermodel groeit tot het cultureel leermodel aka biopsychosociaal model. Hier wordt het driftdenken losgelaten. Dit model wordt nog in de 21^e eeuw toegepast.
- Jaren 90: grote groei van de farmacotherapie, denk aan 1988 dat de erectiepill kwam.
- Eerste decennium 21^e eeuw: discussie over verseksualisering van de maatschappij waarbij de rol van de media centraal staat.
- Hedendaagse seksuologie: over het algemeen wordt er van uitgegaan dat lichamelijke factoren voorwaarden zijn voor seksuele activiteit en seksuele beleving. En of iemand seksueel actief wordt, hangt af van psychologische en maatschappelijke factoren.
- Jaren 10 deze eeuw: meer aandacht voor seksuele gezondheid. NVVS ontwikkelt een nieuwe functie, consulent seksuele gezondheid. 'Seksuele gezondheid is het vermogen zich seksueel aan te passen een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.'

1.2 De betekenis van de visies voor individuen

Iedereen heeft zijn eigen kijk op seksualiteit. Voorbeeld:

- Elementen van de beheersingsmoraal vinden wij terug in onze cultuur in het algemeen en ik bepaalde subculturen in het bijzonder. Dit is terug te vinden in normen ten aanzien van masturbatie, homoseksualiteit en genieten van seksualiteit.
- Een seksespecifieke socialisatie kan van invloed zijn op het seksueel gedrag en beleving van mannen en vrouwen en de verwachtingen die daarmee samenhangen.

Veel mensen denken alleen dat er een biologische drift is. Hiervoor geeft het biopsychosociale benadering een beter inzicht in wat seksuele motivatie allemaal nog meer kan zijn. Er zijn namelijk

veel verschillende redenen waarom mensen willen vrijen. VB. liefde, geld, voortplanting, uit verveling etc. Als twee mensen vrijen kan de motivatie verschillen tussen de personen. De een kan de motivatie van de ander afkeuren.

De maatschappelijke, religieuze en culturele invloeden zijn met opvoeding en persoonlijke ervaring bepalend voor de kennis die iemand heeft over seksualiteit. Hierdoor heeft iedereen een persoonlijke bagage met denkbeelden, overtuigingen en verwachtingen die seksualiteit beïnvloeden.

1.3 De attitude van de hulpverlener

De cliënt begint met zijn persoonlijke bagage te vertellen, zonder dat de hulpverlener die ideeën probeert te veranderen. De hv geeft vervolgens de oorzakelijke verbanden weer tussen de normen en het probleem. De cl mag zelf kiezen of hij/zij deze normen/ideeën die het probleem veroorzaken wilt houden. De attitude van de hv beschikt over verschillende dimensies, zoals respect, veiligheid en zorgvuldigheid. De volgende 3: serieus nemen, waarden, normen en grenzen én ethische aspecten.

1.3.1 Het serieus nemen van het seksuele probleem

De eigen visie van de hv op seksualiteit speelt een belangrijke rol in de manier hoe de hv zich opstelt tegenover de cl. Het is bijna vanzelfsprekend dat je seksuele problemen serieus moet nemen. Toch kan dat worden ontkent door bijvoorbeeld:

- 'Seksproblemen zijn onnodig, want seks kan geen probleem zijn.' Dit komt voort uit het idee dat seks vanzelf gaat.
- Seksproblemen zijn luxeproblemen en die behoeven dus geen zorg. Het lijkt hier alsof je seks niet nodig hebt om te overleven en dus een luxe is. Maar wat is luxe?

1.3.2 Waarden, normen en grenzen van de hulpverlener

Van de hv wordt verwacht dat hij/zij de eigen bagage onderzocht heeft en weet te hanteren. Dit betekent: kunnen omgaan met verschillende aspecten van de eigen visie in het hulpverleningscontact, zodanig dat het de cl ten goede komt. De hv kan zichzelf onderzoeken door:

- Zelfonderzoek
- Supervisie
- Intervisie
- Startoefening: associatie opschrijven die je krijgt bij het woord 'seks'. En deze woorden ene positieve of negatieve lading geven.

Als hv streeft je naar een zo open mogelijke houding. Dit betekent niet dat je je eigen grenzen moet overschrijden, maar het betekent dat je de cl zo goed mogelijk kunt helpen.

1.3.3 Enkele ethische aspecten bij seksuologische hulpverlening

De beroepscode van de basisdiscipline van de hv is het uitgangspunt, maar er zijn een aantal aspecten die extra aandacht nodig hebben:

- Emotionele intimiteit: hv heeft een maximale betrokkenheid maar behoudt een bepaalde afstand tot de cl. Als er sprake is van persoonlijke, erotisch getinte belangstelling, dan dient de hv dit direct te bespreken met een college of supervisor. Eigen seksuele gevoelens van de hv tov de cl moet onderkent en onderzocht worden.
- Concreet en direct spreken over seksueel gedrag en seksuele beleving. Het hulpverleningscontact is daardoor gedwongen intiem. De hv moet goed navragen of doorvragen naar seksuele details wel of niet nodig is.
- Als een hv lichaamsgericht werkt, moet hij/zij ervan bewust zijn dat de aanrakingen niet geassocieerd kunnen worden met iets seksueels.
- De hv mag geen ontucht plegen met zijn of haar cliënt OF een seksuele relatie aangaan met de cliënt ook niet als het initiatief vanuit de cliënt komt.

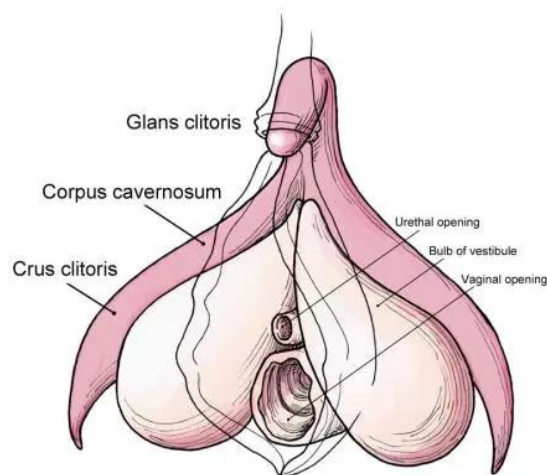
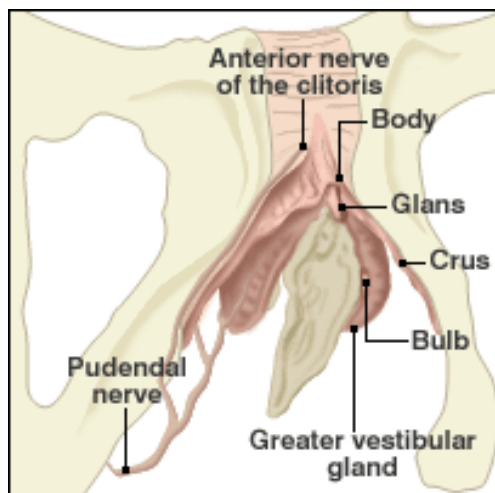
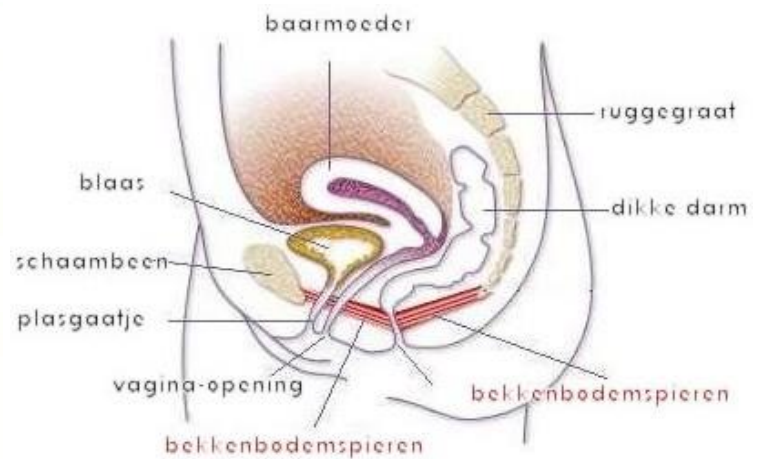
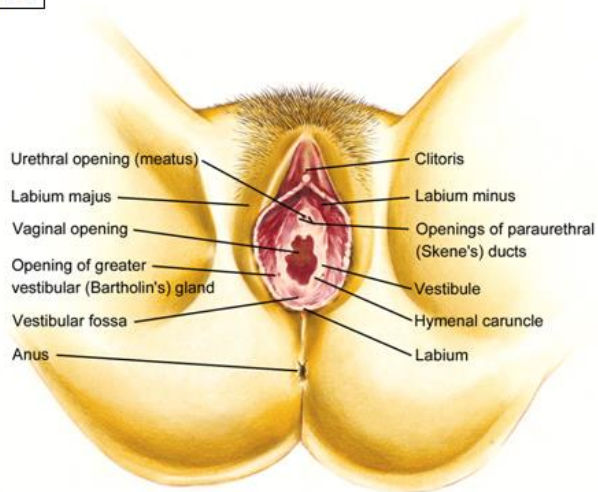
Hoofdstuk 2. Seksuele anatomie en fysiologie

Voor de hv is het belangrijk om kennis te hebben van seksuele anatomie en fysiologie om problemen in kaart te kunnen brengen en te weten wat mogelijk de oorzaak is.

2.1 De vrouwelijke geslachtsorganen

Zie hieronder afbeeldingen van de anatomie van de vrouw (ga ervan uit dat iedereen dit kent).

Vulva



Bekkenbodemspieren: groep spieren aan de onderkant van het bekken. Deze spieren kunnen onbewust of bewust aangespannen worden. Normaal zijn ze een beetje actief, waardoor de plasbuis, anus en de vagina worden afgesloten. De bekkenbodemspieren moeten ontspannen om urine en ontlasting door te laten, maar ook om een vinger, tampon, vibrator of penis in de vagina te brengen. Bij seksuele opwinding en orgasme spannen de spieren onbewust ritmisch aan, maar dit kan ook bewust om de seksuele opwinding te verhogen. Andere functies; opvangen van drukverschillen in de buikholte en het steunen van organen in het bekken en de buik (blaas, endeldarm en baarmoeder).

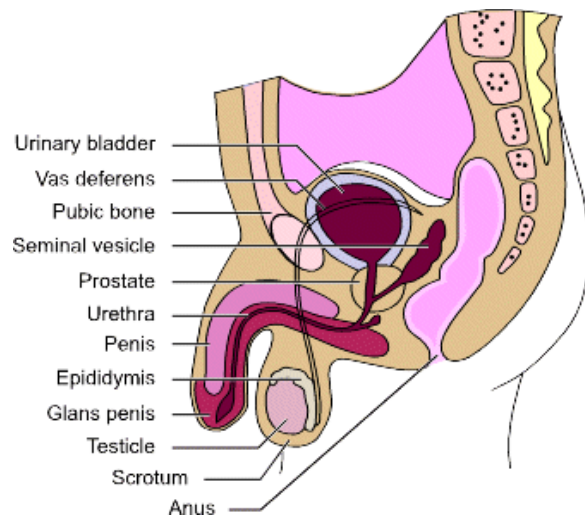
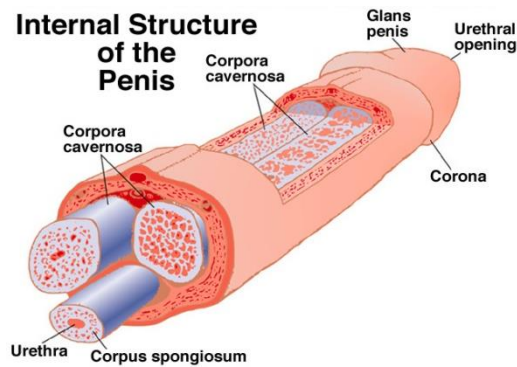
Sluitspiieren: twee spieren rond de anus:

- De interne anale sluitspier staat normaal op spanning om het anale kanaal af te sluiten bevinden zich twee sluitspiieren. Deze ontspant door een soort reflexmechanisme, de defaecatiereflex. De spier ontspant pas als de ontlasting het onderste deel van de dikke darm heeft bereikt. De externe kan dit onderdrukken door aan te spannen. De defaecatiereflex kan opgewekt worden door diep in te ademen of de buikspieren aan te spannen (perstechniek).
- De externe anale sluitspier is een onderdeel van de bekkenbodemspieren en kan bewust worden aangespannen en ontspannen.

2.2 De mannelijke geslachtsorganen

Zie ook hier de afbeeldingen van de anatomie. Interessant: smegma is de talgklierafscheiding rond de eikel (man) én clitoris (vrouw).

Internal Structure of the Penis



Bekkenbodemspieren: zelfde als bij de vrouw, alleen minder complex doordat er geen baarmoeder en vagina is. Bij mannen waarbij de erectie snel verdwijnt, kan geoefend worden met deze spieren aan te spannen om de erectie langer vast te houden.

Anus: bij de man kan de penis prikkelen via de anus. Op ongeveer 5 cm diep is de prostaat te voelen, wat opwindend en prettig kan zijn.

Hoofdstuk 2,3 en 4 zijn herhaling van vorig semester (seksuele respons, parafilieën, DSM etc)

Deel 2: De intakefase

In een intake vraagt de cliënt om hulp en is het de hulpverlener die de hulp aanbiedt. In de intake gaat het erom om vraag en aanbod op elkaar af te laten stemmen. Er is een interactieproces op emotioneel en cognitief niveau. Het emotionele niveau hangt af van de hulpverlener als persoon, non-verbale communicatie en ontwikkelt dit vooral door te oefenen. In dit boek wordt vooral ingegaan op het cognitieve niveau.

Hoofdstuk 5. Probleemverkenning

De cliënt komt niet altijd gelijk met het seksuele probleem op tafel. Er zijn een aantal dingen dat de hulpverlener kan doen om het te vereenvoudigen:

- Open en actieve houding ten opzichte van seksualiteit. Dus actief ernaar vragen en laten merken dat er een mogelijkheid is om te praten over seksualiteit en problemen.
- Direct vragen wat het probleem is.

Als de cliënt heeft aangegeven wat zijn of haar seksuele probleem is dan moeten de volgende vragen beantwoord worden:

- Is deze persoon met dit probleem op de juiste plaats bij deze instelling en/of hulpverlener?
- Hoe gaan probleemverkenning en behandelplan eruitzien?
- Naar welke instelling, welke persoon kan indien nodig het best verwezen worden?

Om deze vragen te beantwoorden moeten de volgende zaken duidelijk zijn: Wat is precies de klacht? Wat is de gewenste situatie (het doel)? Welke obstakels staan het zelfstandig bereiken van het doel in de weg?

5.1 Praten over seks

Hulpverlener moet ervan bewust zijn dat het niet voor iedereen vanzelfsprekend is om over seksualiteit te praten en al zeker niet met een vreemde. Tips om de drempel om over seks te praten te verlagen:

- Eerst een aantal algemene vragen stellen zodat de cliënt aan de situatie kan wennen.
- Als het duidelijk is dat de vraag over seksualiteit gaat kan de hulpverlener dit bespreekbaar maken. Een klein gesprekje over praten over seks en taalgebruik. Vragen hoe de cliënt seks ziet en wat dit voor diegene betekent etc.
- Vragen aan de cliënt hoe hij of zij zich voelt bij de woordkeuzes van de hulpverlener. Vragen wat gevoelswaardig fijne woorden zijn om te gebruiken (vb. liefde bedrijven of seksen). Ook moet duidelijk worden wat met de verschillende benamingen bedoeld wordt.

- De hv geeft aan dat er intieme vragen gesteld zullen worden om de oorzaak te achterhalen. Er wordt ook verteld waarom dit gevraagd wordt, zodat duidelijk wordt gemaakt dat dit niet vanuit voyeuristisch standpunt wordt gesteld.
- Zoveel mogelijk open vragen stellen, zodat het verhaal wordt verteld in woorden van de cliënt. Gesloten vragen kunnen een verlegen cliënt helpen om het wat makkelijker te maken om te praten.

5.2 Samen of apart

De hv kan kiezen of een koppel samen of alleen op gesprek komen. Hertlein et al. geven de voorkeur om te werken via een intersystemische benadering die bestaat uit 5 componenten:

1. dat wat ieder van de partners meeneemt de relatie in;
2. de psychologische persoonlijkheid van degene met de seksuele disfunctie;
3. interrelationele aspecten vanuit systemisch perspectief;
4. de gezinsachtergronden van beide partners;
5. de invloed van milieu, maatschappelijke, culturele, religieuze en historische factoren op het oordelen en nemen van besluiten.

Een van de partners kan een volledige geheimhouding aanvragen aan de hv. Dit kan positief zijn, omdat de cliënt dan meer zal delen en dit kan helpen bij het oplossen van het probleem. Maar dit kan ook een dilemma zijn voor de hv, bijvoorbeeld als die persoon een relatie heeft met een ander waar de vaste partner niks van mag weten.

5.3 Benodigde informatie – de vragen

Info die nodig is om het probleem te kunnen formuleren:

- De aard van de klacht
- Het doel van de cliënt
- De oorzaak van de klacht aka wat de cliënt belemmert om het doel te bereiken

De probleemverkenning gaat eigenlijk door tijdens de behandeling, omdat er vaak meerdere oorzaken zijn of dingen die het probleem in stand houden (biopsychosociale visie). Een behandeling is daarom een continue proces van evalueren en bijstellen. In de volgende sub paragrafen worden vragen besproken die de hv kan stellen. Hierbij geldt het volgende:

- Het is niet de bedoeling dat alle vragen aan alle cliënten gesteld worden. Hv moet kiezen welke vragen aansluiten bij de cliënt en het probleem.
- Pas de vragen aan aan de situatie van de cliënt. Veel vragen zijn op koppels gericht. Deze kunnen omgevormd worden naar seks met jezelf. Hetzelfde geldt voor aanpassen naar hetero, homo of lesbische relatie/seks.

5.3.1 Klachtverheldering

Nagaan:

- Of de klacht gaat over prestatieontevredenheid of belevingsontevredenheid. En welke factoren horen hierbij: emotioneel, fysiologisch, cognitief of gedragsfactoren.
- Wanneer de klachten zijn begonnen.
- Wanneer het een probleem is geworden voor de cliënt.
- In welke situaties het probleem zich voordoet.
- Wat er wel goed gaat met betrekking tot seksualiteit.

Zie blz. 67,68 voor voorbeeldvragen.

5.3.2 Probleemverkenning

In deze fase wordt onderzocht wat de oorzaken uit het verleden zijn en wat nu het probleem in stand houdt. Het gaat hier om psychologische, individuele en relationele aspecten.

Tijdens een intake is er maar beperkte tijd, daarom zal de hv keuzes moeten maken in wat hij of zij bevraagd. Zij hebben een minimaal aantal informatie nodig om een behandelplan op te stellen.

- Medisch onderzoek doen om lichamelijke oorzaken te achterhalen of in stand houdende factoren uit te sluiten. Vaak is de cliënt al naar een huisarts geweest en anders dient de cliënt nog

naar een arts doorverwezen te worden. De hv kan hierover al info verkrijgen tijdens de intake. Ook wordt er nagegaan of er psychiatrische klachten zijn.

- Psychosociaal onderzoek doen om na te gaan welke factoren allemaal invloed kunnen hebben op het probleem. Vragen als: heeft u een idee wat de oorzaak kan zijn? zijn er factoren die de klacht verergeren?. Ook hier geldt dat alleen de vragen nodig zijn die helpen de klacht te verduidelijken. Onderwerpen die hierna aanbod komen:
 - o Relevante achtergrondgegevens: leeftijd, relatie, kinderen, opleiding, werk, vrijetijdsbesteding, invloed van ouders, broers en zussen (intergenerationele aspect), culturele/etnische/godsdienstige invloeden en niet-seksuele spanningen (financiën, scheiding, ziekten).
 - o Seksuele geschiedenis:
 - Lichamelijke ontwikkeling: wanneer eerste menstruatie/erectie? Wanneer voor het eerst gevoelens van opwinding? Vaak wordt er bij vrouwen naar menstruatie gevraagd en bij jongens naar zaadlozing, waardoor menstruatie iets seksueels wordt en meestal geassocieerd wordt met iets negatiefs.
 - Vroege seksuele ervaringen
 - Masturbatie: wanneer ontdekt, wanneer orgasme etc.
 - Seksuele oriëntatie: hoe en wanneer wist je dat je wel of niet hetero, homo lesbi etc was/bent. Wat doet dat met u?
 - Seksuele relaties, eerdere seksuele problemen: hoe was seks in vorige relatie? Heeft u ooit al eens hulp gezocht?
 - o Huidige relatie:
 - De ontwikkeling van de relatie: hoe is de relatie gestart? Wat je vond je aantrekkelijk?
 - Seksuele relatie: hoe zijn jullie omgegaan met seksualiteit? Wanneer voor het eerst seks? Hoe is dat beleefd?
 - De relatie in het algemeen: hoe is de relatie nu? Bent u tevreden? Zijn er dingen die je anders zou doen? Doen jullie veel dingen samen? Hoe is de communicatie?
 - Kinderen: hoe is de zwangerschap? hebben de kinderen invloed op jullie relatie?
 - Anticonceptie: welke vorm? Geeft dit problemen?
 - o Zelfbeeld en huidige kijk op seksualiteit:
 - Vragen als: wat is seksualiteit voor u? hoe belangrijk is dit? Hoe ziet uw ideale seksuele relatie eruit? Wat vindt u van uw geslachtsdelen/lichaam? En wat van die van uw partner?
 - Seksuologische vragenlijsten: Er kan aanvullend gebruik worden gemaakt van seksuologische vragenlijsten. VB. GRISS, FSFI, FSDS en IIEF.

5.4 Probleemverkenning bij de meest voorkomende seksuele problemen; specifieke aandachtspunten

Bij seksuele problemen is ook specifieke informatie nodig om de aard van klacht en de mogelijke oorzaken duidelijk te krijgen. In deze subparagrafen worden mogelijke oorzaken en daarbij gestelde vragen besproken.

5.4.1 Verschil in seksuele interesse tussen partners

Vaak ontstaat er een idee dat een gezond mens geregeld zin hoort te hebben in seks. Dit gekoppeld met een gebrek aan informatie over individuele verschillen kan een rol spelen bij de oorzaak van de klacht. De hv moet nagaan of het probleem zit in het omgaan met het verschil in opwinding of dat de cl opzoek is naar een verandering in opwinding. Waardoor wordt het een probleem? Voor wie is het het meeste een probleem? Meestal heeft het te maken met: de frequentie en de manier van vrijen. Vaak willen koppels de passie terug. Voor het toelaten van passie is ook het accepteren van een mate van angst belangrijk.

Hv moet ook nagaan of de communicatie over verschillen en wensen tussen de partners goed gaat. Durven ze te praten? Hoe autonoom zijn de partners? Luisteren ze goed naar de ander?

5.4.2 Verminderde seksuele interesse, seksueel opwindingsprobleem, lubricatieprobleem bij de vrouw

Verminderd seksueel interesse blijkt meestal verworven en verloopt vaak van situationeel naar gegeneraliseerd. Het wordt vaak een probleem in een relatie als de partner anders wil vrijen.

Seksuele interesse en opwinding hangen af van verschillende context gebonden factoren. De hv moet nagaan waardoor er een gebrek/het verlies van seksuele opwinding vandaan komt. Er zijn verschillende factoren:

- Uitsluiten of de oorzaak van het probleem te maken heeft met subjectieve opwinding of lubricatie. Vaak is lubricatie niet de hoofdoorzaak.
- Wat seks betekent voor die vrouw. Vaak spelen cognitie en gevoelens een grotere rol dan het fysieke aspect. Een negatieve houding tov seks kan ervoor zorgen dat dit weinig mogelijkheid biedt om opgewonden te worden, van seks te genieten of het verlangen naar seks. Dit kan het gevolg zijn van invloed door ouders, cultuur, religie, trauma, negatieve ervaring of faalangst die gekoppeld is aan irreële verwachtingen.
- Behoeftte aan intimiteit. Vaak werkt die behoefte als drijfveer om actief te zijn. Ook eerdere positieve ervaringen zijn helpend.

Vaak zijn vrouwen er niet van bewust dat ze zelf voor een groot deel in de hand hebben of ze seksuele prikkels ontvangen en positief te beleven.

Hv stelt vragen door op zoek te gaan naar een balans tussen intimiteit en opwinding. Belangrijk in een relatie is differentiatie.

Differentiatie = het vermogen om een zeer intense emotionele band met een ander aan te gaan gekoppeld aan het vermogen daarbij jezelf te blijven.

Hv kan verschillende vragen stellen om achter deze differentiatie te komen; heeft u behoefte aan masturbatie? Zijn er momenten waarop u behoefte heeft aan seks? Wat zijn voorwaarden om over te gaan op seks? (blz. 77)

Subjectieve opwinding: veel voorkomende oorzaken die te maken hebben met subjectieve opwinding zijn angsten en remmingen. VB. angst om gestoord te worden, faalangst, schaamte voor eigen lichaam. Er kunnen verschillende zaken zijn die zorgen voor het afleiden van de opwindende gedachten, namelijk: gebrek aan lichamelijke stimulatie, normen die leiden tot beperking in seksueel gedrag of communicatie en afleiden van psychische stimulatie. Vragen die hv kan stellen: heeft u wel eens een orgasme? Wanneer wordt u opgewonden? Welke gedachten spelen in uw hoofd tijdens seks? (blz. 77) Voor de hv kan het helpend zijn om de remmende en afleidende gedachten op een rij te zetten en samen met de cl na te gaan of er een patroon in zit.

5.4.3 Seksueel opwindingsprobleem bij de man, erectieprobleem

Hv onderzoekt of er een probleem is met de subjectieve seksuele opwinding en/of met de erectie.

Gaat het om ontbreken of verliezen van erectie of opwinding. Of is er onvoldoende opwinding.

Voor erectiestoornis zijn er tegenwoordig vaak somatische oplossingen, viagra, terwijl dit niet altijd een somatische oorzaak heeft. Veel mannen hechten een groot belang aan een goede prestatie en het hebben van een harde stijve. De oorzaak hier is ook vaak een combi van biopsychosociale factoren. VB. faalangst, negatieve gevoelens, vermoeidheid etc.

Negatieve feedback bij erectieproblemen (vicieuze cirkel):

Eisen aan prestatie > angst voor falen > aandacht gericht op de prestatie > verminderde fysiologische opwinding > erectie verminderd > bevestiging van falen

Er kan een medisch onderzoek gedaan worden om te kijken naar fysieke oorzaken. Het is goed om na te gaan dat de man geen pijn ervaart. Als de man wel onder sommige omstandigheden een erectie kan krijgen (ochtenderectie), geeft dat aan dat het lichaam het wel kan. Vragen die de hv dan kan

stellen: is het probleem plots begonnen of altijd al? heeft u ochtenderecties? Welke gedachten gaan er door uw hoofd tijdens vrijen? (blz. 79)

5.4.4 Orgasme probleem, anhedonisch orgasme bij de vrouw

Orgasme problemen komen vaak voor in combinatie met opwindingsproblemen. Dit kan komen door:

- Zelfde oorzaken als bij opwindingsproblemen
- Gebrek aan vaardigheden van de vrouw en/of partner. Dit gaat vaak gepaard met onvoldoende kennis. Gebrek aan vaardigheid kan fysiek zijn, maar ook moeite met aandacht erbij houden en focus op wat je voelt. Het kan zijn dat de solofase (seksueel respons cyclus) ontbreekt door het idee te hebben dat ze dan te egoïstisch is. Dat kan een oorzaak zijn van een anhedonisch orgasme
Anhedonisch orgasme = er is een orgasme, maar de vrouw beleeft er weinig of niks aan.
- Gebrekkige communicatie tussen partners, subassertiviteit van de vrouw of onverschilligheid van haar partner. Vrouw kan moeite hebben met haarzelf te laten gaan. Het kan hier gaan om angst voor controleverlies.

Vragen die hv kan stellen: wat versta je onder een orgasme? Voelt u zich wel eens seksueel opgewonden? Heeft u al eens een orgasme gehad? Hoe voelde dat? Hoe belangrijk is een orgasme voor u? (blz. 80)

5.4.5 Voortijdige zaadlozing, voortijdig orgasme bij de man

De meeste mannen die zich melden met een te snelle zaadlozing behoren niet tot de groep primaire voortijdige zaadlozing (2-3% van de mannen ejaculeert binnen de minuut). Het probleem zit hem hier in de definitie van te snel. Vaak is dit voor mannen al een probleem aan het begin van de seksuele activiteit. Voor de mannen in de primaire groep kunnen de factoren aangeboren of verworven zijn en zowel somatisch als psychosociaal. Voor de mannen die buiten de 1 minuut een zaadlozing hebben is weinig bekend, maar wordt er vanuit gegaan dat de factoren psychosociaal zijn die eventueel samenhangen met biologische gevoeligheid.

Deze mannen hebben meer last van interpersoonlijke en relationele stressfactoren. Maar ook het gebrek aan vaardigheid, waardoor een snelle ejaculatie een reflex is op seksuele opwindning. Andere factoren: teveel aandacht naar de partner, faalangst, snelle opwindbaarheid en snelle levensstijl.

Vragen die de hv kan stellen: wat is voor u te snel? Wanneer komt de zaadlozing? Heeft u er controle over? Wat zijn uw gedachten tijdens seks? (blz. 81)

5.4.6 Dyspareunie bij vrouwen, vaginisme

Bij deze vrouwen wordt een medisch onderzoek gedaan om lichamelijke oorzaken te vinden of uit te sluiten. Het is belangrijk om met de cl te bespreken wanneer zij toe is aan dit onderzoek. Bij veel vrouwen is er sprake van VVS.

Vulvair Vestibulair Syndroom (VVS) = het aanraken en/of naar binnen gaan van de vulva doet pijn, vooral in de voorhof van de vagina.

Voor VVS zijn geen duidelijke lichamelijke oorzaken voor gevonden, maar er lijkt wel een vicieuze cirkel te zijn in combinatie met angst (vicieuze pijncirkel, Spano, blz. 83). Hierbij kan verlies van subjectieve opwindning en lubricatie een oorzaak zijn of het wordt gecombineerd met dyspareunie.

Andere somatische oorzaken:

- Terugkerende schimmelinfectie of huidaanandoening.
- Vrouwen die geen geduld of een schuldgevoel hebben > partners die tijdelijk penetratie uit hun seks repertoire schrappen ervaren weer meer plezier in seks.
- Perfectionisme en controlebehoefte.
- Relationele factoren.
- Somatische aandoeningen (diepe dyspareunie). Vb. vleesbomen in de baarmoeder, cysten aan de eierstokken of endometriose.
- Schaamte over gebruik van dildo en ergernis over vieze handen kan zorgen voor aangespannen bekkenbodemspieren.

- Over het algemeen afsluiten voor de partner of überhaupt voor anderen je afsluiten.

De cl kan meedenken over de oorzaak van het probleem als de hv de vicieuze pijncirkel heeft uitgelegd.

Vragen die de hv kan stellen (deels hetzelfde als bij seksuele pijn- en penetratieproblemen): wanneer heeft u pijn? Waar voelt u pijn? Beschrijf de pijn? Heeft u zin in seks? (blz. 84)

Er zijn ook vragen over plas en ontlastingspatroon die de niet medische hv kan stellen om een breder beeld te krijgen. Het is niet de bedoeling om hier verder op in te gaan, dat is voor de arts of bekkenbodem fysio. Soms kan het ook zijn dat een koppel zwanger wil worden en daarom coitus wil. Er is een oplossing met een slangetje of ivf.

5.5 Overzicht van te bevragen aspecten tijdens het psychosociaal onderzoek van seksuele problemen

1. Te bevragen gebieden

- a. Relevante achtergrondgeschiedenis
- b. Seksuele geschiedenis
- c. Huidige relatie
- d. Huidige kijk op seksualiteit en zichzelf

2. Categorieën van oorzaken

- a. Gebrek aan kennis, onjuiste kennis
- b. Gebrek aan vaardigheden
- c. Angsten en remmingen
- d. Lichamelijke factoren
- e. Relationele factoren
- f. Normen
- g. Materiele factoren
- h. Zingevingproblemen

3. Onderverdeling van oorzaken

- Voorspellende factoren
- Directe aanleiding
- In stand houdende factoren

Hoofdstuk 6. Probleemformulering en behandelplan

Een probleemformulering is voor de hv een uitgangspunt voor het behandelplan. Het behandelplan is altijd voorlopig, omdat er nog andere problemen kunnen voortdoen tijdens de behandeling. Het formuleren van het probleem is een middel om de cl te laten zien:

- Het probleem te begrijpen is vanuit hun achtergrond, ervaringen, leefwijze, lichamelijke gesteldheid etc.,
- Er een basis is voor een behandeling.

6.1 De probleemformulering

In de probleemformulering wordt de seksuele klacht beschreven volgens een classificatie van seksuele disfuncties/problemen (3.1). De klacht wordt benoemd en er wordt onderscheid gemaakt in subtypes.

6.2 Het behandelplan

Het begint met een indicatiestelling, waarin 3 vragen worden beantwoord:

1. Richt de behandeling zich op de seksuele klacht als symptoom voor een dieperliggend individueel of relationeel probleem of op de seksuele klacht als probleem op zich? Met deze vraag wordt een verwijzing naar psychotherapeut, relatietherapeut of seksuoloog duidelijker. Dit hangt af van hoe de hv de klacht benaderd (ziet hij nog een onderliggend probleem, is de klacht het probleem zelf).

2. Richt de behandeling zich op het paar of op 1 of beide partner(s) individueel?
3. Richt de behandeling van het seksuele probleem zich op de beleving of betekenisgeving van seksualiteit of meer op het seksueel gedrag of lichamelijk functioneren?

Gedrag en beleving zijn bijna niet los te koppelen, beleving speelt vaak een grote rol. In deze keuze gaat het om de invalshoek van de behandeling. In sexcounseling zijn de belangrijkste hulpvormen: informatie geven, sensate-focusoefeningen en andere cognitieve en gedragsgerichte oefeningen. Het doel bij zowel sexcounseling als psychoseksuele therapie is het verbeteren van de seksuele beleving en/of het seksueel functioneren. Als het doel meer is dan enkel seksuele beleving te verbeteren dan kan er gekozen worden voor relatietherapie of psychotherapie.

Het behandelplan geeft uiteindelijk de aandachtspunten weer die behandeld zullen worden en welke interventies en methoden er worden gebruikt.

6.3 Praktijkvoorbeeld met probleemformulering en behandelplan (blz. 90)

Lees dit voorbeeld als voorbereiding op de examenvraag!

6.4 Het bespreken van probleemformulering en behandelplan met cliënten

Het bespreken geeft inzicht in het probleem te begrijpen. Ook kan het hoop en geruststelling bieden voor de cliënten en kan het hun extra motiveren.

6.4.1 Het bespreken van de probleemformulering

Het probleem en de ontwikkeling worden kort uitgelegd, om de cliënt niet te overspoelen met info. De oorzaken worden opgedeeld in:

- Voorspellende factoren (opvoeding, aanleg)
- Uitlokkende factoren (directe aanleiding)
- In stand houdende factoren (remmen het bereiken van het seksueel doel)

De hv geeft vervolgens aan wat de stimulerende factoren zijn waardoor wel het seksuele doel behaald kan worden. Van al deze factoren kan een verduidelijkend schema worden gemaakt (vb. het weegschaal model van Gianotten) (blz. 95).

Het uitleggen van het verband tussen oorzaken en de klacht heeft verschillende functies:

- Wat voor de hv duidelijk is, is niet altijd zo voor de cliënt. Door inzicht te geven in welke oorzaken leiden tot welke klacht helpt de cliënt verband te zien en vertrouwen te geven in het behandelplan.
- De hv krijgt zelf ook meerdere interventiemogelijkheden als die goed stilstaat bij de samenhang tussen klacht en oorzaak.

Oorzaken indelen in:

- Oorzaken die duidelijke feiten zijn
- Oorzaken die berusten op vermoeden → deze bespreken met die cliënt om te zien of ze gecorrigeerd of aangevuld moeten worden.

6.4.2 Het bespreken van het behandelplan

Het is belangrijk om de doelen te bespreken met de cliënt om de motivatie te verhogen. Voorwaarden als basis voor de behandeling:

- Er wordt verwacht dat de cliënt het werken aan de behandeling een belangrijke plaats geeft in zijn/haar/diens leven.
- Aansluitend op hoeveel tijd de cliënt heeft wordt er een afspraak gemaakt over de frequentie van de afspraken.
- De te verwachten duur wordt bepaald en is afhankelijk van het probleem. Rond 5^e gesprek een evaluatie.
- De cliënt is zelf verantwoordelijk voor het oplossen van het probleem, de hv dient als gids.
- Afspraken maken of de partner betrokken moet zijn met de therapie en vanaf wanneer.
- Hv moet aangeven als er wijzigingen zijn of samenwerkingen met andere hv's.

Deel 3 – De behandeling

Met behulp van het PLISSIT worden de verschillende interventie niveaus aangegeven voor de behandeling van seksuele problemen.

P = Permission (toestemming geven/geruststellen)

LI = Limited Information (beperkte informatie geven)

SS = Specific Suggestions (specifieke suggesties, adviezen)

IT = Intensive Therapy (intensieve therapie)

Dit is een voorbeeld van stepped care. Het uitgangspunt is om niet meer hulp aan te bieden dan de cliënt nodig heeft.

Foto sexcounseling de basis (blz 101)

Hoofdstuk 7. Informatie

Onvoldoende kennis of info is een van de oorzaken en de in stand houdende factoren bij seksuele problemen. Niet veel mensen delen hun ervaringen over seksualiteit, wat samen met de invloed van de media een vertekend beeld kan geven. Al die informatie leidt tot irreële verwachtingen.

7.1 Informatie geven

Informatie geven heeft meer als doen dan enkel kennis vergroten. Het zorgt er ook voor dat de cliënt inzichten krijgt en verbanden gaat zien.

De hulpverlener zal vaak in het eerste gesprek al info geven:

- Om duidelijk te maken dat geen 'abnormaliteit' is.
- Om aan te geven dat een cliënt irreële verwachtingen heeft.
- Om een basis te creëren zodat de cliënt verder kan denken over mogelijke oorzaken.

Informatie geven door:

- Een gesprek, waarbij hulpverlener gebruik maakt van tekeningen, foto's, dvd's, internet of modellen
- Tijdens lichamelijk seksueel onderzoek
- De hulpverlener kan boeken, video's en websites aanraden die de cliënt kan kijken. Daarna kan dit besproken worden.

Hoofdstuk 8. De cognitieve en gedragsgerichte benadering

8.1 Cognitieve en gedragsgerichte technieken

De oorzaken van de meeste seksuele problemen komen in de kern grotendeels neer op:

- Gebrek aan adequate fysieke stimulatie (door gebrek aan kennis en/of vaardigheden, fysieke of relationele factoren)
- Gebrek aan adequate psychische stimulatie ofwel geen of te weinig aandacht voor de eigen beleving en/of voor het contact met de partner (door afleidende of remmende gedachten, die ook kunnen leiden tot een negatieve interpretatie van seksuele prikkels)

De remmende of afleidende gedachten kunnen gevoed worden door een veelheid aan individuele, relationele en sociale aspecten. Hier zijn interventies op gericht die verandering mogelijk maken in het gedrag en de gevoelens van de cliënt en het doen en denken te veranderen. Er wordt gebruik gemaakt van:

- Cognitieve herstructurering (opsporen en veranderen van denkprocessen die ten grondslag liggen aan ongewenst gedrag of gevoel)
- Copingstrategieën (aanleren van vaardigheden om adequater om te gaan met moeilijke situaties)
- Probleemoplossingsvaardigheden

Bij seksuele problemen richt men zich op:

- Het vergroten van de seksuele kennis
- Het herformuleren van (aspecten van) de klacht (hierdoor gaat de cliënt de klacht meer in perspectief zien)

- Het verminderen van remmende gedachten
- Het doen toenemen van positieve gedachten
- Het leren richten van de aandacht op lichamelijke gevoelens
- Het leren de verbeelding te gebruiken voor seksuele fantasieën

In relatiegerichte sexcounseling kan men zich richten op:

- Het doen toenemen van wederzijdse assertiviteit
- Het verbeteren van communicatieve vaardigheden
- Het ontwikkelen van seksuele intimiteit

8.1.2 Het verminderen van remmende gedachten en het doen toenemen van positieve gedachten

Negatieve normen en irreële verwachtingen kunnen zorgen voor negatieve gedachten. Dat zijn de in stand houdende factoren van seksuele problemen. Mogelijke interventies tegen remmende gedachten:

1. Inzicht geven via informatie → de hv kan uitleg geven over de invloed die gedachten en overtuigingen hebben op seksueel gedrag en beleving. Een hulpmiddel kan zijn om de situatie op te schrijven en te bedenken wat je erbij voelde.
2. De Rationeel Emotieve Therapie (RET) → aan de hand van ABC (A is de gebeurtenis beschrijven, B zijn interpretaties die erbij horen, C zijn de ongewenste gevoelens) volgens het RET model remmende gedachten opsporen en vervangen met stimulerende gedachten. Gedachten kunnen te maken hebben met de partner, een negatief zelfbeeld, normen en verwachtingen.

Door bij verschillende situaties stil te staan kunnen denkpatronen en achterliggende overtuigingen duidelijk worden. Soms blijkt verwerking van de traumatische ervaringen noodzakelijk. Hierbij eventueel doorverwijzen.

8.1.3 De aandacht richten op lichamelijke gevoelens

Voor veel mensen blijft het moeilijk om zich te concentreren op wat ze lichamenlijk beleven. Er zijn afleidende gedachten die dit verstoren en kunnen worden aangepakt met RET. Daarna er gefocust worden op lichaamsbeleving via zintuigen. Dit is een soort voorproefje op sensate-focusoefeningen.

- Lichaamsbewustwording door ontspanningsoefeningen → methode van Jacobsen. Eerst beginnen met ademhalingsoefeningen en dan het aan- en ontspannen van spiergroepen. Deze methode zorgt voor een gevoel van controle.
- Concentratieoefening, de aandacht richten op lichamelijke gevoelens → dit eerst oefenen in niet seksuele situaties, bijvoorbeeld aandacht richten op een voorwerp. Daarna naar de lichamelijke gevoelens en dan van niet-seksueel naar seksueel.
- Haptomie/haptotherapie → dit houdt zich bezig met de gevoelsmatige betekenis van aanraken. Het richt zich op het bewust maken van gevoelens en de bevordering van lichaams- en zelfbesef.
- Mindfulness → hier gaat het om de bewustzijn in het hier en nu. Er worden verschillende meditatietechnieken gebruikt om je aandacht bij jezelf te houden. Bij behandeling van paren kan dit helpend zijn om tot meer empathie en mildheid te komen en om minder automatisch en meer overwogen te reageren.

8.1.4 De verbeelding gebruiken voor seksuele fantasieën

Voor sommige mensen geldt het idee dat seksuele opwinding of het zin hebben in seks iets van zelfsprekend is en dat gewoon opkomt. De hv dient het gebruik van fantasieën te introduceren, door stil te staan bij de normen hierrond en de mogelijke angsten van de cl. Hierna kunnen de volgende stappen worden doorlopen:

- Ontspanningsoefening
- Mindfulness vaardigheden (zijn nodig om afleidende gedachten te voorkomen)
- Eerst richten op het niet-seksuele
- Hv vraagt de cl een situatie in te beelden

- Aandacht voor lichamelijke gevoelens
- Hv schets een situatie en vraagt wat de cl kon voelen (vb. zie blz. 115)

De cl kan dit thuis oefenen met eventueel achtergrond geluiden (jungle, zee etc). Daarna zal dit ook zonder achtergrond geluiden moet lukken. Hierna kan er worden overgegaan op seksuele fantasieën met of zonder partner. Voor inspiratie kan de hv altijd boeken of films aanraden. Vervolgens wordt het verloop besproken, maar niet inhoudelijk!

8.2 Een aantal interventies in de relatiegerichte behandeling van seksuele problemen

De hv dient in relatiegerichte behandeling ook aandacht te besteden aan niet-seksuele aspecten van de relatie. Vaak is het zo dat algemene relationele problemen invloed hebben of de basis zijn van de seksuele problemen.

8.2.1 Assertiever worden in de relatie

Gebrek aan assertiviteit kan leiden tot individuele problemen die in een aparte behandeling kunnen worden aangepakt. In relatiegerichte behandeling kan assertiviteit ontwikkeld worden via het leren toepassen van communicatieregels.

8.2.2 Communicatieve vaardigheden met betrekking tot seksualiteit

Er zijn bepaalde verbale communicatie technieken die belangrijk zijn om open en eerlijk te kunnen praten:

- Duidelijk uiten van wensen, gedachten en gevoelens
- Onderhandelen en overleggen
- Samen oplossen van problemen

Hierbij spelen verwachtingen, interpretaties, normen en waarden een rol, daarom zullen communicatieoefeningen vaak samengaan met cognitieve en gedragsgerichte interventies.

Leren praten over seksualiteit

Het is aan de hv om een voorbeeldfunctie aan te nemen wat betreft het woordgebruik en dingen te benoemen rond seksualiteit, omdat dit voor veel mensen een drempel kan zijn. De oefeningen worden geleidelijk opgebouwd van niet-persoonlijk/niet-emotioneel naar wel persoonlijk en emotioneel. Voorbeeld van oefeningen: zoveel mogelijk woorden opnoemen voor geslachtsdelen en seks en die een gevoelswaarde geven (blz.118).

Vaak hebben paren over het algemeen moeite met de communicatie, hiervoor moet de hv de communicatieregels aanleren. Daarna kunnen ze pas praten over beladen thema's.

Een andere oefening is om de paren zoveel mogelijk gevoelens te laten opschrijven en of ze deze een positief of negatief beleven. Vervolgens deze bespreken en hierbij situaties laten geven.

Leren onderhandelen (overleggen) over seksualiteit om problemen op te lossen

Wensen en verwachtingen komen niet altijd overeen in een relatie, zo ook op seksueel vlak. Het is belangrijk dat niet steeds dezelfde partner toegeeft. Het begint met goed te luisteren naar elkaar en een open houding tov de ander. Er is een bepaalde bereidheid nodig om iets voor de ander te doen. Het overleg is gebaseerd op zelfrespect en respect voor de ander. Vervolgens kan er gezocht worden naar een probleemoplossingsmethode, bijv. Vansteenwegen zijn 'mild overleg'. Bestaat uit drie fases:

- Voorbereiding → ieder apart toespitsen tot een punt en zijn gevoel hierbij erkennen
- Samen → om beurten over gevoelens vertellen en terugkoppelen.
- Afspraak → duidelijke afspraken over wie wat doet.

8.2.3 Het ontwikkelen van seksuele intimiteit en zelfbewustzijn

Fontein (2000) geeft aan dat seksuele intimiteit een vermogen vergt om de eigen seksuele verlangens te leren kennen en accepteren en te kunnen uiten naar je partner. Hierbij kunnen afstemmen op de seksuele verlangens van de partner en deze te accepteren. Interventies volgens Fontein:

- Het ontwikkelen van een zelfbewuste seksuele toenadering van de seksueel intieme partners

- Aandacht hebben voor en afstemmen op de al of niet aanwezige seksuele bereidheid van de seksueel intieme partners
- Leren ontwikkelen, verdragen en positief waarderen van gezamenlijke seksuele spanning, ruimte geven aan de persoonlijke en vrije seksuele expressie van de seksueel intieme partner en deze leren ervaren als inspiratie voor de eigen seksuele expressie.

Volgens Schnarch gaat differentiatie om het emotionele evenwicht te behouden tussen hechting en zelf-regulatie. Om dit evenwicht te behouden is het nodig:

- Helder te zijn over wie jij bent en wat jou voor jou belangrijk is en dat je ook je mening kunt bijstellen
- Je eigen emoties, gevoelens en angsten te reguleren
- Kalm te blijven en niet te sterk te reageren als je partner angstig of boos wordt
- Tijd en rust te nemen om de situaties te onderzoeken die jou en je relatie verwarren, het ongemak te verdragen ten behoeve van groei.

8.3 Andere methoden en technieken

Het gaat erom dat de hv en de cl zich kunnen vinden in de methoden om de problematiek aan te pakken.

8.3.1 Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering wordt steeds meer toegepast en geeft hoge effectiviteit.

Gedragverandering is nodig om het gewenste doel te kunnen bereiken. Motivatie is cruciaal bij het op gang brengen van gedragverandering en het voorkomen van een terugval. De hv heeft een houding nodig die uitgaat van respect voor de beleving, keuzes en oplossingen van de cl.

Samenwerking is een belangrijke basis voor motiverend werken. Werkzame elementen:

- Het belang dat de cl hecht aan verandering
- Het vertrouwen dat de cl heeft dat het gaat lukken
- De bereidheid om op dit moment te gaan werken aan verandering

De methode kent 2 fases:

- Fase 1: er wordt gewerkt aan de motivatie via 5 specifieke gesprekstechnieken:
 - o Open vragen met aandacht voor beide kanten van de ambivalentie (wel of niet veranderen)
 - o Reflectief luisteren
 - o Bevestigen/waarderen
 - o Samenvatten en verandertaal uitlokken
- Fase 2: hier is het doel om betrokkenheid bij de verandering te versterken, waarbij de hv slingert tussen 2 extremen:
 - o De wet voorschrijven
 - o Te weinig richting geven

Motiverende gespreksvoering kan gebruikt worden door heel de behandeling, maar ook als interventie.

Hoofdstuk 9. De sensate-focusoefeningen

Voor het ontwikkelen van seksuele vaardigheden geldt dat je het meeste leert van de combinatie van instructie, discussie, modellering, oefenen en feedback. De hv biedt de eerste drie. De cl oefent in de privésituatie zonder de hv.

9.1 Motivatie van de cliënt, doelen en structuur van de sensate-focusoefeningen

9.1.1 Motivatie

Vanaf het begin van de intake is de motivatie van de cl of het cliëntenpaar belangrijk. Als het om seks gaat denken mensen vaak dat dit spontaan zijn. Daarom is het soms beter om te spreken van uitproberen i.p.v. oefenen. De hv start met te vragen wat vaak negatieve gevoelens opriep bij de cl. Dit vraagt extra motivatie. Hv kan motiveren door:

- Duidelijke info te geven over het behandelplan.
- Het doel en het belang van elke oefening toe te lichten
- Rekening te houden met de haalbaarheid en positief resultaat
- De cliënt gerust te stellen
- De stappen van de oefeningen op maat te maken door feedback van de cl
- Bij elke oefening na te gaan wat een positief effect gaat zijn voor de cl
- Duidelijke aanwijzingen te geven (afspraken maken, uitleg op papier meegeven)
- Bij het bespreken van de oefening vragen naar wat er goed is gegaan

9.1.2 De doelen

Het doel van sensate-focusoefeningen is een beter seksueel leven voor de cl. Alle doelen:

- Leren je eigen/gezamenlijke seksualiteit een positieve vorm te geven
- Aandacht leren richten op je eigen lichamelijke beleving
- Onderzoeken wat je nodig hebt om te kunnen genieten van (seksuele) aanrakingen
- Leren communiceren over je wensen en je grenzen, en je gevoelens en gedachten hierbij
- Leren meer bewust te worden van intimiteits- en seksuele behoeften van je partner
- Leren genieten van het samenspel met je partner, geven en nemen.
- Vermijdingsgedrag leren doorbreken in je eigen tempo en veilige omgeving
- Onderliggende en in stand houdende factoren van het probleem onthullen

9.1.3 De structuur

De sensate-focusoefeningen bestaan uit twee fasen:

Fase 1. De niet-genitale fase (bij paren verdeel in oefeningen met en zonder feedback)

Het gaat hier om aanrakingen van het hele lichaam, behalve de borsten, tepels en geslachtsdelen. Hierbij worden de oefeningen aangepast op wat de cl aan kan. Sommige willen/kunnen niet gelijk helemaal naakt de oefeningen doen, dus kan er voor gekozen worden de kleding of ondergoed aan te houden. Het draait hier om te leren ontspannen en vervolgens te leren genieten bij aanrakingen.

Fase 2. De genitale fase (bij paren verdeel in oefeningen met en zonder feedback)

In deze fase is er aandacht voor het hele lichaam, dus niet uitsluitend de geslachtsdelen. Het bouwt voort op fase 1. De cl of het cliëntenpaar mag pas overgaan naar deze fase als:

- Ze vertrouwd zijn met de niet-genitale aanrakingen
- Ze hun aandacht ontspannen kunnen richten op hun beleving
- Ze de niet-genitale aanrakingen als positief ervaren

De hv benadrukt in deze fase dat het niet gaat om opgewonden te worden, maar dat ze juist ontspannen worden. De partners zijn om beurten passief en actief. De partners gaan over naar genitale oefeningen als zij in staat zijn:

- Het initiatief te nemen
- Zich ontspannen kunnen richten op hun eigen beleving
- Te communiceren over hun wensen, gedachten en gevoelens
- Voldoende tegemoet komen aan de ander, waarbij ze hun grenzen kunnen aangeven.

9.2 De sensate-focusoefeningen

9.2.1 Enkele aandachtspunten

De hv kan de cl vragen om een logboekje bij te houden om zich bewust te worden van gedachten en gevoelens rond de oefeningen. Hierdoor kan de cl ook inzien dat sommige kleine oefeningen wel grote stappen kunnen veroorzaken.

9.2.2 De frequentie van de afspraken

Om nieuw gedrag te toetsen, aan te leren en ermee vertrouwd te raken is het nodig er regelmatig mee bezig te zijn. De cl moet 2/3 keer per week een uur bezig gaan met de oefeningen. Hiervoor

moet de cl wel echt de tijd vrij maken anders kan dit een negatief effect hebben op de behandeling. In het begin zal de hv de cl 1 keer per week zien om de cl goed te ondersteunen en te stimuleren.

9.3 Struikelblokken en interventies bij sensate-focusoefeningen

Het is normaal dat alle oefeningen niet zonder moeilijkheden volbracht worden. Er liggen namelijk meerdere oorzaken ten grondslag aan een probleem. Deze struikelblokken kunnen op elk moment in de behandeling voorkomen. De hv moet adequaat reageren op de moeilijkheden die de cl tegenkomt. Daarom worden de sensate-focusoefeningen gecombineerd met info geven en ander cognitieve interventies. Hv geeft aandacht aan wat wel goed is gegaan en waar kan het negatieve toch positief te maken. Daarnaast zal de hv helpen het struikelblok onderzoeken.

9.3.1 Struikelblokken

Door in te gaan op de struikelblokken kan het duidelijk worden welke factoren de cl weerhouden de aandacht te richten op gevoelens. Dit kan oa komen door angsten, remmingen, normen of relationele factoren. Veel voorkomende moeilijkheden:

- De cl voert de opdracht niet of zeer beperkt uit. Dit kan komen door geen tijd, moe, geen zin of dat de partner niet wilde.
- Het oefenen is vervelend. Het roept negatieve gevoelens op.
- De cl vindt dat er niets gebeurt.
- De cl gaat al verder dan wat er afgesproken was.

9.3.2 Het onderzoeken van struikelblokken

Allereerst moet er erkent worden dat moeilijkheden erbij horen, dit kan geruststellend zijn en de weerstand minderen. De hv motiveert de cl en past de oefeningen aan op haalbaarheid en besteed aandacht aan de aanwijzingen. Stap voor stap wordt er stil gestaan bij wat de cl voelt, denkt bij de oefeningen. Het is belangrijk om in kaart te krijgen of de moeilijkheden komen door praktische aard (ruimte, tijd, privacy) of emotionele aard (angst, afkeer, weerstand).

9.3.3 Interventies

Voorbeelden van interventies om te doen bij moeilijkheden (Hawton, 1990):

- Geruststellen en ondersteunen → mensen voelen zich soms anders door hun seksuele gedrag, daarom is geruststellen een belangrijk element.
- Een praktische oplossing zoeken
- De oefening aanpassen → ook al heeft de hv met de cl van tevoren stilgestaan bij de haalbaarheid van de oefening, kan het in praktijk toch soms te groot zijn.
- Het onderzoeken van negatieve gevoelens en ervaringen → de hv gaat samen met cl na in hoeverre er een verband is met de oorzaken van het probleem en de negatieve gevoelens.
- Het bespreken van verwachtingen → als cl het idee heeft dat er niks veranderd is het belangrijk om na te gaan wat de verwachtingen waren. Veel mensen nemen niet de tijd om te voelen wat er is, maar schieten door naar wat ze graag zouden willen voelen.
- In stand houdende factoren onderzoeken → als er teveel moeilijkheden zijn voor de cl dan kan er moedeloosheid ontstaan. Het is aan de hv om hierop te letten en te motiveren en gerust te stellen. Als er echt geen verandering is na een aantal sessies, dient de hv door te verwijzen, de behandeling te stoppen of te veranderen.
- Uitleg van verbodsafspraken → sommige cliënten kunnen ongeduldig zijn en een verbodsafpraak overschrijden. Ook als dit goed gegaan is, is het toch belangrijk om te wijzen op het belang van de afspraken die er zijn gemaakt.
- Systematische desensitisatie/stapsgewijze exposure en anders leren denken → soms overschrijden cliënten de afspraken vanuit angst. Via systematische desensitisatie kan stap voor stap de angst verminderd worden. Dit kan een reden zijn om door te verwijzen.

9.4 De sensate-focusoefeningen

De hv bespreekt bij elke nieuwe oefening hoe zij omstandigheden kunnen creëren om de oefening te kunnen starten, maar ook beëindigen. Het is goed om na de oefening nog iets ontspannens te doen voor jezelf (ook als paar iets voor jezelf doen). Elke nieuwe stap wordt grondig doorgesproken en op maat gemaakt in overleg met de cl.

Lees alle oefeningen vanaf bladzijde 137 in het boek. Voor elke oefening worden eerst de doelen en adviezen benoemt.

Hoofdstuk 10. Specifieke aandachtspunten bij de behandeling van een aantal veelvoorkomende seksuele problemen

Ook in dit hoofdstuk wordt er voornamelijk ingegaan op de psychosociale aspecten van een behandeling.

De basis voor de behandeling → er zal over het algemeen gewerkt worden met cognitieve en gedragsgerichte interventies te combineren met sensate-focusoefeningen en info geven. De behandeling kent de volgende algemene doelen:

- Het vergroten van oplossingsvaardigheden
- Het verbeteren van individuele en relationele voorwaarden om het gewenste seksuele doel te bereiken

Doelen van diverse interventietechnieken:

- De seksuele kennis vergroten
- Inzicht geven in de invloed van ervaringen uit het verleden op het heden.
- Aandacht leren richten op lichamelijke gevoelens
- Verbeelding of fantasieën leren gebruiken
- Leren afleidende en remmende gedachten te verminderen
- Positieve ervaringen opdoen.

10.1 Verminderde seksuele interesse, seksuele opwindingsprobleem, lubricatieprobleem bij de vrouw

We gaan er vaak vanuit dat het doel is om seksuele opwinding of interesse te doen toenemen, maar dit is niet altijd vanzelfsprekend. De behandeling zal eerder gericht zijn op het uit de weg ruimen van de obstakels die haar of het koppel in de weg zit. Bij paren zal de behandeling vooral ook gericht zijn op het zoeken naar evenwicht tussen intimiteit en opwinding.

De behandeling

Aanvullend op de basisbehandeling zijn er een drietal thema's die in de behandeling naar voor kunnen komen:

1. De motivatie tot seksuele interesse, seksueel verlangen
Ook al is de hulpvraag om meer zin in seks te krijgen, is het vaak zo dat motivatie een terugkerend onderwerp is in deze gesprekken. De motivatie kan zowel bij de cliënt als bij de partner wel of niet vandaan komen. De hv kan nagaan wat de reden is waardoor er weinig motivatie is. Soms kan de manier van vrijen ook invloed hebben op de motivatie. Dat er geen zin is om te vrijen om een orgasme te bereiken, maar wel om te vrijen voor intimiteit.
2. Een mythe: zin komt vanzelf
Veel mensen hebben het idee dat zin vanzelf komt. Pas als mannen zich gaan focussen op de signalen (billboards, reclames) die er vooraf al zijn gepasseerd, realiseren zij het automatisme waarmee positieve beelden van vrouwen door hun hoofd flitsen. Bij vrouwen is die positieve associatie er veel minder, dit lijkt vooral het gevolg van sekse specifieke socialisatie. Het is ook vaak zo dat de vrouw zich nog buiten de responscurve bevindt, terwijl de partner zich in het moment van initiatief nemen (opwinding/interesse) bevindt. Dan kan het antwoord al gauw zijn: ik heb geen zin. In plaats van dat te zeggen, kan ze ook eerst nagaan of ze zin kan krijgen in lichamelijk contact of intimiteit. De hv kan helpen door ABC te introduceren en info te geven. Met ABC kan de cl de achterliggende gedachten ontdekken. Voorbeeld (blz. 153): A. Gebeurtenis/situatie (ik lig in bed en hij streelt mij), B. Gedachten (hij

wil vast seks en ik niet), C. Gevoel/gedrag (onrust, irritatie, schuldgevoel), D. Relationale gedachten (in plaats van B, dus verder denken), E. Gewenst gevoel/gedrag (rustig, ontspannen, ook wat terug strelen).

3. Versieren

Er is ook een mythe dat versieren alleen nodig is in het begin van de relatie. Het voorspel gaat niet alleen over de handelingen voorafgaand aan de seks, maar het gaat ook om de dagelijkse omgang met elkaar. Bijvoorbeeld elkaar tijd en aandacht geven, merken wat de ander leuk en belangrijk vindt etc.

De behandeling van seksueel opwindingsprobleem

De behandeling richt zich op de individuele en relationele voorwaarden die nodig zijn voor de cl om opwinding te krijgen en vast te houden. Wat stimuleert haar om opwinding te kunnen ervaren en wat zijn factoren die haar belemmeren. Het basisplan kan aangevuld worden met bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen en concentratie- en fantasieoefeningen. Soms is het ook raadzaam om de vrouw eerst alleen masturbatieoefeningen te laten doen om haarzelf te leren kennen. En dan later pas met de partner. De hv bespreekt van te voren of het orgasme wel of niet bereikt mag worden of wat het beste moment is om de oefening te stoppen.

Farmacologische mogelijkheden

Er wordt nog onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van middelen voor vrouwen met verminderd seksueel verlangen. Voorlopig lijkt substitutie met androgenen enkel werkzaam bij vrouwen met een klachtenpatroon passend bij androgeentekort.

In 1998 kwam sildenafil voor mannen en is er toen ook onderzoek gedaan naar vrouwen. Echter heeft het alleen invloed op de doorbloeding van de geslachtsdelen. De subjectieve beleving van seksuele opwinding lijkt niet toe te nemen.

In 2015 werd er een pil met flibanserine op de markt gebracht, wat de hoeveelheid serotonine in het brein verlaagt en dopamine en noradrenaline verhoogt. Door deze combi zou de balans tussen de remmende en stimulerende stoffen in het brein herstellen en heeft de vrouw weer 'normaal' zin. Deze pil zou dagelijks ingenomen moeten worden, heeft ook veel bijwerkingen en het effect is klein.

10.2 Seksuele opwindingsprobleem bij de man, erectieprobleem

De cl leert om te gaan met het laten komen en gaan van een erectie en opwinding.

De behandeling

De behandeling is vergelijkbaar met die voor de opwindingsproblemen van de vrouw. Echter wordt er in deze behandeling veel aandacht gegeven aan de betekenis die mannen geven aan hun erectie, hun seksuele gedrag en de eisen die ze aan zichzelf stellen. Dit wordt vaak gedaan door cognitieve gedragsinterventies.

Ook hier bespreekt de hv weer of er een orgasme verbod is en wat het beste moment is om de oefening te stoppen.

Het komen en laten gaan van de erectie is bedoeld om de man meer zelfvertrouwen te geven. De cl wordt bang als de penis verslapt, waardoor ze vervolgens nog meer verslappen. Wanneer de cl leert om zijn erectie weer terug op te laten komen, dan kan deze oefening ook worden uitgevoerd met de partner (hand of mond). Als ook dit volgens wens verloopt, kan de stap gemaakt worden naar penetratie. Hierbij is het aangeraden dat de vrouw bovenop zit, zodat de man zich volledig kan richten op zijn eigen beleving. Voor homoseksuele paren is zijligging hiervoor het makkelijkst. De penetratie kan ook stapje voor stapje opgebouwd worden (eerst buitenkant vulva, dan enkel erin, dan met ritmische bewegingen). Het is belangrijk voor zowel de cl als de partner om in te zien dat een verslapping van de penis niet het einde van de vrijpartij betekent.

Hulpmiddelen, farmacologische en chirurgische mogelijkheden

Voor een erectiestoornis zijn tot nu toe de meeste hulpmiddelen en therapieën aanwezig. Als de oorzaak waarschijnlijk niet lichamelijk is dan zal de hv met de cl en de partner de verschillende mogelijkheden bespreken (medicijnen, seks zonder penetratie, hulpmiddelen).

Hulpmiddelen

Voorbeelden van hulpmiddelen: kunstpenis, elastische penisring, vacuümpomp.

Farmacologische mogelijkheden

Sinds de introductie van sildenafil zijn er inmiddels ook andere pillen op de markt die een vergelijkende werking hebben. Deze pillen werken direct op de zwellichamen in de penis. Er bestaat ook apomorfine, wat via het centraal zenuwstelsel werkt. Deze pillen werken enkel bij voldoende subjectieve opwindning, het is dus geen wonder pil. Er is ook een injectie die ingespoten kan worden in de zwellichamen van de penis. Deze middelen moeten allemaal besproken worden met de arts.

Chirurgische mogelijkheden

Er bestaat een penisprothese, een buigbare staaf met een opblaasbaar ballonnetje dat in de zwellichamen wordt gebracht.

10.3 Orgasme probleem, anhedonisch orgasme bij de vrouw

Hier wordt vaak als aanvulling op de sensate-focusoefeningen de bekkenbodemspieroefening geadviseerd.

Behandeling

Allereerst geeft de hv info over de manier waarop vrouwen een orgasme kunnen bereiken en de voorwaarden die hiervoor gelden. De cl kan een toeschouwersrol aannemen en zien wat remmende gedachten zijn. De opwindning kan versterkt worden door sensate-focusoefeningen en stimulerende gedachten. Hv kan hierbij spreken op het gebruik van fantasie en verbeelding. Samen met de partner kan er gezocht worden naar een adequate stimuli. Belangrijk is om mee te geven dat het niet de bedoeling is om het orgasme zo snel mogelijk te krijgen.

Bekkenbodemspieroefening

Gevoelens van opwindning kun je opwekken of versterken door lichamelijke sensaties. De cl kan haar bekkenbodemspieren bewust aan en ontspannen.

Situationeel orgasme probleem: bij de partner

Hierbij is de behandeling afhankelijk van de situatie waarin de vrouw moeite heeft met klaarkomen. De hv kan info geven als blijkt dat de vrouw onrealistische verwachtingen heeft (vb. altijd klaarkomen tijdens coïtus). Als de vrouw wel kan klaarkomen met masturbatie en niet met de partner, dan kan er sprake zijn van remmende gedachten of gedrag. Dan moet er gefocust worden op relationele aspecten, communicatie en onwetendheid.

De vibrator

De hv kan de cl aanraden om vibrator te gebruiken voor constante intensieve prikkeling. Voor veel vrouwen helpt dit hen over 'de drempel'. Voor vrouwen die het vies vinden om met hun vingers hun vulva aan te raken, kan dit er juist voor zorgen dat ze het nog steeds gaan vermijden. Dit dient de hv in het oog te houden. Sommige partners zien een vibrator als concurrentie. De hv dient ook hier uitleg te geven over de irreële denkbeelden hierover.

10.4 Voortijdige zaadlozing, voortijdig orgasme bij de man

Ook hier is er een aanvulling op de sensate-focusoefeningen, de introductie van de stop-startoefening en de knijptechniek.

Behandeling

Als het probleem ontstaan is door aangeleerd gedrag dan bestaat de behandeling uit cognitieve gedragsinterventies. Deze behandeling is gericht op verschillende aspecten van het probleem, namelijk de haast, de snelle opwindbaarheid, de faalangst en de angst voor controleverlies. De hv kan info geven over the point of no return en over de voorwaarden om tot genieten van opwinding en orgasme te komen. De hv kan eventueel mindfulness oefeningen, onspanningsoefeningen en concentratioefeningen leren.

Het doel van de stop-startoefening is om de cl aan te leren zich bewust te worden van zijn gevoelens van opwinding en the point of no return. Door bewust om te gaan hiermee kan de man zijn zaadlozing proberen te reguleren.

Farmacologische mogelijkheden

2-3% van de mannen heeft een primaire voortijdige zaadlozing waarbij binnen 1 minuut na penetratie de zaadlozing volgt. Voor deze mannen bespreekt de hv de acceptatie van het vroeg klaarkomen en andere manieren van seks hebben. Ook kunnen er middelen worden voorgeschreven die de zaadlozing vertragen. Ook zijn er lokaal verdovende crèmes, maar die zijn niet altijd effectief.

10.5 Dyspareunie bij de vrouw, vaginisme

De basisbehandeling wordt uitgebreid met bekkenbodemspieroefening in combinatie met systematische desensitisatie/stapsgewijze exposure, zowel individueel als met de partner.

Behandeling

De behandeling met cognitieve en gedragsgerichte interventies zijn gericht op:

- Inzicht krijgen in de invloed van psychologische factoren op pijnervaring en de vicieuze cirkel
- Angst en spanning veroorzakende klachten verminderen
- Vermijding van lichamelijk/seksueel contact verminderen
- Positieve gedachten en situaties ontdekken

Ontspanningsoefeningen vormen hier een belangrijk onderdeel van de behandeling, waarbij het gaat om het lichaam en de bekkenbodemspieren te leren ontspannen. Mindfulnessoefeningen kunnen gebruikt worden om de pijn te observeren in plaats van de spanning te ontvluchten. Hierdoor kan de pijn geaccepteerd worden en vervolgens worden losgelaten. Het is belangrijk dat de cl grip krijgt op het gebruik van de bekkenbodemspieren. En vaak ook grip op onderliggende angst die daarbij komt te krijgen. Via (exposure) oefeningen kan de cl positieve ervaringen opdoen en de negatieve vergeten.

Op blz. 165-166 staat een voorbeeld van de bekkenbodemspieroefening met systematische desensitisatie en stapsgewijze exposure.

De pelotenbehandeling

Peloten zijn kunststof staafjes die aan het eind lichtgebogen zijn en een beetje toelopen. Er zijn verschillende diktes. De cl begint met het dunste staafje en probeert haar bekkenbodemspieren te ontspannen. De peloten zijn niet bedoeld om de vagina op te rekken, maar het doel is om de vrouw te laten ontspannen terwijl het staafje in haar vagina zit. Het is aan de vrouw om te beslissen hoe ze met de peloten wilt oefenen. Het kan ook dat de partner of de arts deze bij haar inbrengt.

Samenwerking met de bekkenfysiotherapeut

Als de hv zich niet vertrouwd voelt met de bekkenbodemspieroefeningen dan kan de cl doorverwezen worden naar een bekkenfysiotherapeut. De therapeut kan ook gebruik maken van biofeedback, dat met behulp van electrode in de vagina een weergave wordt gemaakt van de vaginale druk. Samen met de cl wordt besloten welke oefeningen het meest gewenst zijn.

Hulpmiddelen

Vrouwen kunnen als tussenstap ook kiezen voor een middel dat vertrouwder is dan de peloten, bijvoorbeeld hun eigen vibrator.

Medische mogelijkheden

Er kunnen crèmes worden voorgeschreven ter bestrijding van sommige pijn. Als laatste behandeloptie kan er een operatie gedaan worden. In alle tijden van de behandeling kan er een houdingsadvies worden gegeven, waardoor er voor het paar coïtus mogelijk is waarbij de penis minder diep gaat of niet aan de pijnlijke kant komt.

10.6 Vervolg oefeningen voor cliënten

Lees vanaf blz. 169 de uitleg van de volgende oefeningen:

- De sensate-focusoefeningen 'komen en gaan' van opwinding/spelen met opwinding voor vrouwen
- De sensate-focusoefeningen 'komen en gaan' van opwinding, erectie/spelen met opwinding voor de man
- De stop-startoefening
- De bekkenbodemspieroefeningen voor vrouwen – de basis
- De bekkenbodemspieroefening voor vrouwen: stap voor stap verder
- De bekkenbodemspieroefening met gemeenschap als doel
- De bekkenbodemspieroefeningen voor mannen – de basis

Hoofdstuk 11. Specifieke aandachtspunten bij de behandeling van seksuele problemen bij bepaalde groepen cliënten

Tijdens de probleemverkenning vraagt de hv ook naar het individuele verhaal van de cl, waarbij gekeken wordt naar relationele, sociale, individuele aspecten van het probleem en de achtergrond van die persoon. De hv moet rekening houden met de groep waartoe de cl behoort, maar de hv kan hierdoor ook bevooroordeeld zijn. Het is belangrijk dat de hv kennis heeft van de achtergrond van de cl, maar dat hij zich niet te veel laat beïnvloeden daardoor.

11.1 Ouderen en seksuele problemen

Het begrip oud is relatief. Als het om seks gaat is de leeftijdsgrens vaak rond de 40, als je uitgaat van de media etc. Voor de meeste vrouwen is er een duidelijk veranderingsmoment rond de menopauze.

11.1.1 Specifieke factoren die bij ouderen tot seksuele problemen kunnen leiden

Rond het derde levensjaar (55-75) en zeker vanaf het vierde levensjaar (75+) neemt de seksuele interesse af en verandert de gerichtheid op opwinding en presteren. Toch geldt dit niet voor alle ouderen en mogen seksueel actieve ouderen met een probleem niet genegeerd worden. Er kan worden ingegaan op:

- A. Normen
Maatschappelijke normen spelen vaak een rol bij ouderen met seksuele problemen. Er heerst een idee dat ouderen niet meer seksueel kunnen zijn en dat er een bepaalde grens is om seksualiteit te beleven. Het kan ook dat ouderen dit zelf denken doordat ze bijvoorbeeld komen uit een tijd waar seks een taboe was (masturbatie voor vrouwen in de jaren 40).
- B. De woon-en leefsituatie
Wanneer ouderen niet meer zelfstandig wonen kan er gebrek zijn aan privacy. Dit is een belangrijk aspect voor zorginstellingen en zorgverleners om rekening mee te houden. Ouderen mensen zullen vaker te maken hebben met verlies van partner, status, zelfredzaamheid etc. Dit zijn allemaal aspecten die invloed kunnen hebben op het seksueel functioneren en beleving.
- C. Lichamelijke factoren
Voor ouderen geldt dat lichamelijke factoren vaak een rol spelen bij het veroorzaken en in stand houden van seksuele problemen. Er zijn een aantal algemene lichamelijke factoren

waar ouderen mee te maken krijgen, maar ze kunnen ook last krijgen door medicatie, ziekten of beperking.

11.1.2 Enige aandachtspunten tijdens de behandeling

In de probleemverkenning en behandeling bij ouderen komen de volgende onderwerpen aanbod:

- Normen
- Lichamelijke mogelijkheden en beperkingen (rouwen om verlies van functie)
- De betekenis en beleving van seksualiteit van vroeger en nu

Het is belangrijk dat iedereen de beperkingen accepteert, zowel de cl, als de partner, als de hv.

11.2 Seksuele problemen bij mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking

Een griep of gebroken arm hebben een tijdelijke invloed op de seksuele behoefte of mogelijkheden.

Dit is anders wanneer er sprake is van een chronische ziekte of blijvende fysieke beperking.

11.2.1 Specifieke factoren die bij mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking tot seksuele problemen kunnen leiden

Er wordt ingegaan op de biologische, psychologische en sociale factoren die van invloed zijn op het seksueel functioneren, gedrag en de belevingen en betekenisgeving van seksualiteit. Er kan worden ingegaan op:

A. Normen

Door de norm dat seks hoort bij jong, strak, slank, gezond en fit, lijkt het alsof een positieve seksuele beleving afhankelijk is van lichamelijke uiterlijkheden en prestaties.

B. Biologische factoren

Ziekten en lichamelijke beperking kan op verschillende manieren invloed hebben op de seksuele mogelijkheden en de beleving en betekenisgeving van seksualiteit:

- De seksuele problemen zijn het directe gevolg van een lichamelijke aandoening, bijvoorbeeld bij neurologische, vasculaire of hormonale aandoening.
- De seksuele problemen zijn indirect het gevolg van ziekte of handicap, bijvoorbeeld door vermoeidheid.
- De seksuele problemen zijn een (onbedoeld) gevolg van complicaties van de behandeling van de ziekte, bijvoorbeeld medicijnen etc.
- Een lage therapietrouw heeft een negatief effect op de ziektesymptomen en daardoor op de seksualiteit (Enzlin, 2008).

C. Psychologische en sociale factoren

- Psychologische factoren naar Bender (2002)

- *Invloed op het lichaamsbeeld* → het lichaam functioneert anders of ziet er anders uit door littekens, verlamming of amputatie, waardoor de cl en/of de partner remmende gedachten kan krijgen die afleiden van seksueel verlangen of opwinding.
- *Invloed op het zelfbeeld* → door verlies of verandering van levensrollen.
- *Aanpassingsvermogen* → hoe goed kan de cl om met tegenslagen of veranderingen? Hierover praten kan steunend zijn en maakt het makkelijker om oplossingen te zoeken of te accepteren. Vaak wordt het thema seks nogal eens vergeten besproken te worden door zowel de cl als de hv.
- *Betekenis van seksualiteit voor het individu* → de betekenis van seksualiteit en de manier waarop de cl dit vorm geeft heeft invloed op het aanpassingsvermogen.

- Sociale factoren naar Bender (2002)

- *Relationele vaardigheden* → bij een groot probleem als ziekte of lichamelijke beperking is het belangrijk dat het koppel goed kan communiceren en problemen kunnen oplossen.
- *Rolverwisseling en rolverwarring* → door ziekte of lichamelijke beperking worden rollen noodgedwongen verwisseld. Hoe flexibeler iemand omging met de rollen, hoe makkelijker het zal zijn om te wisselen. Afhankelijkheid en verzorging kunnen een

negatief effect hebben op de mogelijkheid tot omschakeling naar gelijkwaardige minnaars in seksualiteit.

- *Levensfase en betekenis van seksualiteit voor de relatie* → wat betekent seks voor beide? Het is niet altijd terecht om seksproblemen volledig toe te schrijven aan de aandoening. Vaak spelen de flexibiliteit van de partners ook een grote rol in het aanpassingsvermogen.

11.2.2 Enige aandachtspunten tijdens de behandeling

Seksuele problemen

Mensen met een chronische aandoening kunnen problemen ondervinden met betrekking tot seksuele aanpassing (geen evenwicht kunnen vinden in omgaan met seksualiteit), praktische problemen (geen energie, beperkte bewegingsvrijheid) en seksuele integratieproblemen. Bij het laatste is er vooral sprake bij jongeren met aangeboren of vroeg verworven aandoening. De hv moet nagaan in hoeverre de cl de gelegenheid heeft gekregen tot een 'normale' ontwikkeling.

Overleg met arts en anderen

Overleg met de behandelend arts is nodig om inzicht te krijgen in de lichamelijke mogelijkheden, beperkingen en wat de invloed is van eventuele medicatie. In de behandeling wordt ook gezocht met de cl (en partner) naar acceptatie van de beperking. Er wordt gezocht naar aanpassingen in de seksuele beleving, betekenisgeving en gedrag. VB. andere standjes.

Zelfhulp

Zelfhulp kan bijdragen aan positieve zelfwaardering. Het kan gestimuleerd worden via adviezen van de hv. VB. info verzamelen, lotgenoten koppelen etc.

Valkuil voor de hulpverlener

Het kan een valkuil zijn voor de hv om bang te zijn een gevoelig onderwerp aan te snijden of te discrimineren. De hv moet deze angst overwinnen om de cl te kunnen helpen. Het vergt ook wat creativiteit om met de cl te zoeken naar alternatieve manieren om seks te hebben.

11.3 Seksuele problemen na seksuele grensoverschrijding

Seksuele grensoverschrijding heeft met meer dan alleen seksualiteit te maken. Er is sprake van een ongelijke machtsverhouding, waarin de psychische en/of lichamelijke integriteit van iemand op een seksueel manier is geschonden. Seksuele grensoverschrijding vindt op vele manieren plaats (gluren, opmerkingen, verkrachten, etc.) en kan met of zonder lichamelijk geweld of psychische druk. Dit kunnen onbekenden zijn, maar vaker zijn het bekenden. Dit gebeurt vaak binnen afhankelijkheidsrelaties, zoals volwassene-kind of arts-patiënt. Voor degene die misbruikt is geldt er bijna altijd een negatief effect op de seksuele beleving.

11.3.1 Specifieke factoren die bij mensen na seksuele grensoverschrijding tot seksuele problemen kunnen leiden

Grensoverschrijdend gedrag is meestal niet de enige oorzaak en kan zowel de voorspellende als de in stand houdende factor zijn. Aspecten waar seksueel misbruik een negatief effect op heeft:

- De lichaamsbeleving en -waardering, met name mbt de geslachtsorganen
- Het zelfbeeld
- De associaties bij seksualiteit
- Het toelaten van positieve seksuele gedachten
- Het stellen en aangeven van grenzen
- Het toelaten, uiten, de overgave van gevoelens
- Het positief waarderen van seksuele gevoelens
- Het vertrouwen van anderen (vooral al de dader een bekende was)
- De beleving van het lichaam van een partner, met name de geslachtsdelen

11.3.2 Enige aandachtspunten tijdens de behandeling

In therapie komt de hv er vaak pas later achter dat er ook sprake is geweest van seksueel misbruik. De hv dient hier dan voorrang aan te geven en te zien in hoeverre dit al verwerkt is. Aan de hand hiervan worden extra stappen toegevoegd aan de behandeling. Bij de sensate-focusoefeningen wordt er extra aandacht aan besteed aan het opbouwen van vertrouwen tussen de partners. De hv moet de cl voorbereiden op het feit dat de oude pijnen weer naar boven kunnen komen.

11.4 Seksuele problemen en culturele en etnische invloeden

Normen en waarden hebben invloed op de betekenisgeving van seksualiteit. Een grote invloed hierop is de (sub)cultuur en de daarbij behorende religieuze en etnische aspecten. Er zijn een aantal standaard vragen waar de hv rekening mee moet houden:

- Is men gewend met problemen naar een 'buitenstaander' te gaan?
- Kan men naar een hv van een ander geslacht?
- Is men gewend aan direct of indirect taalgebruik?
- Is men gewend psychosociale problemen als zodanig te zien en te benoemen of is er eerder sprake van een somatische visie?
- In hoeverre vertrouwt men op de gangbare westerse methoden of methoden uit de eigen cultuur?
- In hoeverre vertrouwt men de hv?

11.4.1 Specifieke culturele en etnische factoren die tot seksuele problemen kunnen leiden

A. Normen

De hv moet eerst stilstaan bij de normen rond seksualiteit van de cl. De invloed van de normen, waarden en gedragsregels op het probleem worden onderzocht. Per cultuur verschilt ook de mogelijke opties die de hv kan aanbieden passend aan het probleem.

B. De werk- en leefsituatie

Sommige facetten kunnen indirect de seksualiteit beïnvloeden, bijv. taalmoeilijkheden, discriminatie, woonsituatie of sociale positie.

11.4.2 Enige aandachtspunten tijdens de behandeling

De meeste mensen met een andere etnische achtergrond dan NL die bij de hv komen zijn tot nu toe vooral mannen met een lichamelijke klacht en richten zich vooral tot mannelijke hv's. De hv dient vaak op indirecte wijze te vragen naar masturbatie en homoseksualiteit omdat dit vaak nog een taboe is.

11.5 Ten slotte

Het is een voordeel om kennis te hebben van de achtergrond van verschillende groepen, zodat je als hv weet waarmee je rekening moet houden en sneller to the point kan komen. Zo kan de hv bewuster omgaan met gevoelige onderwerpen en voelt de cl zich eerder erkend. De hv moet wel opletten dat stereotypen niet de overhand gaan nemen en dat de cl en de situatie centraal blijven staan.

Hoofdstuk 12. Afsluiten van de behandeling, verwijzen

De behandeling kan op verschillende manieren worden afgesloten, bijv. verwijzen. Het afsluiten gaat bijna hetzelfde als bij andere problemen, al moet de hv bij seksuele problemen nog op een paar dingen letten.

12.1 Het afsluiten van de behandeling

12.1.1 Redenen om een behandeling af te sluiten

Het meest ideale is als de cl alles geleerd heeft om zelf hun moeilijkheden op te lossen en er in overleg geconcludeerd wordt dat de behandeling klaar is. Herdefiniëring van een probleem waardoor

het geen probleem meer is kan tot een afsluiting leiden. Het komt toch vaak voor dat de behandeling stopt doordat de cl weg blijft of wil stoppen.

12.1.2 Het voorbereiden van de afsluiting

Aan het begin en tijdens de behandeling wordt er in overleg met de cl besproken wat het doel is en hoe lang de behandeling zal duren. Aan de hand van nieuwe ervaringen en informatie kan de duur en het doel steeds worden aangepast.

12.1.3 Evalueren

Een onderdeel van de afsluiting is de evaluatie. Dit bestaat uit zowel terugkijken op de behandeling als vooruitkijken. Dit betekent stilstaan met de cl bij een eventuele terugval. De hv dient bewust te zijn van het feit dat de cl afscheid neemt van iemand met wie hij/zij/die veel over intieme zaken gesproken heeft.

12.2 Verwijzen

12.2.1 Redenen tot verwijzen

De afsluiting kan worden af gesloten met een verwijzing. De conclusie kan zijn dat de cl beter af is bij iemand anders, dit kan wel of niet in samenspraak met de cl. De hv moet zijn eigen grenzen kennen en kritisch zijn op zijn eigen kunnen. Het kan ook zijn dat het gewoon niet klikt met de cl. De verwijzing kan gericht zijn op de seksuele klacht, maar ook door onderliggende problemen.

12.2.2 Reacties op verwijzing

Cliënten kunnen allemaal anders reageren op een voorstel van doorverwijzing, namelijk ze kunnen zich verzorgend voelen, afgewezen, moedeloos. Het kan voor de cl een extra drempel zijn om het verhaal of probleem nog een keer te vertellen. De overgang naar een nieuwe hv zal soepeler gaan als de vorige hv een positieve ervaring was.

12.2.3 Consultatie, samenwerking

Verwijzen hoeft niet altijd een vorm te zijn het einde van de behandeling. De hv kan ook een specialist inroepen om de behandeling te versterken. Dit is natuurlijk altijd in samenspraak met de cl.