



Maak seksualiteit bespreekbaar

DOOR WILLY VAN BERLO, INEKE MOUTHAN, ELLEN LAAN EN STEFAN BOGAERTS

Vorig jaar verschenen er twee nieuwe zorgstandaarden: *Seksuele disfuncties* en *Parafiele en Hyperseksuele stoornissen*. Welke problemen worden hierin behandeld, en welke relatie bestaat er tussen seksuele problemen en psychische problemen?

De nieuwe zorgstandaarden *Seksuele disfuncties* en *Parafiele en Hyperseksuele stoornissen* zijn in te zien op de website www.ggzstandaarden.nl. In deze zorgstandaarden zijn de meest actuele inzichten uit wetenschap en praktijk opgenomen over de definitie, prevalentie, diagnostiek en behandeling van specifieke problematiek en de organisatie van de zorg (zie laatste kader). Doel van de zorgstandaarden is goede en doelmatige zorgverlening, om voor patiënten een zo volwaardig en zinvol mogelijk leven te kunnen realiseren. In dit artikel gaan we in op de problematiek die in deze twee zorgstandaarden wordt behandeld, met name op de relatie tussen seksuele en psychische problematiek.

Problemen met seksualiteit kunnen leiden tot psychische klachten, omdat seksualiteit voor veel mensen bijdraagt aan kwaliteit van leven. Daarnaast kunnen mensen met een bijzondere of afwijkende seksuele voorkeur, zoals pedofilie en fetisjisme, daar veel last van hebben omdat ze zich schamen of hun seksuele

gevoelens niet kunnen uiten. Ook kun je daarbij denken aan mensen met een intense preoccupatie met seksualiteit. Omgekeerd kunnen psychische problemen – en medicatie – ook zorgen voor seksuele klachten.¹

SEKSUELE DISFUNCTIES

Seksuele disfuncties zijn stoornissen die het vermogen belemmeren om seksueel actief te zijn of seksueel plezier te ervaren. Om van een stoornis te kunnen spreken, moeten de klachten volgens de DSM minstens zes maanden optreden en moet er sprake zijn van ‘klinisch significant lijden’. In het laatste onderzoek naar de prevalentie van seksuele disfuncties, uit 2017, bleek dat 15% van de Nederlandse vrouwen en 11% van de mannen ooit één of meerdere seksuele problemen ondervond waarvan hij of zij minstens drie maanden behoorlijk veel last had. Bij vrouwen gaat het dan vooral om problemen met gevoelens van seksuele opwindings, het (onvolgende) vochtig worden van de vagina (lubricatie), minder of geen zin in seks, en pijn tijdens geslachtsgemeenschap. Bij mannen komen erectieproblemen, voortijdig orgasme en opwindingsproblemen het meest voor.

SEKSUELE DISFUNCTIES EN PSYCHISCHE KLACHTEN

Seksualiteit is altijd een samenspel van lichamelijke, psychische en sociale/relatieve factoren; seksualiteit speelt zich dus af in een ‘biopsychosociaal kader’. Aan seksuele disfuncties kunnen dan ook problemen op alle drie de niveaus ten grondslag liggen.

Omgekeerd kunnen problemen in de seksualiteit ook psychische klachten geven, zoals angst, depressie, weinig zelfvertrouwen (in seks), een laag zelfbeeld en relatieproblemen. De psychische gevolgen mogen niet worden onderschat; volgens internationale studies vormen seksuele en reproductieve klachten 18% van de *global burden of disease*, die wordt uitgedrukt in zoge-

WERKGROEPEN

De zorgstandaarden zijn opgesteld door de werkgroep Seksuele disfuncties, onder voorzitterschap van prof. dr Ellen Laan, en de werkgroep Parafiele en Hyperseksuele stoornissen, onder voorzitterschap van prof. dr Stefan Bogaerts. In de werkgroepen zaten vertegenwoordigers van de relevante beroeps- en patiëntenorganisaties.



heten *DALY's (Disability Adjusted Life Years)* (gerekend over de totale populatie). De gevolgen van seksueel geweld dragen hier substantieel aan bij, meer dan factoren als middelengebruik en angststoornissen.

SEKSUEEL GEWELD

Negatieve seksuele ervaringen, zoals seksueel geweld, kunnen leiden tot allerlei lichamelijke en psychische klachten, waaronder angstklachten, posttraumatische stress-stoornis (PTSS), depressie en eetstoornissen. Slachtoffers kunnen door traumaherinneringen angst en walging ervaren tijdens seksuele activiteiten, voelen zich schuldig, schamen zich, hebben geen vertrouwen in zichzelf en anderen of vermijden intimiteit. Dit kan weer invloed hebben op het seksueel functioneren. Vrouwen en mannen die in hun jeugd seksueel zijn misbruikt, hebben dan ook twee keer zo vaak last van seksuele problemen. Ook een eenmalige verkrachting kan leiden tot blijvende seksuele problemen, zelfs na een succesvolle PTSS-behandeling. Naast het geven van een traumabehandeling zou er in die gevallen in de therapie dan ook expliciet aandacht moeten zijn voor de seksuele gevolgen van trauma.

BIJZONDERE SEKSUELE INTERESSE

Een parafilie is een ongewone, atypische seksuele interesse of voorkeur. Dit kan een voorkeur zijn voor bijzondere seksuele handelingen, of voor bepaalde doelen of objecten. Voorbeelden van parafilie zijn pedofilie, seksueel sadisme en masochisme, fetisjisme, voyeurisme en exhibitionisme. Het gaat in alle gevallen om intense, vaak terugkerende seksuele gevoelens die minstens zes maanden aanhouden.

Een parafilie is geen stoornis. Daarvan is pas sprake als iemand er zelf last van heeft, of als hij/zij er anderen mee schaadt; bijvoorbeeld als een pedofiel daadwerkelijk seksueel contact heeft met een kind, of als een sadist iemand pijn doet tijdens de seks terwijl de ander dat niet wil. Mensen met een parafiele interesse kunnen hier ook zelf last van hebben, bijvoorbeeld omdat ze zich schamen, zich minderwaardig voelen, of omdat ze geen seks kunnen hebben zoals zij dat het liefste zouden willen. Dat laatste is bijvoorbeeld het geval bij pedofilie, aangezien seks met kinderen strafrechtelijk ontoelaatbaar is en in de meeste gevallen negatieve consequenties heeft voor het kind. Daarentegen kan een koppel best een sadomasochistische seksuele relatie

hebben, zolang beide partners hiermee instemmen. Zolang iemand zelf geen last heeft van zijn of haar seksuele voorkeuren en ook anderen niets aandoet, is een parafiele interesse op zichzelf niet problematisch. Opgaan in de eigen fantasie of gelijkgestemden vinden, kan dan bijvoorbeeld al een prima oplossing zijn. Het probleem schuilt dan eerder in het stigma dat mensen met een parafilie nog steeds aankleeft. Is er wel sprake van een probleem, dan vraagt dat om een behandeling.

PREVALENTIE PARAFILIE

Hoe vaak parafilieën en parafiele stoornissen voorkomen, is lastig aan te geven; in elk geval komen parafilieën vaker voor dan parafiele stoornissen. Daarnaast blijkt uit Canadees onderzoek dat mensen in *meer of mindere mate* parafiele interesses kunnen hebben. Zo komt enige interesse in voyeurisme bij 60% van de mannen voor en enige interesse in seksuele handelingen met kinderen (onder de 14 jaar) bij 1,1% van de mannen. Een 'absoluut verlangen' komt veel minder vaak voor; voor alle verschillende parafilieën samen is de prevalentie daarvan minder dan 10%. De groep mensen die regelmatig het parafiele gedrag vertoont, is nog kleiner. Parafiele interesses komen vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.

HYPERSEKSUALITEIT

Hyperseksualiteit is een intense en terugkerende preoccupatie met seksualiteit, die tenminste zes maanden aanhoudt. Mensen melden zich dan bijvoorbeeld met de klacht dat ze 'seksverslaafd' zijn. Hoe vaak men seksueel actief moet zijn om te voldoen aan 'veel bezig zijn met seks' blijft arbitrair en is afhankelijk van vele

PEDOFILIE

Niet iedereen met een parafiele interesse handelt daarnaar op een manier die schadelijk is voor een ander. Ongeveer 80% van mensen met een pedofiele voorkeur onthoudt zich van seksuele activiteit met een kind omdat ze weten dat dat schadelijk is voor kinderen. Anderzijds heeft iemand die seksueel contact heeft met een kind niet per se een pedofiele voorkeur. Seksuele handelingen met kinderen worden meestal gepleegd door mensen die geen pedofiele voorkeur hebben, maar wel vaak antisociale kenmerken.



factoren, waaronder leeftijd en cultuur. Veel met seks bezig zijn hoeft geen probleem te zijn, zolang iemand er zelf niet onder lijdt, of er anderen mee tot last is. Gaat het om een hyperseksuele stoornis dan wordt onderscheid gemaakt tussen een beheersingsprobleem en een vormgevingsprobleem. Vanuit de beheersingsvisie wordt een hyperseksuele stoornis gezien als een verslaving die vergelijkbaar is met een alcohol- of drugsverslaving, een obsessieve-compulsieve stoornis, of een stoornis in de impulsbeheersing. Het probleem moet vanuit die visie dan met beheersing en onderdrukking bestreden worden.

Bezien vanuit de vormgevingsvisie ligt de oorzaak van een hyperseksuele stoornis vooral in de vormgeving van seksualiteit. Zo kunnen stress of relatieproblemen tot uiting komen in seksueel gedrag. Het vormgevingsmodel houdt vast aan een holistische visie op herstel en is een aanvulling op de traditionele risicobenadering.

CIJFERS

In Nederland heeft 2,3% van de mannen en 0,2% van de vrouwen een dwangmatig verlangen naar seks. Dat wil zeggen dat zij zich regelmatig herkennen in drie van de volgende vier condities: 1) ik ga vaak door met porno kijken terwijl ik me voorgenomen had om daarmee te stoppen; 2) ik geef vaker toe aan seksuele verlangens dan ik zou willen; 3) door mijn seksuele verlangens te volgen, kan ik vaak mijn verplichtingen niet nakomen; en 4) mijn seksuele verlangens kosten mij dagelijks veel tijd.

PSYCHISCHE EN SEKSUELE GEZONDHEID

Psychische gezondheid is een van de belangrijke voorspellers van seksuele gezondheid; is iemand psychisch gezond, dan is de kans op een seksueel probleem twee keer zo klein.²

Van mensen met een ernstige psychische aandoening is bekend dat zij in seksualiteit weliswaar dezelfde wensen hebben als mensen zonder psychische problemen, maar dat zij meer moeite hebben met het realiseren van een goed seksleven. Dat wil zeggen: zij hebben minder vaak seks, minder vaak een vaste relatie en als ze seksueel actief zijn, is dat vaker onbeschermd. 30-80% van de vrouwen en 45-80% van de mannen met een ernstige psychische aandoening ervaart problemen in zijn of haar seksuele functioneren. Mogelijke oorzaken daarvoor zijn dat zij eerder angstig of achterdochtig zijn in

relaties, of dat ze minder interesse hebben in seks door afgevlakte emoties, somberheid of weinig energie. Ook hebben mensen met een ernstige psychische aandoening vaak moeite met sociale contacten, waardoor ook het aangaan of onderhouden van relaties problematisch is.³ Bijkomend probleem is dat relationele en/of seksuele klachten bij hen weer kunnen leiden tot frustraties, eenzaamheid, minder zelfvertrouwen en een negatiever zelfbeeld. Met andere woorden, seksuele problemen kunnen psychische klachten ook versterken.

MEDICATIE

Ook medicijngebruik kan seksuele problemen veroorzaken, zoals erectieproblemen, verminderde zin in seks en opwindings-, orgasme- of ejaculatieproblemen. Andere mogelijke bijwerkingen van medicatie – zoals duizeligheid, sufheid of gewichtstoename – kunnen bovendien aanleiding zijn voor een negatief zelfbeeld of minder zelfvertrouwen. Boosheid en frustratie over medicatie die het seksueel welbevinden verstoort, kunnen weer leiden tot verminderde therapietrouw, waardoor de psychische problemen weer kunnen toeneemen.

STIGMATISERING

Tot slot kunnen mensen met psychische problemen negatieve reacties krijgen uit de omgeving. Stigmatisering kan leiden tot eenzaamheid, minder seksuele zelfwaardering en het kan een barrière vormen voor het aangaan van intieme relaties of seksuele contacten.⁴

SEKSUELE PROBLEMATIEK NIET ONDERKEND

Seksuele problematiek wordt in de ggz vaak niet onderkend, en dus ook niet goed behandeld. Patiënten praten er vaak niet over, en professionals vragen er niet naar. Hiervoor zijn verschillende redenen: behandelaars zijn bijvoorbeeld bang om zich met privé zaken van de patiënt te bemoeien, hebben een (vermeend) tijdgebrek, hebben onvoldoende kennis en vaardigheden, schamen zich om ernaar te vragen, zijn bang om als voyeur te worden gezien, of veronderstellen dat de patiënt er bij klachten zelf wel over begint. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer een vijfde van de mannen en vrouwen met een seksuele disfunctie behoefte heeft aan hulp. Minder dan de helft van hen krijgt die hulp vervolgens ook. Hier ligt een taak voor

de zorgverlener; die moet niet wachten tot de patiënt er over begint, maar zelf het initiatief nemen om seksualiteit te bespreken.

Ook mensen met – ernstige – psychische problemen en een hulpvraag betreffende seksualiteit krijgen lang niet altijd passende hulp; bij slechts 30% is dat wel het geval. 80% van de mensen met psychische problemen geeft aan er bij zorgverleners niet zelf over te beginnen, terwijl zij wel graag over seksualiteit zouden willen praten als de zorgverlener het onderwerp aankaart.³ Uit recent onderzoek onder misbruikslachtoffers blijkt dat iets meer dan de helft van deze slachtoffers zelf de misbruikervaringen heeft moeten aankaarten, omdat de behandelaar er niet naar vroeg.⁵

BEHANDELING

In de zorgstandaarden Seksuele disfuncties en Parafiele en Hyperseksuele stoornissen staat een overzicht van de evidence-based en practice-based behandelingsmogelijkheden. Welke behandeling wordt ingezet, hangt ook af van wensen en behoeften van de persoon in kwestie; dit wordt in overleg met de patiënt besloten.

Seksuele disfuncties

Het doel van de behandeling kan een verbetering van het seksueel functioneren zijn, maar bijvoorbeeld ook het vergroten van acceptatie, satisfactie, welzijn of een betere (seksuele) relatie. Uitgangspunt is het bio-psychosociale karakter van seksualiteit en seksuele problemen, dat wil zeggen: in de behandeling wordt rekening gehouden met somatische, psychologische en relationele oorzaken en factoren. Vaak volgt de behandelaar de vijf stappen van het zogeheten *PLISSIT-model*:

1) *Permission*

De zorgverlener laat met doorvragen, geruststellen en normaliseren de patiënt merken dat seksualiteit en seksuele problemen bespreekbaar zijn.

2) *Limited Information*

De behandelaar geeft psycho-educatie over de factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan en instandhouden van het seksuele probleem, zoals spanningen in de relatie, vermoeidheid, ziekte, leeftijd, lichamelijke beperkingen, eerdere chirurgische ingrepen, rouw en depressie. Deze informatie kan al direct een positief therapeutisch effect hebben. Ook seksuele voorlichting kan nodig zijn.

3) *Specific Suggestions*

De behandelaar doet suggesties die specifiek van toepassing zijn op de betreffende patiënt en diens omstandigheden. Zo kan de behandelaar de patiënt adviseren om bij vermoeidheid op een ander tijdstip te vrijen, of om daarbij een andere houding aan te nemen.

4) *Intensive Therapy*

Intensieve therapie wordt toegepast bij de diagnose van een ernstige stoornis. Afhankelijk van de disfunctie kunnen daarbij zowel psychologische als medicamenteuze interventies worden ingezet, of een combinatie daarvan.

De psychologische behandeling bestaat uit een combinatie van gedragsmatige en cognitieve technieken. Daarnaast worden systeemtherapeutische interventies en lichaamsgerichte technieken gebruikt. Bij voorkeur wordt ook de partner bij de behandeling betrokken.

Parafiele en hyperseksuele stoornissen

Behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen is gericht op: 1) het vermijden van gevaar of schade aan de patiënt of anderen; 2) minder lijden; 3) minder interpersoonlijke stress (persoonlijk, relationeel of maatschappelijk); en 4) het verminderen van de parafilie/hyperseksualiteit zelf.

Behandeling vindt niet noodzakelijkerwijs plaats in deze volgorde – behalve bij schade of gevaar – en de genoemde behandeldoelen beïnvloeden elkaar. Zo heeft het verminderen van interpersoonlijke stress vaak een gunstige invloed op de lijdensdruk bij de patiënt. In de keuze voor bepaalde behandeldoelen spelen niet alleen de ernst van symptomen en de lijdensdruk een rol, maar ook de ernst van maatschappelijke consequenties (zoals het risico op strafbare handelingen). Inzetten op het controleren of minimaliseren van het seksuele verlangen is vooral van belang als de patiënt zichzelf of anderen schade kan berokkenen. Als dat niet aan de orde is, kunnen patiënten ook geholpen worden om hun bijzondere seksuele voorkeur een positieve plek te geven in hun identiteit en relaties. Ook patiënten met parafiele stoornissen die kunnen leiden tot strafbaar seksueel gedrag, kunnen op zoek gaan naar niet-schadelijke manieren waarop zij uiting kunnen geven aan hun seksuele verlangens. Zo kunnen zij voldoening proberen te halen uit seksuele fantasieën en legaal beeldmateriaal. Ook praten met

lotgenoten kan helpen.

Bij de behandeling van parafiele en hyperseksuele stoornissen wordt meestal gekozen voor een cognitief-gedragstherapeutische behandeling. Individuele gesprekken worden zo mogelijk gecombineerd met partnerrelatie- of groepstherapie. Psycho-educatie maakt bij iedere patiënt onderdeel uit van de behandeling. Farmacotherapie kan een belangrijke aanvulling zijn, meestal om testosteron-niveaus te verlagen (vermindering van seksuele opwindbaarheid en daarmee de gevoeligheid voor parafiele stimuli), of serotonine-niveaus te verhogen (ter verbetering van de stemming van de patiënt).

ERVARINGEN MET SEKSUEEL GEWELD?

Het is ook van belang om oog te hebben voor mogelijke ervaringen met (seksueel) geweld. Patiënten die traumatische herinneringen kunnen bespreken in de behandeling van hun psychische problemen, zijn doorgaans tevredener over de behandeling. Als het gaat om seksuele problemen bij mensen met een (seksueel) trauma, vraagt dat om een traumabehandeling, maar dit is op zichzelf meestal niet voldoende voor de behandeling van seksuele disfuncties; ook daar moet in de behandeling aandacht voor zijn.

MAAK SEKSUALITEIT BESPREEKBAAR

Door in de intake een aantal oriënterende vragen over het seksueel functioneren te stellen, geeft de behandelaar het signaal af dat de seksualiteit en seksuele gezondheid van de patiënt bespreekbaar zijn (zie: de stap *Permission*, uit het *PLISSIT model*). Daarbij kan de behandelaar de patiënt dan ook vragen om het onderwerp te mogen agenderen. Een gesprek hierover kan dan ook op een later moment worden gevoerd, bijvoorbeeld als de cliënt er op dat moment nog niet aan toe is. Wanneer er sprake is van seksuele problematiek, kan een uitgebreidere seksuele anamnese worden afgenomen.

CONCLUSIE

Praten over seksualiteit is vaak lastig, vooral als het over ingewikkelde problemen zoals seksuele disfuncties of parafilieën gaat. Dat geldt voor patiënten, maar ook voor ggz-zorgverleners. Het is erg belangrijk dat er ruimte is om die problemen te bespreken. Dat veronderstelt dat de zorgverleners voldoende kennis hebben over mogelijke seksuele problematiek, dat ze weten welke problemen zich wanneer kunnen voordoen, dat zij signalen herken-

nen, en het seksueel functioneren kunnen bespreken. Omdat de meeste patiënten zelf niet zo snel over hun seksuele problemen of parafilieën zullen beginnen, zouden zorgverleners hiertoe het initiatief moeten nemen. ●

REFERENTIES

1. www.ggzstandaarden.nl.
2. Graaf, H. de & Wijsen, C. (2017). *Seksuele gezondheid in Nederland 2017*. Utrecht: Rutgers.
3. Swildens, W. e.a. (2017). Seksualiteit en intimiteit bij mensen met ernstige psychische aandoeningen. In Höing, M. e.a. (red.), *Bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit*. Bussum: Coutinho.
4. McCann, E. (2010). Investigating mental health service user views regarding sexual and relationship issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(3), 251-259.
5. Brederveld, J. e.a. (2018). Seksueel misbruikslachtoffers: hoe vergaat het hen in de ggz? Tevredenheid van cliënten met een misbruikgeschiedenis over hun behandeling in de ggz. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 44(4), 210-227.

KWALITEITSSTANDAARDEN

In een zorgstandaard wordt beschreven wat goede zorg is; vanuit het perspectief van de patiënt en volgens de (landelijke) norm waaraan multidisciplinaire, integrale zorg bij psychische aandoeningen moet voldoen. In een zorgstandaard staat wat de patiënt van de zorg kan verwachten; het gaat dan niet alleen over de behandeling en medicatie, maar bijvoorbeeld ook over deelname aan het maatschappelijk leven, de omgeving en de organisatie van zorg. In een richtlijn staan aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, professionele expertise en ervaringen van zorgverleners en zorggebruikers. Het verschil tussen een zorgstandaard en een richtlijn: in een zorgstandaard wordt de complete zorg beschreven vanuit het perspectief van de patiënt. Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen die vanuit verschillende disciplines zijn opgesteld (psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, huisartsen, etc.). Zorgstandaarden en richtlijnen vallen allebei onder de verzamelnaam kwaliteitsstandaarden.⁵

