

BEKKENBODEM OP DE KAART

INFOMAGAZINE VAN DE STICHTING BEKKENBODEM4ALL

TWEEËNTWINTIGSTE JAARGANG • JULI 2023 • NR. 68



THEMA:
WEER PLEZIER IN SEKS



COLOFON

Bekkenbodem op de Kaart is het informatiemagazine van de Stichting Bekkenbodem4All en wordt uitgegeven in een oplage van 2500 exemplaren. Het Magazine verschijnt twee keer per jaar.

Tweeëntwintigste Jaargang juli 2023 nummer 68

POSTADRES

Postadres:
Stichting Bekkenbodem4All
Postbus 91
4000 AB Tiel
Telefoon (030) 656 96 30

Internet: www.bekkenbodem4all.nl
E-mail: info@bekkenbodem4all.nl

KvK Rotterdam: 243 20 275
Fiscaal nr: 816311663
Bank: NL21 ABNA 05 95 46 77 41

DONATEUR/LIDMAATSCHAP

Word donateur/lid voor € 30,- per jaar.
Aanmelden kan via een brief/kaartje naar bovengenoemd adres, via e-mail, de website of per telefoon.

Contributiejaar loopt per kalenderjaar.
Opzeggen schriftelijk of per e-mail voor 1 november.

Hoofredactie en fotografie: Marlies Bosch
Eindredactie: Lena Hillenga, Tine van den Bos

Teksten: Marlies Bosch (tenzij anders vermeld)

VORMGEVING/OPMAAK

Mediapalet/Rizzo Schouten

RELATIEBEHEER

Relaties B4All: lenahillenga@bekkenbodem4all.nl

Redactie en B4A zijn niet aansprakelijk voor eventuele gevolgen van toepassingen van de in dit blad beschreven informatie.

ISSN: 0920-0037

U kunt artikelen en illustraties uit dit nummer niet gebruiken zonder toestemming van de redactie.

INHOUDSOPGAVE

VROUWEN: REGIE OVER EIGEN SEKSUALITEIT MARJO RAMAKERS, SEKSUOLOOG	4
SEKS: MIDDEL TEGEN PIJN IN DE APOTHEEK VAN HET BREIN BERT MESSELINK, SEKSUOLOOG/ UROLOOG	6
VRIJEN ALS JE CHRONISCHE PIJN HEBT HESTER PASTOOR, SEKSUOLOOG	8
FIJNE SEKS EN KANKER: KWALITEIT VAN LEVEN YLANGA VAN DER GELD, RADIOTHERAPEUT/ONCOLOOG	10
SEKSPROBLEMEN (SAMEN) OPLOSSEN ERVARINGSVERHALEN	12
SEKS NA EEN BEVALLING ESTHER NIJHUIS, GYNAECOLOOG	14
SEKS ALS BUFFET EEFJE ENGELEN, BEKKENFYSIOTHERAPEUT	16
BOEKRECENSIES O.A WELLUST, ELISE VAN ALDEREN	18
DE HUID EN SEKSUALITEIT COLETTE VAN HEES, DERMATOLOOG	20
ONDERZOEK NAAR SEKSUELE PROBLEMEN BIJ JONGE VROUWEN: STUDENTES RUG GRONINGEN	21
VRIJEN ALS JE OUDER WORDT ALBERT NEELEMAN, KLINISCH PSYCHOLOOG/THERAPEUT	22
DE DRUK VAN HET PRESTEREN MOET ERAF WENDY VAN MOURIK, DE PAARSE KEIZERIN	24
HET LIJF HERINNERT FETZEN DE GROOT, CENTRUM SEKSUEEL GEWELD	26
ZET DE DEUR OPEN NAAR GESPREK OVER SEKSUALITEIT KARIN VAN DER TUUK, GYNAECOLOOG	28
SEKSUEEL MISBRUIK BIJ MANNEN; NOG STEEDS ONDERBELICHT	30

DISCLAIMER

Ondanks de constante zorg en aandacht die wij besteden aan de samenstelling van het Magazine Bekkenbodem op de Kaart, kan Stichting Bekkenbodem4All (hierna aangeduid als: 'B4A') niet instaan voor de volledigheid of juistheid van de gegevens en de inhoud van de artikelen. Beweringen en meningen, geuit in artikelen, zijn die van de auteur(s) of geïnterviewden en niet (noodzakelijkerwijs) die van B4A. B4A kan op geen enkele manier verantwoordelijk worden gehouden voor de inhoud hiervan en is niet aansprakelijk voor enigerlei directe of indirecte schade die mogelijk voortvloeit uit de betreffende uitingen.

VAN DE REDACTIE

Het is een actueel thema: seksualiteit.

Hoe wordt de seks weer leuk, was de hoofdvraag die aan alle geïnterviewden werd gesteld. Wat bleek? Artsen zijn zich in toenemende mate bewust van de gevolgen van ziekte of trauma op de seksualiteitsbeleving van mensen. Ze zijn in gesprek met hun patiënten, wijzen hen erop welke gevolgen een ingreep of ziekte kan hebben op hun seksueel actief zijn. Patiënten komen in actie door het onderwerp zelf aan te zwengelen bij hun hulpverleners. Kortom: er is een beweging gaande op het gebied van wat zo mooi onder het begrip: 'seksuele gezondheid' wordt verstaan.

Maatschappelijk gezien zien we vooral de misstanden. Mensen in grote bedrijven die achter de schermen hun macht misbruiken om vrouwen, maar ook mannen, onder druk zetten om aan hun gerief te komen.

De tocht langs de gynaecologen, seksuologen, dermatologen en urologen, langs mensen die zich met de opvang van mensen met een seksueel trauma te maken hebben voor dit nummer van Bekkenbodem op de Kaart, was een zinvolle reis. Duidelijk werd dat het bewustzijn bij hulpverleners over de impact van seksueel misbruik, ook die van lichamelijke klachten, op het seksueel functioneren een enorme

vlucht heeft genomen. Er wordt serieus nagedacht over mogelijkheden om mensen weer 'seksueel gezond' te krijgen. Dat gaat niet, zo blijkt uit de vele gesprekken die in dit nummer zijn weergegeven, alleen om de zogenoemde 'penis-in-vagina' seks, maar wel om het veelomvattende begrip van intimiteit, lijfelijheid, genieten.

We weten dat in de maatschappelijke beeldvorming het erop lijkt dat alleen vrouwen met seksueel overschrijdend gedrag te maken krijgen. Daarom hebben we op internet gezocht naar informatie over hoe dat dan met mannen is gesteld. Daar vonden we aardig wat antwoorden op die we kort hebben samengevat.

Alles bij elkaar komen in dit nummer mensen aan het woord die ons iets te vertellen hebben over seksualiteit. Met als doel: dat iedereen, vrouw en man, hoe dan ook, weer plezier krijgen om samen of alleen met intimiteit en seks bezig te zijn.

Marlies Bosch,
hoofdredeacteur
Bekkenbodem op de Kaart.



INFOLIJN VOOR AL UW BEKKENBODEMKLACHTEN

Voor contact met onze ervaringsdeskundige Thea kunt u bellen naar:

06 - 156 61 860

maandagochtend van 09.00 - 12.00 uur en donderdagmiddag van 13.00 - 16.00 uur.

Voor contact met een ervaringsdeskundige in bekkenbodem pijnklachten belt u op woensdagavond van 19.00 - 21.00 uur met Loes

06 - 114 25 750

Let op! Dit nummer is uitsluitend voor bekkenbodem pijnklachten.

Voor patiëntgerelateerde vragen: emailconsult@bekkenbodem4all.nl

Aanvraag infomateriaal en bestuursvragen: info@bekkenbodem4all.nl

We zijn ook te vinden op Twitter en Facebook



MARJO RAMAKERS

VROUWEN: REGIE OVER EIGEN SEKSUALITEIT

Marjo Ramakers is arts en seksuoloog NVVS. Ze studeerde fysiotherapie en geneeskunde en specialiseerde zich in de seksuologie. Naast patiëntenzorg is ze betrokken bij onderwijs en nascholing, en supervisor en coach voor collega's (in opleiding). Ze was 10 jaar hoofdopleider van de opleiding tot seksuoloog bij de RINO (Regionaal Instituut Nascholing Onderwijs) in Utrecht. Ze is een veelgevraagd spreker voor congressen en workshops. Ze publiceerde met name over vulvdynie, dyspareunie*, vaginisme* en bekkenbodempromblematiek. In 2014 ontving ze de Hector Treubprijs vanwege haar maatschappelijke verdiensten op het gebied van o.a. gynaecologie, en werd in 2022 benoemd tot erelid van de NVVS (Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie). Ze schreef met Peter Leusink het Handboek Seksuele Gezondheid voor behandelaars. * Zie verder in interview.*



Marjo Ramakers

Marjo Ramakers: 'Nadat ik onlangs afscheid nam van zowel de Roosevelt kliniek als de RINO-opleiding, werk ik nu vooral in mijn eigen praktijk CenseRe, centrum voor seksuele en relationele gezondheid, samen met Gidia Jacobs. Verder zit ik in de adviesraden van Bekkenbodem4All, Lichen Sclerosus, en Lichen Planus en in de ZonMW Commissie Gender en diversiteit. We hebben net een Europese richtlijn Lichen Sclerosus afgerond, en ik ben gestart met de revisie van ons handboek. Mijn doel is om vrouwen meer regie over hun eigen seksualiteit te geven, dus dat ze (durven) doen wat ze willen.'

VAGINISME EN ANISME: PENETRATIE LUKT NIET

Marjo Ramakers: 'Vroeger dachten we dat bij vaginisme te hoge spierspanning in de bekkenbodempromblematiek de oorzaak was en je dus vooral moest leren je bekkenbodempromblen

te ontspannen. Wat we nu steeds beter weten is dat het vooral angst is om iets in de vagina toe te laten: bang voor pijn of bang dat er iets kapotgaat. Vrouwen zijn niet alleen bang voor seksuele penetratie, maar vermijden vaak ook het gebruik van tampons of een inwendig gynaecologisch onderzoek. Er is bijna altijd ook spierverkramping maar dat is meer een uiting van die angst. Vrouwen met vaginisme hebben vaak ook andere angsten, zoals voor een vaccinatie of een infuus. Ik probeer vooral die angst bespreekbaar maken en te kijken of iemand langzamerhand contact kan maken met wat zij voelt. Tegenwoordig noemen we vaginisme een penetratiefobie: angst voor penetratie. Het heeft weinig zin om de oorzaak op te sporen want die is er vaak niet. Er is zelden incest of een ander seksueel trauma aan vooraf gegaan. Wel kan het dat iemand bijvoorbeeld het eerste tampongebruik als 'dramatisch, want het was heel pijnlijk en onmogelijk om de tampon in te brengen' heeft ervaren. Ik vergelijk vaginisme/penetratiefobie vaak met een andere fobie, bijvoorbeeld een fobie voor spinnen, ook dan is het zinloos om de oorzaak te achterhalen, het gaat erom wat iemand kan en wil en durft met die fobie. De anus is minder geschikt om van buitenaf iets naar binnen te brengen. De kringpijs van de anus is immers om ontlasting van binnen naar buiten te laten gaan. Om iets van buiten naar binnen toe te laten, of je nu man, vrouw, homo of hetero bent, kan alleen geleidelijk. Anale seks moet je oefenen. Artsen moeten daar bij anaal onderzoek, bij zowel mannen als vrouwen, rekening mee houden.'

DYSPAREUNIE: GEMEENSCHAP DOET PIJN

Ramakers: 'Als een vrouw gemeenschap heeft en dat doet pijn, noemen we dat dyspareunie. Hoe onderscheid je vaginisme van dyspareunie? In het gesprek merk je vaak dat vrouwen met vaginisme vermijdend zijn. Zij vinden het vaak



al heel eng om naar een arts te gaan of om te kijken naar afbeeldingen van de seksorganen. Vrouwen met dyspareunie daarentegen willen weer zonder pijn seks met penis-in-vagina, (of met speeltjes). Ze willen de oorzaak weten en uiteraard graag een oplossing. Dat geeft een gesprek een andere dynamiek. De vrouw met vaginisme probeert te vermijden en de vrouw met dyspareunie is juist wanhopig op zoek naar een oplossing voor de pijn. Binnen de groep die pijn heeft bij gemeenschap is het goed om dit uit te splitsen. Als er een ziekte is aan de geslachtsorganen zoals bij lichen sclerosus (LS) of eczeem, kan er een duidelijke lichamelijke oorzaak zijn voor de pijn. Overigens geldt dat ook voor mannen met LS, die kunnen ook pijn ervaren aan hun penis bij de seks. Er zijn ook vrouwen met een lichamenlijk probleem dat genezen is, en vrouwen met een gezonde vulva en vagina en toch pijn bij gemeenschap hebben. Deze vrouwen zitten vaak in een vicieuze cirkel omdat ze een tijd gemeenschap gehad hebben met hoge spierspanning en met lage opwindning. Dan is de vagina verkrampd en te droog, met als gevolg te veel wrijving. Dat doet pijn. Vulvodynie is een ingewikkeld woord om de vicieuze cirkel van pijn en spierspanning aan te duiden. Zelfs bij licht aanraken van de vulva kan er al pijn ontstaan en op den duur is penetratie vaak niet meer mogelijk. Er zijn dus grofweg drie groepen: een groep met vaginisme waarbij de vermijding centraal staat, de groep met dyspareunie door een lichamenlijk probleem en de groep met vulvodynie die pijn heeft gekregen doordat ze in een vicieuze cirkel zijn beland met hoge spierspanning en lage opwindning. Combinaties komen ook voor.

WAT DOET EEN SEKSUOLOOG

Marjo Ramakers: 'Een seksuoloog is om te helpen bij vragen en problemen op het gebied van seksuele gezondheid. Natuurlijk is het fijn als het lukt om mensen daarmee te helpen en ze daardoor meer plezier en geluk tijdens de seks ervaren. Als mensen pijn hebben bij seks loop ik in het gesprek een vast rijtje vragen bij langs: of er een lichamenlijke huidaandoening is, of ze hun spieren kunnen ontspannen, of ze zin hebben en opgewonden kunnen worden, en of ze in

staat zijn hun wensen en grenzen aan te geven. Ik geef uitleg over wat ik denk dat er aan de hand is en wat ze kunnen doen om het probleem op te lossen. Bij vrouwen met vaginisme gaat het dan vooral over het opheffen van de vermijding. Ik ben niet zo van oefenen met een pelotte, een medisch staafje die de vagina zou kunnen 'oprekken'. Niemand 'moet' iets in de vagina of anus (kunnen) stoppen. We kijken samen hoe ze contact kan maken met haar vagina, en wat ze daar vervolgens mee wil en durft.'

'Bij een lichamenlijke ziekte is het in de eerste plaats belangrijk dat die aandoening goed behandeld wordt en bekijken we hoe daarna seks weer mogelijk kan worden. Bij vrouwen die in een vicieuze cirkel zitten kijken we hoe ze hieruit kunnen komen. Vaak denken vrouwen die een relatie hebben: 'Het is mijn probleem dus dat ga ik even oplossen bij de seksuoloog'. Het is prima als iemand de eerste keer alleen komt, om alles vrijuit te kunnen zeggen. Maar vaak ontdekken vrouwen dat ze hun partner nodig hebben om er samen uit te komen. Problemen met gemeenschap heb je niet alleen, dat probleem heb je samen met je partner. In mijn spreekkamer staan standaard twee stoelen. Dan vraag ik 'Als je partner naast je zou zitten, wat zou die nu dan zeggen?' Dan hoor ik vaak: 'Had ik hem nou toch maar meegenomen'. Altijd is het advies om een tijd zonder pijn, en dus zonder penetratie te vrijen. Dan is het belangrijk dat ze dit allebei ondersteunen. Vaak heeft de vrouw schuldgevoel naar haar partner, en dan helpt het als hij dit begrijpt en meedenkt. Daar is niet alleen zij maar ook haar partner bij gebaat. Sommige mensen weten niet dat seks ook op een andere manier dan penetratie kan. Mannen zitten vaak vast in de idee dat ze als man moeten kunnen penetreren, en vrouwen dat ze coïtus moeten kunnen hebben. Mensen ontdekken tijdens gesprekken dat er leuke en opwindende seks kan zijn zonder penetratie.'

In haar Podcast op gezondheidsnet.nl spreekt Marjo Ramakers onder andere over pijn bij het vrijen.

BERT MESSELINK

SEKS: MIDDEL TEGEN PIJN IN DE APOTHEEK VAN JE BREIN

Bert Messelink is docent aan de opleiding seksuologie bij de RINO groep (Instituut voor bij- en nascholing op alle werkterreinen en beroepen in en rond de GGZ.) Hij is seksuoloog NVVS, (Nederlandse Vereniging voor Seksuologie) Uroloog in Medisch Centrum Leeuwarden en voorzitter van de Stuurgroep Richtlijn Chronische Bekkenpijn. Hij zit al jaren in de medische adviesraad van de Stichting Bekkenbodem4All en is specialist op het gebied van chronische bekkenpijn.



Bert Messelink

Bert Messelink: 'Dit keer wil ik het niet zozeer hebben over de gevolgen van chronische bekkenpijn op de seksualiteit. Alle soorten pijn hebben daar namelijk invloed op, dus ik ga het breder trekken. Er is veel onderzoek verricht naar groepen patiënten die pijnklachten hebben van welke soort dan ook. Zoals mensen met lage rugpijn, maar ook met hoofdpijn of artrose. Die mensen hebben vaak, ondanks goede behandeling aanhoudende pijnklachten. Ook is er uitgebreid gekeken naar mensen met het myofasciaal pijnsyndroom (MPS). Dit is een chronische pijnconditie die gekenmerkt wordt door pijnlijke knopen in de spieren. Bij deze groepen patiënten wordt er gemeld dat ze heel veel problemen hebben met hun seksueel functioneren en in hun seksuele relatie. Dit zijn algemene pijnen die niet het gevolg zijn van het vrijen zelf. Deze pijnen zijn slecht voor het seksleven. Daar is relatief weinig aandacht voor, want de dokter die over

lage rugklachten gaat praat meestal niet over seks en de dokter van de hoofdpijn ook niet. Dat is dus een onderschat probleem.'

HULP

'Het aardige is dat uit onderzoek blijkt dat mensen het fijn vinden dat er naar hen geluisterd wordt. Ze vinden bijvoorbeeld dat fysiotherapeuten hierbij heel goed hulp kunnen verlenen. Alleen, ook fysiotherapeuten zijn niet opgeleid om over seks te praten. Dat maakt het een beetje lastig. Pijn beïnvloedt het seksleven op vier gebieden: fysiologisch, psychologisch, sociologisch en farmacologisch. Fysiologisch: pijn beperkt je in het bewegen. Psychologisch: ik heb pijn, ik maak me zorgen en gaat het wel weer over en hoe moet het nou met mijn seks? Sociologisch: het heeft invloed op je omgeving en ook op je partner. Die partner wil rekening houden met jouw pijn dus zal niet gauw over vrijen beginnen. Gevolg: er wordt steeds minder gevreeën. Tot slot: farmacologisch. De medicijnen die gebruikt worden voor pijnbestrijding zijn niet erg positief voor je seksleven. Vooral de morfineachtige pijnstillers hebben geen positieve invloed op je seksueel functioneren.'

SEKS ALS PIJNSTILLER

Bert Messelink: 'Het gaat hierbij dus niet alleen om pijn in het genitale gebied. Mensen komen bij mij als ze pijn bij het vrijen hebben of als het vrijen niet meer gaat door pijn. Het gaat hier in feite om twee dingen. Het is een pijnprobleem op zich en daarnaast is er een seksueel functie probleem omdat je bijvoorbeeld geen gemeenschap meer kunt hebben. Daar moet je het over hebben. Je moet iets met die chronische pijn doen in de zin van: je hebt aanhoudende pijnklachten, hoe ga je daarmee om? Daarnaast moet je iets met het seksuologische stuk doen want dat beïnvloedt elkaar. Als je de pijn beter in beeld krijgt heeft het minder invloed op seks. Aan de andere kant, en dat wordt vaak vergeten, is seks een hele goede ontspanner en een hele goede pijnstiller. Als je seks hebt komen er allerlei hormonen en endorfinen vrij



die onze natuurlijke pijnstillers zijn. Dat is dus mooi om te gebruiken want je doet iets dat leuk is, ook nog goed is voor je relatie en bovendien je pijn kan verminderen. Door seks maak je de pijnstillers in ons lichaam wakker. Mensen denken: Als ik seks heb krijg ik weer meer pijn in mijn rug dus seks zal wel niet goed zijn voor mijn rug. Maar dat is niet waar. Dat moet je dus goed uitleggen. Het zijn eigenlijk twee dingen: je moet kijken naar de houding als er iets met je rug aan de hand is, en je moet die seks er inhouden.'

PARTNER

'Als er een partner is krijgt die er ook mee te maken. Het is dus belangrijk die mee te nemen in het proces want die kan de degene met pijn heel erg steunen. Dat kun je uitleggen. Mensen gaan ervan uit dat de ander niet begrijpt wat pijn is, maar uit onderzoek blijkt dat als we die pijn delen, er met elkaar over praten dat goed is voor je relatie. Als je dan ook nog een beetje samen met die seks aan de gang gaat versterkt dat ook weer je relatie. En het is tevens een factor die de pijn vermindert. De partner kan meedoen, helpen, een rol spelen in het stuk van de pijnvermindering en ook in het stukje ervoor zorgen dat de seks plezierig blijft. Mensen gebruiken pijn vaak als excuus om geen seks te hebben. Het gaat er eigenlijk om: hoe krijg je het weer leuk, hoe krijg je seks weer op de rails zodat je er samen van kunt genieten. Mijn taak is uitleg te geven over hoe seks werkt op die pijn. Seks bevordert in de apotheek van onze hersenen, de aanmaak van pijnstillers die geen bijwerkingen hebben. Het zijn onze eigen morfineachtige medicijnen waar we niet verslaafd aan raken. Pijn vermijden werkt niet, beter is het de pijn te omarmen. Dat kun je prima combineren met het doen van leuke dingen, zoals vrijen. Daar kan iedereen zijn eigen vorm voor kiezen. Als seksuoloog geef je tips over hoe je kunt ontdekken dat je, met de pijn, op een leuke manier iets met dat lijf en met elkaar kunt doen. Soms zijn het hele simpele dingen zoals: verander de houding eens. Het doet er niet hoe mensen het doen, als ze er maar samen voor kiezen en mee aan de slag gaan.

BEHANDELINGEN

'In mijn lessen en voordrachten, of het nu voor orthopeden of fysiotherapeuten, gynaecologen, urologen, osteopaten of huisartsen is, zeg ik altijd: welke klachten een patiënt ook heeft, stel een vraag over seks. Dan is er een ingang om er dieper op in te gaan. En tegen patiënten zeg ik: vraag bij een behandeling die je voorgeschreven krijgt: wat doet dat met mijn seksleven? Patiënten krijgen soms medicijnen waarbij de dokter niet heeft verteld over de impact op het seksleven. Ze vroegen er ook niet om dus wij moeten ook de patiënten mondiger maken.'

BREIN

Bert Messelink: 'Het brein maakt pijn om ons te beschermen. Het is positiever om, in plaats van weg te rennen, te erkennen dat die pijn er is. Stil te staan bij wat je kan en niet bij wat je niet kan. Het werkt heel goed om actief te zijn en te focussen op waar je blij van wordt. Ik zeg vaak tegen mensen: voel het maar en wees maar bewust dat die pijn er is. Zeg tegen je pijn: 'ik hoor wel wat je zegt, maar ik ga nu even vrijen want dat vind ik leuker. Ik kom straks weer bij je terug.' Iedereen moet daar zijn eigen vorm voor vinden. Ik hoor wel van patiënten: 'Dat vind ik wel een mooie, daar kan ik wel iets mee.' Dan help je ze ook echt om op een andere manier met pijn om te gaan. We zeggen niet voor niets: Blijf er niet mee zitten, er is iets aan te doen!'



HESTER PASTOOR

VRIJEN ALS JE CHRONISCH ZIEK BENT

Hester Pastoor (1973) was 15 toen ze Goedele Liekens op de Nederlandse televisie zag bij RUR. Daar hoorde ze voor het eerst over seksuologie en dacht meteen: DIT is het. Dat is ook nooit meer anders geworden. Nu werkt ze als seksuoloog in het Erasmus MC in Rotterdam in de patiëntenzorg voor seksuele klachten gerelateerd aan lichamelijke aandoeningen. Ze is aangesteld door de afdeling gynaecologie maar werkt voor alle specialisten die mensen behandelen met diverse (vaak chronische) aandoeningen. Ze geeft les aan verschillende groepen binnen het Erasmus MC. Ze promoveert binnenkort op het seksueel functioneren van vrouwen met Polycysteus Ovarium Syndroom. Ze is samen met Cobi Reisman hoofdopleider bij de Opleiding Seksuologie aan de RINO in Amsterdam. Daarnaast was ze 6 jaar lang voorzitter van de NVVS.*



Hester Pastoor

Hester Pastoor: 'Als mensen voor een chronische aandoening in het Erasmus UMC behandeld zijn merken ze vaak een verandering op het gebied van seksualiteit. Die willen ze graag ongedaan maken en komen bij mij. Als seksuoloog kijk ik of het inderdaad te maken heeft met de ziekte of met de manier waarop ze ermee omgaan. Dan kijken we samen wat er kan veranderen. Terugdraaien is helaas niet altijd mogelijk. De ziekte, voor zowel mannen als vrouwen, is immers chronisch. In de meeste gevallen kunnen we wel dingen veranderen waardoor mensen weer tevreden zijn met hoe het gaat of dat ze kunnen accepteren dat ze nu niet meer zijn zoals ze waren. We praten met elkaar over

dingen die aantrekkelijk kunnen zijn, wat dat vroeger was en wat nu. Grappig genoeg zien we dat ook bij mensen die op oudere leeftijd een nieuwe relatie krijgen. Die zijn weer helemaal verliefd en hebben veel vaker seks. Dat heeft dus meer te maken met de duur van de relatie dan met de leeftijd. Seks, vooral leuke seks, is gezond. Dat komt omdat het op psychologisch vlak helpt bij hechting en bij het gevoel van intimiteit en op lichamelijk vlak kan het pijn verminderen of je kunt er beter door slapen. Zelfs de Wereldgezondheidsorganisatie heeft erkend dat seksuele gezondheid een onderdeel is van de kwaliteit van leven. Het is nog altijd wel een beetje het kip of ei-verhaal: ben je gezonder doordat je meer seks hebt of heb je meer seks omdat je gezond bent? Maar dat het belangrijk is in de relatie is zeker.'

PATIËNTEN

Hester Pastoor: 'Ik zie veel vrouwen die zonder baarmoeder zijn geboren en vrouwen met Turner Syndroom (vrouwen die geboren worden met één X chromosoom i.p.v. twee.) Ook vrouwen met DSD (Differences of Sexual Development), dat zijn mensen die we vroeger hermafrodiet noemden. Daarin is onze afdeling gespecialiseerd. De belangrijkste groep is de vrouwen in de vervroegde overgang, soms zijn ze net twintig. Daarnaast ook vrouwen met PCOS (* Polycysteus Ovarium Syndroom). Dat is een hormonale aandoening. Er zijn daarbij drie symptomen waarvan je er twee moet hebben: onregelmatige of geen menstruaties, overbehaarung en/of acne en cystes op de eierstokken. Dat zijn ei blaasjes die zich niet tot eicellen ontwikkelen. De vrouwen hebben vaak somatische klachten, zoals overgewicht en problemen met vruchtbaarheid en meer risico op hart- en vaatziekten of diabetes. Psychologisch komen er vaker depressie of eetstoornissen voor.'



ONDERZOEK

'Mijn promotieonderzoek gaat over seksueel functioneren van vrouwen met PCOS. We hebben gekeken naar de hormonale waarden van PCOS-patiënten en een controlegroep. Ze hebben vragenlijsten ingevuld over o.a. seksualiteit en over angst en depressie. Ze zijn allemaal in het sekslaboratorium geweest in het LUMC of het AMC. Daar hebben we vaginaal gemeten wat de doorbloeding is middels een elektronische tampon. Ze krijgen diverse stimuli, zoals een neutrale film over de natuur maar ook zien ze een erotische film of krijgen vibratie aan de clitoris. We meten wat er in de vagina gebeurt aan hartslag en doorbloeding en de mate van lichamelijke opwindning. We horen namelijk in de spreekkamer dat die vrouwen zeggen: 'Ik word niet vochtig', maar niemand heeft het ooit gemeten. Zo hopen we meer kennis te krijgen en in de praktijk iets meer voor die vrouwen te kunnen doen.'

BALANS

'Bij sommige mensen die ik zie gaat het om: ik heb zo'n last van mijn lijf, hoe ga ik dat nou doen. Of: alleen al bij het idee dat ik gestreeld word denk ik: blijf van me af want mijn lijf zit nu al zo in de weg. Dat vind ik zelf niet een gemakkelijke doelgroep. Die patiënt is vaak al door de molen geweest bij een pijnpoli of revalidatie, krijgt medicatie en moet het daar uiteindelijk gewoon mee doen. Dat is naar want soms gaat de pijn niet weg. Dan is het vooral zoeken naar hoe je de omstandigheden zo kunt regelen dat je niet uitgeput bent voordat je begint. In de revalidatie leerde je je leven zo in te richten dat er nog wat energie over is voor seksualiteit of intimiteit. Dat is niet altijd even makkelijk. Het is dus zaak om daar een balans in te vinden. Immers: het enige dat bijna alle mensen in hun leven niet willen plannen is seksualiteit. Het beeld is immers dat dat 'spontaan' moet gaan en daar moeten chronisch zieke mensen hun weg in vinden.'

PARTNERS

Hester Pastoor: 'Partners worden daarbij betrokken. Als je weer zover komt om intimiteit of seksualiteit te hebben met jezelf of met de partner, dan is het zaak of je aanraking zo kunt verdragen dat je niet daarna weer extra pijn hebt. We praten ook over andere vormen van seksualiteit, of over welke houding voor jou het minst belastend is. Misschien door gebruik van een kussen of door op je zij te liggen. Dat vogelen we samen uit. Eigenlijk moet iedere arts bij iedere

patiënt benoemen dat hun aandoening of behandeling impact kan hebben op de seksualiteitsbeleving, of je nu aan je oor, je oog of je heup wordt geopereerd. Dat is nog niet doorgedrongen tot de medische professie. Elke behandeling kan impact hebben op je partnerrelatie.'

SCHAAMTE

'Sommige vrouwen smeren daarom niet bij Lichen Sclerosus (huidaandoening aan de vulva), ze willen er niet mee geconfronteerd worden. Wij geven dan adviezen om stapsgewijs dat gebied aan te raken. Millimeter voor millimeter richting het genitale gebied waarvan ze bang zijn dat dat pijn gaat doen. Ik zeg: leg je vinger maar ergens neer op een gebied dat niet al te spannend is. Je hoeft niet te gaan bewegen, voel maar wat je voelt. Vrouwen denken dat ze dan opwindning moeten voelen. Maar het gaat om: is het warm of koud of hard of zacht. Ik hoor dan: ik dacht dat ik pijn zou voelen, maar dat is niet zo. Vervolgens kun je kijken of er ook plekken zijn die fijn zijn om aan te raken, of zelfs opwindend. Je moet de meeste vrouwen wel even over de drempel krijgen maar mijn ervaring is: als dat lukt werkt het vaak heel goed. Als dat eenmaal op de rit is kan je er eventueel zelfs seksueel plezier uit halen of kan je partner je voorzichtig aanraken. Maar in eerste instantie geven we altijd een pijnverbod. Je mag alles doen, zolang het maar geen pijn doet.'

BELEID

'We hebben een vijfsporen beleid bij alle mensen met genitale pijn. 1. de huid moet goed verzorgd worden; 2: hoe is de functie van de bekkenbodemp; 3: we kijken naar psychologische factoren over angst. Vaak zijn die vrouwen echte doorzetters die door blijven rennen, de ander op de eerste plek zetten en vaak doorgaan met dingen die eigenlijk niet goed zijn zoals pijn hebben tijdens seks; 4: de relatie, dat betekent praten met je partner over hoe die kan bijdragen aan de behandeling; 5: seksualiteit. Waarom we dat pijnverbod geven bij seks is omdat vrouwen te lang zijn doorgedaan met dingen die niet goed zijn waardoor de hele seksualiteit daardoor verpest is. Het gaat vooral om het controle aspect. Zo kunnen vrouwen die chronische pijn afzwakken, zodat we eindigen met seks zonder pijn. Ook penetratie seks zonder pijn. En in feite verloopt de behandeling bij mannen met chronische pijn op dezelfde manier.'

YLANGA VAN DER GELD

FIJNE SEKS EN KANKER: KWALITEIT VAN LEVEN

Ylanga van der Geld studeerde geneeskunde in Groningen en deed haar coschappen grotendeels op Curaçao. Ze volgde in de VU de opleiding tot radiotherapeut en bij de RINO in Amsterdam de opleiding seksuologie. Haar seksuologische werkervaring, nodig voor de registratie, deed ze op in Leiden bij de afdeling Psychosomatische Gynaecologie en seksuologie van het LUMC. Ylanga werkt in het Spaarne Gasthuis in Haarlem. Ze heeft daarnaast een eigen praktijk, 'Toolsz to Touch'. Ze is hoofdopleider van de Seksuologieopleiding in Utrecht. Ze is op dit moment de enige radiotherapeut-oncoloog, die tevens seksuoloog NVVS is.



Ylanga van der Geld

BESTRALING EN SEKSUALITEIT

Ylanga van der Geld: 'De impact van bestraling in het bekkengebied hangt o.a. samen met de toegediende bestralingsdosis en met de gebruikte bestralingstechniek. Er zijn mensen die veel bijwerkingen hebben en anderen met relatief weinig klachten. Klachten die optreden tijdens de bestraling of kort daarna, noem je acute klachten. Dit zijn klachten, die meestal weer overgaan. Er zijn ook klachten, die na langere tijd ontstaan. Dit zijn klachten die vaak toenemen in de tijd. Bij bestralingsbehandelingen in het bekken komen klachten voor als heel vaak moeten plassen, je plas niet goed kunt ophouden of pijn hebben bij het plassen. Voor de ontlasting geldt dat er bloed of slijm bijmenging kan zijn of bijvoorbeeld diarree. Ook de regelmaat van stoelgang kan veranderen. Vrouwen merken soms dat de vagina droger of nauwer wordt en ervaren soms ook pijn bij het vrijen. Een

ander gevolg van bestraling in het kleine bekken is dat als de eierstokken ook worden bestraald een jongere vrouw vaak in één klap in de menopauze terecht komt. Maar ook bij vrouwen die al postmenopauzaal waren, heeft bestraling van eierstokken gevolgen en kunnen er problemen met seksualiteit ontstaan. Door de bestraling wordt de productie van testosteron in de eierstokken in één keer lam gelegd. Het gevolg is vaak minder zin hebben in seks. Bij mannen zie je dezelfde klachten van de blaas en darmen, maar op seksueel gebied soms ook problemen met erecties en na een prostatectomie (verwijderen van de prostaat) het ontbreken van de zaadlozing. Dat is voor veel mannen een groot gemis en kan leiden tot een vermindering van het seksuele plezier en de opwindings.

AFSCHEID VAN JE GEZONDE LIJF

'Mensen met kanker moeten afscheid nemen van hun gezonde lijf. Dat kan gepaard gaan met gevoelens van rouw en onzekerheid over het herstel en terugkeer van de ziekte. Ook binnen een relatie kan het ingewikkeld zijn. De gezonde partner heeft weliswaar zorg om de zieke partner maar voelt daarnaast vaak onveranderd lust en opwindings, wat verwarrend kan zijn. Als die partner geen uiting geeft aan die gevoelens zoals voorheen, kan de zieke partner zich ongeliefd, onbegeerd voelen. Dat niet uitspreken naar elkaar kan leiden tot verwijdering, terwijl ze juist dicht bij elkaar willen zijn, maar niet weten hoe dat moet. Deze veranderde dynamiek in de partnerrelatie kan bij elke ziekte, zowel binnen als buiten het bekken spelen, aandacht hiervoor is dus nodig.'

ROL

Van der Geld: 'Ik luister goed naar wat mensen vertellen en erken en normaliseer. Mensen denken soms dat ze toch wel een beetje raar zijn omdat ze een seksueel probleem hebben. Het helpt om uit te leggen dat door wat er allemaal gebeurd is, medisch maar ook psychosociaal gezien, het normaal is dat je hier tegenaan loopt. De precieze hulpvraag wisselt. Ik hoor



regelmatig dat partners het onwennig vinden om weer fysiek contact te hebben. Soms is er een hele specifieke vraag over bepaalde seksuele functies. De meeste mensen zijn zich niet bewust van hoe seks werkt, omdat het voor het ziek worden 'vanzelf' is gegaan. Als je ziek bent (geweest), en dingen lukken niet meer, is het soms lastig om erachter te komen wat daar nou precies de oorzaak van is en vooral je dat weer op kunt lossen. Ook hoor ik vaak dat het libido weg is, dat er geen 'zin' meer is in seks. Het lastige van het gevleugelde woord libido is dat het klinkt als regen: 'dat je gaat zitten en het ineens op je valt'. Maar zo werkt het niet, zin in seks komt niet uit de lucht vallen. Om zin te krijgen moet er wel iets worden gedaan. Als je merkt dat de manier van vrijen voordat je ziek werd niet meer fijn is, dan is het goed om te kijken naar andere manieren van vrijen. Het opnieuw vormgeven van de eigen seksualiteit is dan de uitdaging waar mensen voor staan.'

TIJD CONSULT

'Voor een individueel seksuologisch consult plan ik een uur in en voor een consult met partner anderhalf uur. Voorafgaand aan het consult vraag ik mensen om een intake formulier in te vullen. Hierin staan o.a. vragen over hun gezin van herkomst, de thuissituatie, eerdere (negatieve) seksuele ervaringen, ideeën over wat er nu aan de hand is. Vragen over zichzelf en hun eventuele partner, hoe ze zichzelf en de ander ervaren, maar ook medische vragen en vragen over de bekkenbodem. Die antwoorden geven mij alvast een idee over mogelijke andere factoren die van invloed zijn. Het invullen van het formulier is voor mensen zelf ook een goede voorbereiding op het consult en helpt bij het helder krijgen van hun hulpvraag. Mensen met een partner zie ik in het begin soms eerst alleen, maar daarna ook samen. Omdat ze samen leuke seks willen, ja, dan moet je ook samen bepalen hoe dat eruit moet gaan zien.'

MANNEN

'Ik zie bij mannen met seksuele problemen, bijvoorbeeld erectieproblemen, niet meer schaamte, al zijn erectieproblemen voor veel mannen wel verweven met hun

identiteit. Ze geven soms aan zich minder man te voelen of zijn bang dat ze hun partner niet meer kunnen plezieren. Dat heeft dus enerzijds met het zelfbeeld te maken, maar ook met de mythe dat alleen penis-in-vagina seks echte seks is. Het krijgen van kanker, het verlies van een gezond lichaam en een bepaalde beleving van je seksualiteit is voor veel mensen heel verdrietig. Soms blijkt het, naast de rouw, een eyeopener, dat dit moment van existentiële crisis, ook de mogelijkheid biedt om je seksleven weer helemaal opnieuw vorm te gaan geven, zoals jij dat wil.'

MISVATTING

'Artsen denken vaak dat als mensen ziek zijn en bestraald of anderszins behandeld worden, ze geen interesse hebben in seks. Dat is een misvatting. Immers: patiënten zijn relatief slechts kort in het ziekenhuis bij hun behandelaar of voor behandeling, zeker tijdens de radiotherapie. Dan gaan ze naar huis. Daar is een heel leven en soms ook een partner. De intimiteit en de seksualiteit gaan echt niet 'on hold' totdat mensen weer beter zijn. Vrijen voelt voor sommige mensen ook echt als een lifeline: als ik seks heb, heb ik het gevoel dat ik leef. Artsen moeten het gesprek over (de beleving van) seksualiteit dus opnemen in hun anamnese. Het is bekend dat dokters dat om verschillende redenen lastig vinden. Ook patiënten vinden het lastig omdat ze denken: 'Ik ben bij deze dokter omdat ik kanker heb, dus ga ik niet over seks praten.'

ADVIES

'Ik zou patiënten op het hart willen drukken om de invloed van de bestraling of andere behandeling, binnen of buiten het bekkengebied, op hun seksualiteit kenbaar te maken bij hun dokter. En om bij seksuele problemen te vragen om een verwijzing naar een seksuoloog NVVS. Aan artsen zou ik willen adviseren om seksuologen NVVS (Nederlandse wetenschappelijke Vereniging Seksuologie) in hun netwerk op te nemen, zodat ze effectief kunnen overleggen en doorverwijzen. Hoe sneller een adequate seksuologische behandeling wordt ingezet hoe beter het is. Fijne seks is voor heel veel mensen een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van leven en het is gewoon jammer als je dat mist.'

SEKSPROBLEMEN (SAMEN) OPLOSSEN.

HANS (45): 'Mijn vrouw Ellen en ik hebben altijd een leuk seksleven gehad. Gemeenschap was voor ons allebei het belangrijkste in het vrijen. Meestal lag ik op top. Toen ik rugpijn kreeg kon ik dat niet meer volhouden. Nu hebben we een lekkere massageolie uitgezocht en masseren we elkaar rug als we beginnen met vrijen. Bij gemeenschap zit nu Ellen op mij en tegen dat we merken dat we klaar gaan komen draaien we nog even om. Want het zo afronden vinden we toch het fijnst. En dat lukt nu prima.'

LIESBETH (53): 'Ik heb lichen sclerosus en pijn bij penetratieseks. Eigenlijk durfde ik mezelf daar niet meer te bekijken en aan te raken. Vrijen was er helemaal niet meer bij met mijn partner, op welke manier dan ook. Van de therapeut leerde ik heel langzaam ontdekken welke aanrakingen er genitaal mogelijk zijn, waardoor mijn angst daarvoor verminderde. Nu mag zelfs mijn partner me daar weer aanraken en kan onze seksualiteit opgebouwd worden.'

BILAL (25): 'Ik heb diabetes mellitus 1 en erectieklachten. Ik spuit nu insuline, maar was in mijn puberteit niet altijd even consequent met mijn medicatie. Dat heeft mijn fysieke conditie en mijn erectieklachten verergerd. Door slechte bloedvaten en verminderde zenuwgeleiding heb ik nu injecties nodig in de penis voor een erectie. Dat vind ik eigenlijk wel eng en niet opwindend. Nu ben ik samen met mijn partner op zoek naar manieren om de injecties te integreren, maar ook hoe we prettig kunnen vrijen zonder erectie.'

LOUK: 'Ik ben een fitte man van 35, fijne relatie en leuk werk als manager in een groter bedrijf. Helaas al jaren klachten van te snel klaarkomen. Dit werd steeds erger. Uiteindelijk, na het overwinnen van een flinke barrière, via de huisarts bij de uroloog geweest. Hij kon me, na wat testen, geruststellen. Er was medisch niks mis. Ik kreeg het advies om naar een bekkenfysiotherapeut met seksuele counseling specialisatie te gaan. In de afgelopen maanden heb ik heel erg veel geleerd over mijn eigen lijf. Over spanning in mijn lichaam en bekkenbodemp, over verwachtingen, routines en gedrag in relatie tot het klaarkomen. Het gaat nog niet altijd helemaal zoals ik hoop. Maar het gaat steeds beter, maar bovenal genieten we samen weer van de seksuele activiteiten.'

EVA: 'Het gaat echt nooit passen, dacht ik toen ik bij de bekkenfysiotherapeut kwam. Zij was gespecialiseerd in seksuele counseling. Ik was op dat moment 18 jaar oud en al ruim zes maanden samen met een heel lieve en fijne vriend. Tijdens die behandeling heb ik veel geleerd over de communicatie tussen mijn brein en bekkenbodemp. Hoe die

mij laat zien wat ik spannend vind. Door te luisteren naar de signalen kan ik veel beter voelen wat ik nodig heb. Ik kan nu ook echt 'voelen' in mijn lijf en bekkenbodemp. Na enkele maanden oefenen, leren ontspannen en grenzen aangeven is ons seksleven echt goed. Als kers op de taart lukt penetratie nu ook.'

RIA: 'Ik ben door mijn dermatoloog naar een bekkenfysiotherapeut verwezen. Mijn partner en ik hadden door mijn huidproblemen problemen met het vrijen. Het was zo'n open vrouw. Ik kreeg weer vertrouwen in mezelf en ik ben echt enthousiast. De arts had ook voorgesteld om naar een seksuoloog te gaan, maar daar zat ik eigenlijk niet zo op te wachten. Deze bekkenfysiotherapeut vroeg door, maar ze deed dat zo vanzelfsprekend dat ik er ook open over kon praten. Zij heeft me geleerd de bekkenbodemp zo te ontspannen dat ik geen pijn meer heb.'

Alice en Lambert zijn al 29 jaar bij elkaar en nog altijd dol op elkaar. Ze hebben geen kinderen. Voor Alice (61) nu okay, voor Lambert (64) soms nog een gemis.

LAMBERT: 'We kwamen bij dokter Neeleman terecht omdat we wat spanningen hebben omdat de seks zo goed als stil staat. Alice wordt niet vochtig en het doet dus pijn om gemeenschap te hebben. Ik mis het vrijen enorm al wil zij dat graag aan mij geven. Alice heeft diverse klachten waarvoor ze naar huisarts en specialisten gaat.' Alice: 'Ik slik al geruime tijd antidepressiva. Ik heb wel geprobeerd daarmee te stoppen maar dat pakte niet goed uit. Dus ik durfde ze niet weer af te bouwen. We hebben goede gesprekken met de arts gehad en hem verteld dat we de eerste jaren een intensief seksleven hadden.'

LAMBERT: 'Toen ik Alice leerde kennen had ik nog weinig seksuele ervaring. Ik was lang in therapie, omdat ik op emotioneel beïnvloed was door mijn moeder. Pas na die therapie kon ik op amoreus vlak mijn vleugels uitslaan. Alice had juist heel wat uitgeprobeerd en rond gevlienderd, voordat ze mij leerde kennen.'

ALICE: 'De arts verwees ons voor de lichamelijke klachten naar een polikliniek seksuologie, die samen met ons een beleid uitstippelde hoe wij weer zonder pijn konden vrijen. Mijn antidepressiva werden aangepast en deels afgebouwd en gek genoeg kwam de zin in vrijen bij mij langzaam weer terug. We hebben ook geleerd om beter met elkaar te praten over intieme zaken en onze seksuele wensen en grenzen. We zijn eigenlijk heel blij dat het nu weer fijn voelt met elkaar.'

ANNEMARIE: 'Ik ben 30 en verpleegkundige van beroep. Ik had lang last van een pijnlijk gebied in het litteken van



de knip die ik kreeg voor mijn eerste bevalling vanwege een bevalling met een vacuümpomp. Ik heb daarna veel consulten bij mijn gynaecoloog gehad. Ze gaf me eerst een basiszalf voor het litteken en een periode met een pijnverbod. Dus ik moest stoppen zo gauw als ik pijn voelde. Ik kreeg de opdracht om op andere manieren te vrijen, zodat het seksueel plezier weer op de voorgrond kwam te staan. Ook verwees ze me naar een bekkenfysiotherapie met ook triggerpointbehandeling, zoals massage en dry needling. Ik moest zorgen voor voldoende opwinding en vochtigheid bij de seks. Uiteindelijk kreeg ik nog een keer een injectie lidocaïne in de pijnlijke plek gespoten. Dit hielp tijdelijk. Daarna verwees ze mij naar een pijnspecialist in ons ziekenhuis met wie ze samenwerkt. Ik kreeg een behandeling met een naaldje op de pijnlijke plek waardoor een zenuwwortel met een elektrisch stroompje wordt behandeld. Uiteindelijk werkte dit. Ik kreeg daarna nog een tweede kind. De bevalling verliep probleemloos en de pijn is niet meer teruggekomen.

JOKE: 'Het was schrikken: een totale inscheuring tijdens mijn bevalling. Ik had de hele zwangerschap al veel last van misselijkheid. Maar ook had ik angstklachten, die toenamen in de zwangerschap. Dit was nl. mijn tweede zwangerschap, ik had daarvoor een kindje verloren die in de buik was overleden. De geboorte van mijn, gelukkig wel gezonde, zoon was voor mij heel erg traumatisch, zowel fysiek als psychisch. Maar na de geboorte raakte de wond van de inscheuring ontstoken en de hechtingen lieten

vroegtijdig los. De wond wilde daardoor niet genezen. Ik heb heel lang bekkenfysiotherapie, zalven en psychotherapie gehad, maar het haalde maar weinig uit. Uiteindelijk ben ik arbeidsongeschikt geraakt en ook mijn relatie stond erg onder druk. Maar ja, dat kwam ook omdat seksualiteit met penetratie nooit meer lukte. Dat kwam omdat ik gewoon bang ben voor meer pijn, ik wil er niets meer mee te maken hebben. Ik weet nog niet hoe dat verder moet met onze relatie.'

DANIELLE: 'Ik ben getrouwd met een vrouw. Na de behandeling voor mijn borstkanker, die bestond uit chemotherapie, een borstsparende operatie, bestraling en aanvullende hormonale therapie, is de zin in seks helemaal verdwenen. Ik voel me ook niet sexy meer. Mijn vrouw is begripvol, maar zij mist ook het samen vrijen en ze weet ook niet zo goed wat ze wel en niet kan doen. Ik mis het vrijen ook, of beter gezegd, de herinnering eraan. We zijn samen naar een seksuoloog gegaan, die heeft uitgelegd wat er lichamelijk en hormonaal veranderd is, door het ziek worden en de behandeling. Ze had expliciet aandacht voor het verlies van wat er was en wat er voor mij en mijn vrouw is veranderd. We hebben gepraat over hoe we daar over kunnen communiceren. Over hoe het vrijen eerder was, wat opwindend was en hoe is dat nu? Zij vroeg ons naar onze opvattingen en overtuigingen over hoe seks eruit 'moet zien'. Nu weten we beter wat we samen willen en welke stapjes we daarvoor moeten zetten, door opnieuw met nieuwsgierige ogen naar onszelf en elkaar te gaan kijken.'

ESTHER NIJHUIS

SEKS NA EEN BEVALLING

Esther Nijhuis is gynaecoloog in het Nij Smellinghe ziekenhuis in Drachten, waar ze een polikliniek seksuologie heeft, waar ze samenwerkt met een collega seksuoloog-verpleegkundige (consulente seksuologie). Ze is geregistreerd als seksuoloog NVVS sinds 2022. Daarnaast heeft ze een eigen praktijk in Burgum.



Esther Nijhuis

SEKS NA EEN BEVALLING

Esther Nijhuis: 'Als gynaecoloog en seksuoloog zie ik veel vrouwen die na een zwangerschap seksuele problemen hebben. Dat heeft soms lichamelijke oorzaken zoals pijn van een knip of scheuren van de vagina, of pijn in de buik na een keizersnede. Soms komt het door te snel vrijen na een bevalling zonder voldoende opwindning. Als vrouwen met klachten over seksualiteit bij me komen, wil ik weten hoe de seksualiteit was voor- en gedurende de zwangerschap. Als seks toen al moeizaam was kan zo'n bevalling de nekslag zijn voor het seksleven. De meeste seksuele problemen ontstaan na het eerste kind, om dat die bevalling lichamenlijk en psychisch het zwaarst is en omdat het stel van een twee-eenheid ineens een drie-eenheid wordt. De vrouw wordt moeder en staat helemaal in dienst van de baby. Dat zorgt ervoor dat je eigenlijk geen ruimte hebt voor seksualiteit. Dat is al na niet-traumatische bevallingen. Na een totaalruptuur (inscheuren tot aan de anus) heeft de helft van de vrouwen een jaar na de bevalling nog geen penetratieseks gehad. Ook na een keizersnede kun je pijn houden in het litteken in de buikwand, wat pijn geeft bij dieper doorstoten bij gemeenschap. Door het geven van borstvoeding produceert

een vrouw geen oestrogenen meer en worden haar slijmvliezen als die van een vrouw na de overgang. Daardoor is een lang voorspel noodzakelijk om pijnvrij te kunnen vrijen. Of je moet vaginale oestrogenen willen gebruiken of heel veel glijmiddel.'

TOTAALRUPTUUR

Esther Nijhuis: 'Er zijn diverse gradaties bij inscheuren. Inscheuren van het slijmvlies en de bekkenbodemspieren is vrij gebruikelijk bij een eerste bevalling, maar soms scheurt het ook in tot de buitenste of zelfs de binnenste kringmus en de endeldarm. In dat geval moet er gehecht worden op de operatiekamer om incontinentie voor ontlasting of een fistel te voorkomen. Een knip zetten doen we alleen als de baby in nood is en de baring bespoedigd moet worden, of als we een bevalling met een vacuümpomp moeten doen. Dan gaat het hoofdje van de baby zo snel door het baringskanaal dat de bekkenbodem zich niet snel genoeg kan aanpassen en naar kan inscheuren. We hopen met een knip dan ernstige schade aan de bekkenbodem te voorkomen. Of dit een totaalruptuur voorkomt, is echter niet bewezen.'

CONTROLE

'Als een vrouw bevallen is ziet de verloskundige de vrouw en baby enkele malen thuis, de week daarna. Wij zien de vrouwen pas zes weken na de bevalling. Dan vraag ik naar het plassen, de ontlasting, het bloedverlies en hoe ze terugkijken op de bevalling. Ook vraag ik of ze al gemeenschap hebben gehad, en zo ja, of dat pijnlijk was. Als dat zo is dan geven we tips. Na de bevalling duurt het zeker negen maanden voordat de bekkenbodem is hersteld, soms nog langer, zeker als je borstvoeding geeft. Als er problemen zijn met ophouden van ontlasting of urine adviseer ik een geregistreerde bekkenfysiotherapeut te bezoeken. Die geeft oefeningen maar kan ook inwendig onderzoek doen en met meetinstrumenten zien of de oefeningen goed worden uitgevoerd.'

Nijhuis: 'Na een keizersnede is het advies om een jaar niet zwanger te worden, zodat het litteken goed kan genezen. Een volgende bevalling moet dan in het ziekenhuis plaatsvinden. Er is namelijk een minieme kans op een scheur van de baarmoederwand, met grote gevolgen. Vrouwen die een

keizersnede hebben gehad mogen de volgende keer vaginaal bevallen. Hoe groot de kans is dat dat lukt is afhankelijk van o.a. de oorzaak van de vorige keizersnede. Als dat bijvoorbeeld een meerling of stuitligging was, is de kans op een vaginale bevalling bij een eenling in hoofdligging heel groot.'

TRAUMA EN SEKS

'Als de bevalling traumatisch is ervaren, of er slechte wondgenezing is bij een totaalruptuur of andere bekkenbodemplakten, dan duurt het langer voordat je weer toe bent aan het vrijen. Dan hoop ik dat ik de patiënt op tijd zie zodat we het kunnen hebben over andere manieren van vrijen. We hebben een gesprek over het feit dat seks meer is dan penetratie. Pijn bij penetratie betekent niet dat je elkaar helemaal niet meer aan mag raken. Het is belangrijk om de intimiteit te behouden en om er met elkaar over te praten. Tegenwoordig is een nacontrole vaak telefonisch, tenzij er klachten zijn. Soms maak ik een nieuwe afspraak, zo nodig op het seksuologie spreekuur, dan heb ik meer tijd. Het liefst met de partner samen, maar je ziet vaak dat vrouwen in eerst instantie alleen komen omdat ze denken dat het 'hun' probleem is. Terwijl je met seksualiteit altijd met twee mensen te maken hebt. 'Geen zin hebben' is niet het probleem, het probleem is dat je partner meer zin heeft dan jij.'

SEKSUOLOGIE SPREEKUR

'In mijn seksuologie spreekuur kan ik vrouwen langduriger begeleiden. Maar vaak zie ik dat het probleem met drie of vier gesprekken is opgelost. Langdurige begeleiding is niet nodig, maar dat zou wel kunnen. Als je merkt dat iemand heel heftige herinneringen heeft aan de bevalling, er nachtmerries van heeft en daardoor seksualiteit helemaal vermijdt, verwijs ik haar naar de psycholoog van het psychosomatisch team van ons ziekenhuis om te onderzoeken of er sprake is van een posttraumatisch stress syndroom. Dat ik als medisch specialist ook seksuoloog ben is bijzonder. Omdat er hoge eisen worden gesteld aan de registratie als seksuoloog bij de

In het zojuist verschenen boek 'Midwifery and sexuality', onder redactie van Gianotten, wordt ons een spiegel voorgehouden dat wij, als hulpverleners die zich bezighouden met geboortezorg, ons moeten realiseren dat we verantwoordelijkheid hebben voor de gezondheid van gezinnen en niet alleen maar van de vrouw en de baby. Je moet seksualiteit in de relatie, tijdens de zwangerschap en na de bevalling bespreken. Benadrukken hoe belangrijk het is om intimiteit te behouden. Niet alleen aandacht besteedt aan de gezonde moeder en kind. Vooral na het eerste kind komt de grote verandering. Als een echtpaar een kind krijgt is de vrouw opeens moeder en de man vader. Dat is zowel hormonaal als psychologisch je primaire rol. Maar je bent ook de partner van-, dat kan tot weerstand en problemen in relaties leiden. Als je dat als hulpverlener aankaart en seksualiteit breder maakt dan alleen penetratie, is het veel makkelijker om die seksualiteit en die intimiteit te behouden en daarmee ook het gezin. Een op de drie stellen is binnen drie jaar na de geboorte van hun eerste kind niet meer samen. Juist in die fase van jonge kinderen gaat het mis. Het is dus niet: ik doe alleen de bevalling, maar je zou als hulpverlener je er verantwoordelijk voor moeten voelen dat het kind dat uit die moeder komt gelukkig opgroeit met twee ouders. De meeste vrouwen zijn gewend het seksuele genot van de mannelijke partner belangrijker te vinden dan dat van henzelf. In een langdurige monogame relatie is seks daardoor voor de vrouwelijke partner uiteindelijk niet meer leuk. Dan is seks weer een klus die de vrouw erbij moet doen, naast het huishouden, de baby en haar werk.'

NVVS zijn er weinig specialisten die dit naast hun gewone werk kunnen doen. Daarom ben ik een eigen praktijk gestart. Daar heb ik een uur de tijd voor iemand. Dat is voor mezelf een enorme verademing en ook een goede leerschool om andere vaardigheden als seksuoloog te ontwikkelen.'



Eefje Engelen

SEKS ALS EEN BUFFET

Eefje Engelen (1984) is bekkenfysiotherapeut, consulent seksuele gezondheid en bezig met haar registratie bij de NVVS (Nederlandse wetenschappelijke Vereniging Voor Seksualiteit). Ze werkt bij de praktijk 'Vers Gras' in Winterswijk en Groenlo, een samenvoeging van de achternamen van de twee oprichters (Verstegen en Grashof), maar qua naam is het tevens een symbool van frisheid. Daarnaast organiseert ze met twee andere consulenten en een seksuoloog een retraite voor vrouwen en seksualiteit.



Eefje Engelen

KEUZE

Eefje Engelen: 'Nadat ik de studie voor fysiotherapeut had afgerond kwam ik in aanraking met bekkenfysiotherapie. Het samenkomen van de verschillende delen van het lichaam vond ik zo interessant dat ik de studie tot geregistreerd bekkenfysiotherapeut heb gevolgd. Daardoor kwam ik veel in contact met seksuele hulpvragen, dat triggerde mij. Ik kende dus alleen het medische aspect, maar ontdekte al gauw dat een behandeling nooit alleen fysiek kan zijn. Seksualiteit heeft invloed op de interactie, je zelfbeeld en gedrag. In seksualiteit zit ook veel verweven van onze cultuur, maatschappij en opvoeding. In eerste instantie de opleiding seksuele counseling gevolgd. Om daarna het tweede deel van de opleiding af te ronden tot consulent seksuele gezondheid. Op dit moment ben ik halverwege mijn registratie traject bij NVVS en werkzaam bij Vers Gras waar ik ook seksuele counseling biedt.

SEKSUELE FUNCTIE PROBLEMEN

Engelen: 'Ik zie veel mensen met een medische aandoening zoals de huidaandoeningen Lichen Sclerosus, vaginaal

eczeem maar ook slijmvlies klachten als gevolg van medicatie, chemotherapie etc. Maar bijvoorbeeld ook mannen met Peyronie van de penis. Dat is verlittekening van het bindweefsel van de penis, waardoor deze krom trekt en pijn kan geven bij o.a. erectie. Al deze klachten kunnen impact hebben op de seksuele beleving en functie. Maar ik zie ook mensen met minder controle over de bekkenbodemspieren. Ze herkennen niet welke impact dit heeft op de seksuele functie. Herkennen van bijvoorbeeld ontspanning en opwindend zijn cruciaal voor pijnvrij een penis in de vagina brengen. Als dit onvoldoende is kunnen er scheurtjes aan de onderzijde van de vulva of net in de vagina (overgang vulva/ vagina) optreden die pijnlijk zijn en ook nadien pijn geven. Deze scheurtjes kunnen ook iets bloeden. Met enige regelmaat zie ik ook mannen. Ze kunnen door bijvoorbeeld spanning in de bekkenbodem minder goed tot een erectie komen of deze behouden. Veel mannen hebben weinig kennis van de bekkenbodem. Maar juist bij deze klachten spelen ook gedrag, gedachten en verwachtingen een rol in het onderhouden van klachten. Alle aspecten samen zijn nodig om weer in contact te komen met hun eigen seksualiteit.

OPENHEID

'Veel mensen komen op advies van de huisarts, maar ook wel doordat ze er van iemand over gehoord hebben. Bij een intake maak ik altijd een koppeling naar de cijfers, overeenkomsten en dat ze niet de enige zijn. Dat is een opluchting, want er zit nog zoveel schaamte op. Wij hebben in Winterswijk echt een superfijne samenwerking met de urologen en gynaecologen. Ze sturen zowel mannen en vrouwen met seksuele klachten gericht door. De lijntjes met deze specialisten zijn heel kort.'

TRAJECT MANNEN

'Ik start met een intake waarbij we alle aspecten in beeld brengen van fysiek, verwachtingen, zelfbeeld, dagelijks leven en gezondheid. Bij mannen geef ik vaker uitleg over de samenwerking van brein en lichaam en negatieve stress. Deze vorm van stress heeft invloed op je seksuele functie en beleving. Daarnaast werken we aan de bekkenbodem,



hoe beheers je deze spieren. Bij mannen gebruik ik veel echografie. Dan kunnen ze zelf zien welke spieren in de bekkenbodem je moet gebruiken bij een erectie en hoe je deze aanstuurt. Van daaruit maken we de stap naar: wat heb je dan nodig voor jouw klacht? Het kan zijn dat we lokaal de functie van de bekkenbodem verbeteren in ontspanning of in uithoudingsvermogen. Maar altijd maken we de koppeling naar het brein en de beleving. Een andere blik op seksualiteit, meer mogelijkheden, vertrouwen dat de erectie terug kan komen draagt bij aan herstel van de seksuele functie. Het zien van de 'fysieke haakjes' maakt ook dat ze daadwerkelijk ZIEN waar ze controle over hebben. Hierbij kun je ook laten zien dat stress/mindset direct invloed heeft op de spierspanning van de bekkenbodem.

TRAJECT VROUWEN

'Ook bij vrouwen gaan we eerst uitpluizen wat er speelt en welke gevolgen er zijn. Bij vrouwen zie je vaker dat bevallingen, verzakkingen etc. een rol spelen in het ontstaan van de klachten. Maar ook chronische ziekten, zoals reuma en fibromyalgie, hebben invloed op de seksuele beleving. Onze maatschappij is nog steeds qua rolpatronen gesplitst in mannen en vrouwen. Zo zie ik met enige regelmaat vrouwen die klachten hebben bij seksuele interactie, maar eigenlijk zelf ook niet weten wat ze fijn vinden. Vaak hoor ik dat ze seks hebben omdat het voor HEM belangrijk is. Maar een lijf zal zich hier altijd tegen verzetten. Dit terwijl mannen het vaak heel belangrijk vinden dat hun vrouwen het fijn en prettig vinden. Bij vrouwen zie ik dus vaker pijnklachten als gevolg van bekkenbodem spanning (situationeel), onvoldoende contact met eigen seksualiteit of veranderend lijf als gevolg van behandelingen/leeftijd.'

PARTNER

'Ik zeg vanaf de eerste keer: je bent hier niet alleen in, het is een probleem van jullie samen. Jij ervaart daar de meeste belemmering in, je wil daarmee aan de slag maar het is echt wenselijk om samen aan de slag te gaan. Dus neem je partner mee wanneer jij daar behoefte aan hebt en deel alles wat je hier bespreekt. Weet dat je partner altijd welkom is. Na een nare ervaring in het verleden (trauma) kunnen we

hier specifiek aandacht aan besteden bij het hervinden van seksualiteit. Het maakt ook dat partners daarna makkelijker samen seksualiteit bespreken, ze kunnen van daaruit kijken naar oude verwachtingen en patronen en nieuwe mogelijkheden samen ontdekken.'

SEKS ALS BUFFET

Eefje Engelen: 'Eten is voor iedereen veilig en herkenbaar. Ik gebruik nu vaak de beeldspraak van een buffet. Je hebt beide je voorkeuren, maar ook overeenkomsten. Soms wil je ook wel eens iets proeven omdat de ander dit aanraadt. Maar je eet samen. Voor het ontdekken van 'nieuwe gerechten' verwijs ik ze naar verschillende webpagina's, waaronder naar "de paarse keizerin". In sommige situaties is het wenselijk om te behandelen met een pelotte, een soort dildo in verschillende maten. Bijvoorbeeld bij vaginisme of een litteken. Tegenwoordig gebruik ik hiervoor steeds meer verschillende vibrators. Dit is vooral omdat pelottes heel erg medisch zijn, terwijl een belangrijk deel van seksualiteit plezier is. Seksuele speeltjes kunnen juist medisch en op seksueel plezier en verbinding een rol spelen. Daarbij draagt vibratie ook bij aan doorbloeding, ontspanning en pijn demping. Juist bij 'de paarse keizerin' beschrijven ze op hun website goed wat de voor- en nadelen zijn van de verschillende vibrators/ speeltjes. Er wordt binnenkort ook een vibrator bij 'myownfilo' ontworpen, die zowel een medische als plezier functie heeft. Bij vibrators zien we dat de trilling en lichte druk hetzelfde werkt als rustig wrijven. Deze wrijving gebruiken we bijvoorbeeld als we ons zeer hebben gedaan. Wrijven over een pijnlijke plek helpt de pijn te verlichten. Dat is een herkenbaar mechanisme. De vibratie kan ook opwinding en vochtigheid stimuleren. Dus het gebruik van een vibrator geeft een andere sensatie en leidt ook sneller naar weer interactie samen met de partner. Bij vrouwen beginnen we eigenlijk altijd aan de buitenzijde van de vagina. Hierna bouwen het stapje voor stapje op naar hetgeen de vrouw graag wenst te bereiken. Veel vrouwen ervaren het als erg positief om hiermee te werken, gebruiken het vaak ook om daarna bijvoorbeeld tot een orgasme te komen. Het voelt voor de meeste vrouwen dan toch meer als belonen en genieten dan 'oefenen'.

WELLUST

Elise van Alderen is seksuoloog en arts, en schreef een intrigerend boek over seksualiteit vanuit de ervaringen van honderden vrouwen die ze in haar praktijk zag. Haar doel is om vrouwen te helpen om zich te bevrijden van de beperkingen die hen op seksueel gebied worden opgelegd, zodat ze hun seksualiteit naar eigen inzicht en verlangens kunnen vormgeven. Dat begint vanzelfsprekend met de uitleg over de vulva en de clitoris, maar ook een uitgebreide uitleg over hoe seksualiteit werkt. Er is veel aandacht voor de grote rol die de bekkenbodem speelt als mensen seksueel actief zijn.



Elise van Alderen

Maar wat het meeste opvalt, en daardoor leest dit boek bijna als een roman, is dat zij allerlei fabels en feiten over het vrouwenlijf en lust uit elkaar haalt, de fabels volledig het raam uitgooit en de realiteit de aandacht geeft die het verdient. Ze beschrijft helder dat er geluisterd is naar bekkenfysiotherapeuten: als iemand een te gespannen bekkenbodemspier heeft kan dat de oorzaak zijn van vaginisme. Immers: de vagina zelf is geen spier. Dat de vagina 'te nauw' kan zijn is een mythe: vrouwen denken dat als ze maar blijven oefenen met dildo's of pelottes de vagina vanzelf wijder wordt, maar dat is niet het geval. De schrijfster gebruikt soms medische termen, maar die worden altijd goed uitgelegd. Dit is een boek waar iedere vrouw (en man) die (weer) wil genieten van seksualiteit plezier aan zal beleven. Er is veel uitleg over misvattingen en meningen die niet kloppen met de werkelijkheid. Een daarvan is bijvoorbeeld het vaginale orgasme, dat niet bestaat, omdat voor een orgasme de clitoris moet worden gestimuleerd. Als een vrouw echt graag wil dat de penis in haar vagina komt spreekt ze van 'vaginale hunkering'.

In dit boek ligt de nadruk op het (her)ontdekken van seksuele opwinding en niet op oefenen om iets in de vagina te kunnen brengen. Mythes over wat vrouwen zouden moeten voelen of doen als ze seksueel actief zijn worden stuk voor stuk onder de loep genomen en ontkracht en daarna rechtgezet, waaronder die rondom de frequentie van het aantal keren dat je seks hebt. Er is geen 'normaal'.

Dit boek 'Wellust' is absoluut geen manifest tegen mannen, maar een positieve handreiking naar weer alleen en samen kunnen genieten van seksualiteit zonder aan ingeroeste patronen vast te houden. De schrijfster doet dat door middel van vele oefeningen die stap voor stap een vrouw de gelegenheid geeft om haar eigen lijf en seksualiteit te ontdekken. Daarmee ontstaat seksuele autonomie, waardoor ze haar verlangens en grenzen beter kan aangeven tijdens seks met haar partner. Ze leert ontdekken wat het verschil is tussen liefde en lust. Zodat 'geen zin' niet uitmond in 'tegenzin', die voortkomt uit patronen die in de loop van de jaren zijn opgebouwd omdat partners niet weten hoe daar samen iets aan te gaan doen.

Dit boek is praktisch, zinvol en heel gemakkelijk te lezen. Het is een must voor iedereen, of je nu al of niet in een relatie bent. Het is tijdloos en stimulerend, zelfs voor ervaren seksuologen en alle medici die met seksualiteit in hun vakgebied te maken hebben. Een aanrader dus voor zowel vrouwen en mannen die allebei hier heel veel van kunnen leren.



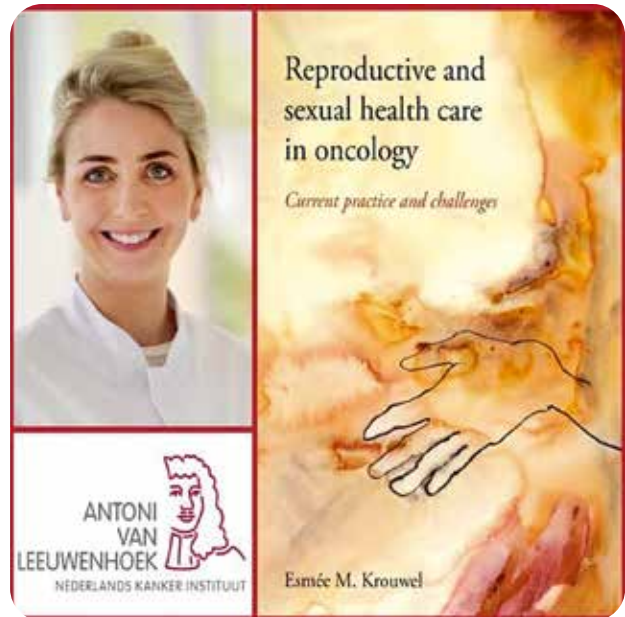
WELLUST

Uitgeverij: AtlasContact
ISBN: 9789045047683;
Is er ook als audio- en e-boek

PROMOTIE ESMÉE KROUWEL: 'BESPREEK SEKSUALITEIT EN VRUCHTBAARHEID IN DE POLI'

Oncologische behandelingen kunnen leiden tot vermindering van het seksueel functioneren en de vruchtbaarheid. In de loop der jaren is de overleving van de meeste soorten kanker dusdanig toegenomen dat seksualiteit en vruchtbaarheid na herstel zeer relevant zijn. In de spreekkamer wordt niet altijd gesproken over het effect van behandelingen op seksualiteit en/of fertiliteit en patiënten vinden het zelf vaak lastig deze onderwerpen ter sprake te brengen. Maar door deze onderwerpen niet te bespreken, wordt patiënten de kans op een gezond seksleven na herstel ontnomen, wat kan leiden tot een verlies aan intimiteit in de relatie, gevoelens van machteloosheid en depressie, en tot levenslang verdriet indien een kinderwens on vervuld blijft.

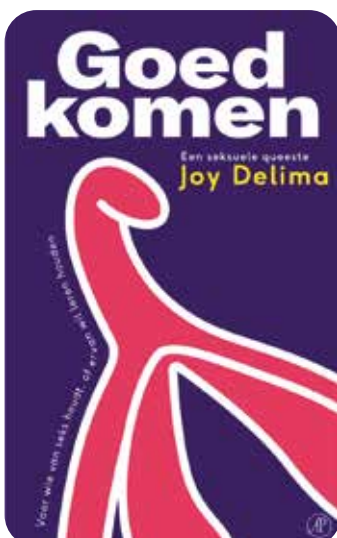
Esmée Krouwel, uroloog in opleiding in het Antoni van Leeuwenhoek, bestudeerde tijdens haar promotieonderzoek in welke mate zorgverleners binnen de oncologie rekening houden met het effect van de behandelingen op de seksuele functies en de vruchtbaarheid. Ondanks dat zorgverleners zich wel verantwoordelijk voelen voor deze delicate



onderwerpen, blijkt er in de praktijkruimte voor verbetering. Copromotor Melianthe Nicolai, uroloog, heeft in het Antoni van Leeuwenhoek een speciaal spreekuur waar zij patiënten behandelt met seksuologische problemen na het overleven van kanker.

ANNE VAN CAMPHOUT: MY FUCKING PROBLEM

Voor Anne is penetratie al tien jaar zo pijnlijk dat het onmogelijk is. Zij vrijt wel met haar vriend, maar hij gaat nooit bij haar naar binnen. Ze heeft verschillende therapieën gevolgd, maar zonder succes. Toch wil ze het koste wat kost ook kunnen. Waar komt dat gevoel vandaan? Waarom zou je niet tevreden kunnen zijn. In deze documentaire over haar zoektocht spreekt Anne met lotgenoten, specialisten en haar eigen vriend. De één noemt het overgewaardeerd, de ander het hoogst haalbare. Ze moeten ingewikkelde afwegingen maken in hun liefdesleven. Hun zelfbeeld wordt er enorm door aangetast. Hoe is het om iets te missen waarvan je beeld gebaseerd is op wat je van anderen hoort en wat je in de media ziet? Een beeld dat ver van de werkelijkheid af staat. De film laat de impact van een pijnlijke vagina zien, en onderzoekt de vraag: Hoe belangrijk is penetratie eigenlijk echt?



JOY DELIMA: GOED KOMEN

Als er iets was wat Joy Delima al op jonge leeftijd intrigeerde, was het seks. Maar juist daarover leerde ze het minst te praten. Er volgden jaren van schaamte, onbegrip en vooral een groot gebrek aan genot én aan kennis. Onbewust leidde dit tot de grootste queeste uit haar leven tot nu toe: een zoektocht naar seksueel genot. In Goed komen schrijft Delima kwetsbaar, met humor en volledige openheid over haar ervaringen, met als rode draad het leren begrijpen van je lijf. Dat maakt het een belangrijk, urgent boek met een aanstekelijke hoeveelheid zelfliefde.

COLETTE VAN HEES

DE HUID EN SEKSUALITEIT

Colette van Hees (1960) is dermatoloog en gespecialiseerd in huidafwijkingen bij mannen en vrouwen die een impact hebben op hun seksualiteitsbeleving. Ze behandelt het gehele genitale gebied dus zowel de vulva van de vrouw als de genitaliën van de man en van kinderen. Er zijn ruim een miljoen mensen in Nederland die in dat gebied problemen hebben. Voor haar staat de vraag: welke huidafwijkingen hebben de meest impact op de seksualiteitsbeleving, centraal.



Colette van Hees

Colette van Hees: 'Eigenlijk hebben alle huidafwijkingen in het genitale gebied invloed op de beleving van seksualiteit. Bij bepaalde aandoeningen treedt er een verandering op in de anatomie, zoals bij Lichen Sclerosus. Dat wordt daardoor een specifiek functioneel probleem. Maar ook eczeem, of psoriasis hebben grote invloed op het beleven van seksualiteit, terwijl de anatomie daar niet verandert maar de plekken wel jeuken. Dan heb je nog de ziekte van Verneuil, dat is een chronische aandoening van de huid die gekenmerkt wordt door steeds op dezelfde plaats terugkerende ontstekingen. Deze treden vooral op in de liezen, genitaliën, bilspleet en oksels, en ook onder de borsten en in buikplooiën. De ziekte is moeilijk te behandelen en is voor patiënten erg belastend, want is pijnlijk en je ruikt het, dat maakt het dubbel vervelend.'

Colette van Hees: 'Huidaandoeningen kunnen zoveel schaamte en ongemak veroorzaken dat het invloed heeft op de kwaliteit van leven. Bij vrouwen ontstaan vaak scheurtjes in de plooiën van de binnenste en de buitenste vulva lippen.

Gelukkig bestaan er voor Lichen en psoriasis medicijnen om de ontsteking te remmen, maar mensen moeten dan wel therapietrouw zijn en het 'smeer' schema nauwkeurig volgen. Afhankelijk van de aandoening kun je ook tabletten of injecties geven. Ik raad mensen aan om geen zeep te gebruiken in de genitale omgeving, dat kan namelijk huidirritatie verergeren, maar ook vrouwen met urine-incontinentie hebben daar last van. Het beste is om de huid dan glad en intact te krijgen door die goed in te vetten zodat die de invloeden van buiten kan weerstaan. Als de weerstand verminderd is kun je ook gemakkelijker allergisch worden voor stoffen die in je medicijnen zitten of voor bepaalde wasmiddelen en wasverzachters. Ook de continentie materialen spelen daarin een grote rol: die moeten zo natuurlijk mogelijk zijn. Er is momenteel een opmars van nieuwe incontinentie ondergoed.'

VRAGEN

'Bij artsen in opleiding (aio's) vertel ik hen dat als een patiënt een genitaal probleem heeft, ze daar altijd een vraag over moeten stellen. Immers, als een arts normaal praat over de functie van de opening voor urine, ontlasting en seks dan doet die patiënt dat meestal ook. Als je er als arts een beetje lacherig over doet dan durft de patiënt je niets te vragen. Een vraag als: hoe gaat het met plassen, ontlasting en seks is de natuurlijkste zaak van de wereld. Ik merk dat jonge artsen daar ook veel plezier in krijgen, want ze leren er zelf ook veel van. Gynaecologen zijn er meer op gericht dan bijvoorbeeld dermatologen. Meestal wordt er bij het eerste consult naar gevraagd, maar naar mijn mening moet je het iedere keer vragen, tenzij iemand aangeeft dat niet te willen. Het is ook iets dat een patiënt moet leren. Als ik lezingen geef aan collega's in het land merk ik dat het onderwerp seksualiteit steeds eenvoudiger wordt. Het gaat nu minder over de ingewikkeldheid van het ziektebeeld, daar is wel informatie over. Hierover juist niet.'

MEEKIJKEN

'Ik vraag bij lichen sclerosus meestal of vrouwen mee willen kijken met de spiegel. Daar moet je wel toestemming voor

vragen. Ik doe dat wel direct omdat reflex vaak is: nee, dat wil ik niet zien. Dat is echt zonde. Het is beter dat je het wel ziet. Al is het maar om aan te geven waar gesmeerd moet worden. Er zijn natuurlijk ouderen die nog nooit met een spiegelkje naar hun vagina hebben gekeken. Dat heeft te maken met de achtergrond, soms is het voor hen gewoon raar. Ik vraag dan of ze het eerst thuis willen proberen, dan kunnen we een volgende keer kijken samen kijken. Het is belangrijk om zelf grip te krijgen op je ziekte. Ik stimuleer ook om een partner mee te nemen als die er is. Maar soms zit daar schaamte op. Een Turkse mevrouw, een heel leuk mens, kreeg toevallig mijn mannelijke arts-assistent. Die is heel aardig en doet het goed, maar toch wilde ze dat niet. Ze verontschuldigde zich naar mij en zei: 'Ik vind hem een aardige jongen maar zelfs mijn man mag niet kijken.' Mensen hebben vaak vanuit hun cultuur, achtergrond, regio of leeftijd een reden, en dat respecteer ik.'

VERWIJZEN

'Als de huidaanpak voor seksuele problemen zorgt dan bespreek ik dat en vraag ik hoe de man daarin staat. Ik ben geen seksuoloog dus ik zal hen dan verwijzen want het is belangrijk dat mensen weer plezier in seks krijgen. Met huidaanpakken kun je bijvoorbeeld van het insmeren met zelf een leuk spelletje van kunnen maken. Als dermatoloog moet je zoeken naar een manier om de huid weer rustig te maken anders kun je er weinig mee. Dan kun je wel gaan vrijen maar dat doe je jezelf geweld aan en ontstaat er andere ellende. Maar soms willen mensen gewoon niet meer en dan gaan we op zoek naar andere manieren om intimiteit te kunnen beleven. Er zijn immers zoveel manieren om het samen fijn te hebben. Maar ik verwijs mensen eveneens regelmatig naar een bekkenfysiotherapeut. Ik vermoed dat er niet veel dermatologen zijn die dat al doen, maar het werkt heel goed voor deze groep patiënten omdat dat contact laagdrempelig is. Het gaat er uiteindelijk om dat mensen weer plezier krijgen in seks. Daar gaat het om.'

ONDERZOEK NAAR SEKSUELE PROBLEMEN BIJ JONGE VROUWEN

Laura Frederiks, Shannon Koerhuis en Chary Veurink zijn derdejaars geneeskundestudenten aan de Rijksuniversiteit Groningen. Tijdens hun opleiding aan de RUG hoorden zij in hun omgeving over veel vrouwen met seksuele disfuncties, zoals pijn tijdens het vrijen. Bij oudere vrouwen met seksuele disfuncties wordt vaak een verhoogde spanning van de bekkenbodemspieren aangetoond. Echter, deze bekkenbodem overactiviteit is nog nooit onderzocht bij jonge vrouwen.

In samenwerking met drs. A. Malmberg van de afdeling Gynaecologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen onderzochten zij hoe vaak er sprake is van een overactieve bekkenbodem bij vrouwen tussen de 18 en 25 jaar in Nederland. Bij overactiviteit kunnen, naast seksuele klachten, ook klachten voorkomen op gebieden van

ontlasting, plassen, verzakking en bekkenpijn. Zij maakten daarvoor gebruik van de 'Amsterdam Hyperactive Pelvic Floor Scale - Woman' (ontwikkeld door seksuologen Rik van Lunsen en de inmiddels overleden Ellen Laan, van Universitair Medisch Centrum Amsterdam). Uit hun onderzoek met meer dan 1100 vrouwen bleek dat 26,7% van de vrouwen milde overactiviteit heeft en 30,1% gemiddeld tot ernstige overactiviteit. Op basis hiervan willen zij nu graag meer bekendheid geven aan het bestaan van de (overactieve) bekkenbodem. Zij willen jonge vrouwen informeren over klachten en advies geven over wat zij zelf al kunnen doen om deze te verminderen. Daarnaast zal vervolgonderzoek op dit gebied worden gedaan.

Voor meer informatie en vragen, kunt u terecht op ons Instagramaccount: [overactievebekkenbodem](#).



ALBERT NEELEMAN

VRIJEN ALS JE OUDER WORDT

Drs. Albert Neeleman (1963) is klinisch psycholoog en psychotherapeut. Hij is sinds 2013 werkzaam als systeemtherapeut bij het Amsterdams Instituut voor Gezins- en Relatietherapie. Daarvoor heeft hij op tal van plekken, in de GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) en daarbuiten (o.a. seksuologie, jeugdzorg) gewerkt. Voor de NVRG (Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie) is hij opleider, supervisor en leertherapeut en redactielid van het tijdschrift Systeemtherapie. Als docent is hij o.a. verbonden aan RINO Amsterdam en de Swolsche School.



Albert Neeleman

WAT IS SEKSUALITEIT?

Albert Neeleman: 'Ja, wat is seksualiteit? Er zijn stellen die een relatie hebben zonder dat ze met elkaar vrijen. Is seks alleen de penis-in-vagina beweging of ook de fantasie die je vanochtend had, of de droom, het verlangen, of mijn solo vrijerij? Je wordt geboren als seksueel wezen. Lichamelijk is er een seksueel systeem. Dat is er vanaf dag één. We zijn uit seksualiteit verwekt en we gaan op een gegeven moment dood en tot dat moment zijn we een seksueel wezen. Dat is

in ieder geval mijn uitgangspunt. Hoe dat eruitziet kan alle varianten in zich dragen, het heeft allerlei vormen.'

OUDEREN

'Als we naar de positieve kanten kijken denk ik dat voor ouderen die een seksuele relatie met elkaar hebben het een manier is om vitale dingen met elkaar te beleven. Als je afscheid nam van je fiets hoef je nog geen afscheid te nemen van het vrijen met je partner. Dat is een zegen. Dat neemt niet weg dat bij het ouder worden het lichamelijke seksuele systeem wat scherpte kan verliezen. Door veranderingen in bijvoorbeeld hormoonhuishouding en de bloedvaten kan het langer duren voordat een man een erectie krijgt of de vrouw voldoende vochtig wordt. Het ouder worden kan gepaard gaan met slijtage en beschadiging van onderdelen van het seksuele systeem. Bij mannen is het erectie vermogen een kwetsbaar evenwicht. Iedere man van rond de 70 kan je vertellen dat de penis niet meer zo stijf wordt als toen hij 15 was. Lichamelijke slijtage en hormonale veranderingen gelden voor mannen en voor vrouwen. Maar het is belangrijk te kijken naar zowel de lichamelijke als ook de geestelijke functies omdat die niet te scheiden zijn.'

Neeleman: 'Verder spelen ook de relationele en de culturele componenten een grote rol. Of je nu oud bent of jong. Het is fijn als ouderen de stap durven te nemen om naar een relatietherapeut gaan, de oudere generaties hebben daar meer moeite mee. Er komen stellen die eerlijk zeggen: 'We hebben een goede relatie, maar seks gaat niet meer zoals we willen.' Helaas zijn sommige relatietherapeuten net zo beschroomd om het over seksualiteit te hebben als sommige ouderen zelf. Dat geldt niet voor een seksuologen, maar die kijken soms weer te weinig naar de relatie dynamiek. Dus het is wel even zoeken bij wie je op de goede plek zit. Zelf loop ik dan met cliënten vijf gebieden langs: het lichamelijke, de psyche, het relationele, de culturele invloeden en het seksuele repertoire, dus hoe ze vrijen. Aan de hand van die vijf domeinen kun je kijken op welke



gebieden er belemmeringen zijn om het seksueel fijn te hebben. Soms is nader onderzoek nodig, vaak uitleg en advies en geregeld suggesties wat ze kunnen doen. Als er bijvoorbeeld lichamelijk iets aan de hand moet iemand terug naar de huisarts of specialist. Soms moet de medicatie worden aangepast vanwege seksuele bijwerkingen. Er zijn heel veel medicijnen die doorwerken op het seksuele systeem, zoals antidepressiva of medicijnen bij Parkinson. In het algemeen kunnen we wel zeggen dat mensen die vasthouden aan het regime 'het is gemeenschap of het is niks' bij het ouder worden het vaakst in de problemen komen op seksueel gebied. Zoals we het toen deden moet het ook nu gebeuren en zo moet het over 20 jaar nog. Nieuwe situaties bieden nieuwe uitdagingen en daar moet je je steeds weer op afstemmen. Dus als een man van 75 denkt dat het nog allemaal hetzelfde gaat als toen hij 20 was, ja dat kan meestal gewoon niet. En als je partner dat wel van je verwacht en jij je onzeker voelt dan beland je in een vicieuze cirkel. Je moet er over praten, anders heb je een probleem. Mensen die zich als kind veilig gehecht voelden hebben het gedurende hun leven -en ook als oudere- gemakkelijker op het gebied van seks.'

VERHULLEND

'Goede ervaringen kunnen helpen pijnlijke ervaringen van vroeger te corrigeren. Mensen die bij mij komen hebben al een stap gezet. Ik kan hen helpen door erover te praten. Seksualiteit is een vorm van intimiteit die gestalte krijgt tussen twee mensen. Een van de dingen die we als seksuoloog leren is juist respectvolle maar eerlijke taal te gebruiken en niet mee te gaan in vermijdende taal. Want dan bevestig je de boodschap dat seksualiteit iets is waar je je over zou moeten schamen. Juist ouderen vormen de leeftijdsgroep, waarbinnen de onderlinge verschillen het grootste zijn. Er zijn ouderen die heel open in zijn en allerlei maatschappelijke ontwikkelingen meemaken en ouderen die nergens iets van willen weten of zich beschaamd voelen.'

VIAGRA

'Mannen denken vaak dat viagra een toverpil is voor een toverstokje. Maar zo werkt het niet. Bij erectieproblemen zijn er medicijnen, en ingrepen zoals injecties, maar daar moet je niet licht over denken. Het gebeurt vaak dat, als de man zijn erectie vermogen verliest, ze het er beiden bij laten zitten. Lichamelijk is de seksuele respons bij vrouwen minder kwetsbaar door veroudering. Mensen ontzeggen zich veel op het gebied van de seksualiteit, ook doordat ze zich geen rekenschap geven van het feit dat seksualiteit veel breder is dan alleen maar penetratie seks. Als mensen het taboe doorbreken door bijvoorbeeld samen speeltjes te gebruiken kunnen ze elkaar weer een beetje bevestigen in hun vitaliteit en sensualiteit.'

TIJDSBESTEK

'Mensen worden in een bepaalde tijd geboren. De babyboomers van nu zitten heel anders in hun seksualiteit dan de generatie die de oorlog heeft meegemaakt. Er wordt van alles aan de ouderdom toegeschreven, maar lang niet alle verschillen hebben an sich met leeftijd te maken. De historische setting, hoe we in een bepaald tijdvak zijn opgegroeid en ons hebben ontwikkeld speelt vaak een grote rol. Daarnaast worden er allerlei dingen aan de ouderdom toegeschreven die eigenlijk meer met ziekte te maken hebben. Het grootste verschil is er tussen ouderen die wel vrijen of die niet (meer) vrijen. In die leeftijdsgroep is de groep die niet vrijt het hoogst. Wat in het huidige tijdvak interessant is, is dat de jongste groep, de adolescenten en jongvolwassenen, wat later met vrijen beginnen dan de vorige generaties. Ouderen zijn nu actiever met vrijen dan vroeger. Mensen van mijn generatie, ik word dit jaar 60, zijn gewend dat seksualiteit een belangrijk onderdeel is van je identiteit. Dus dat laat je je niet zomaar door de professionele zorg ontzeggen. Het is dus belangrijk om hier te zeggen dat we geneigd zijn om van alles aan de ouderdom toe te schrijven, dat deels niets met ouder-zijn te maken heeft.'

WENDY VAN MOURIK

DE DRUK EN PRESTEREN MOET ERVAN AF

Wendy van Mourik nam elf jaar geleden, na het lezen van een artikel in de Libelle over langdurige relaties, het initiatief om een webshop, de Parse Keizerin, te beginnen met 'speeltjes' om seks weer plezierig te maken. Daar ging een heel onderzoek, schrijven- en lezen over seksualiteit en contacten met o.a. bekkenfysiotherapeuten aan vooraf. Ze is van huis uit marketing director, dus die kwaliteiten kwamen haar in haar eigen bedrijf goed van pas. Ze is kritisch naar de kwaliteit en functies van de producten die ze verkoopt.



Wendy van Mourik

Wendy van Mourik: 'Als marketing director was ik altijd bezig met ideeën van anderen. Ik wilde zelf iets gaan doen. Ik vond het moeilijk te bedenken wat. Tot ik in de Libelle een artikel las over een onderzoek naar het seksleven van stellen in een langdurige relatie. De professor die het onderzoek begeleidde, kwam erop uit dat mensen hun seksleven gemiddeld een zes gaven. Dat was een vertekend beeld, het was een gemiddelde. Dus er waren mensen met een hoog en een laag cijfer. Wat bleek? Mensen met een hoge score gaven aan dat ze moeite bleven doen om plezier in seks te houden. Ze waren op zoek naar uitdagingen. Het belangrijkste was de vraag hoe je obstakels, zoals klachten, samen overwon. Dat bestond uit blijven experimenteren zodat je flexibel bleef.' 'Ik vroeg me af: hoe doe je dat dan. Ik zocht op internet. Daar was toen nog niet zo veel. Het was of medisch of pornografisch. Daar wilde je als vrouw eigenlijk niks mee te maken hebben. Dus er was niets te vinden dat seksualiteit en

speeltjes koppelden aan liefde of een relatie. Om daar meer over te weten ben ik bekkenfysiotherapeuten, seksuologen en huisartsen gaan interviewen. Ik schreef daarover. Ik ben geen schrijver maar dat was voor mij wel een basis. De stukjes gingen over pijn met vrijen, erectieproblemen en relaties. Daar groeide het idee uit om een webshop te beginnen met speeltjes die goed waren en echt iets konden betekenen. Geen rommel. Toen ik begon was ik 44 en had kleine kinderen en een relatie. Door die gesprekken heb ik ook zelf heel veel geleerd. Nu nog ben ik in gesprek met artsen. Zo kan ik beter aansluiten bij waar behoefte aan is.'

KRITISCH EN BESPREEKBAAR

Wendy: 'Ik wil eigenlijk seksualiteit bespreekbaar en leuker maken voor mensen die een beetje ingedut zijn in hun relatie en die echt willen weten hoe ze daar weer een draai aan kunnen geven. Als mensen dat niet belangrijk vinden: prima, maar als ze dat wel vinden en wat willen doen om fijnere seks te hebben, hoop ik dat ik hen kan helpen dat te bereiken. Ik ben daarnaast wel heel kritisch over de producten die ik aanbied. Ik kijk naar duurzaamheid, grondstoffen en materiaalkeuze qua veiligheid en invloed op de huid. Naar het geluid en het gemak van bediening. Ik geef ook aan welke merken niet goed zijn voor de gebruikers op deze gebieden. Als je je seksleven leuker wil maken dan moet je ook zeker zijn dat je een product kiest dat je meer plezier geeft. Als het dat niet doet, gaat een klant soms aan zichzelf twijfelen. Maar dan ligt het vaak aan het product. Dat vind ik gewoon zonde. Daarom koop ik zoveel mogelijk goede producten in die duidelijk maken wat ze doen en waarvoor ze zijn. Ik geef duidelijk aan wat de plus en de minpunten zijn. Natuurlijk geef ik ook andere bedrijven die seksualiteit eerder toegankelijk hebben gemaakt een dikke pluim.'

TESTPANEL

'Om de werking en het gemak van speeltjes te beoordelen heb ik een groep testers. Zij testten alle producten die we



binnenkrijgen voordat ze op de website komen. Dus een aantal producten haalt de selectie niet. We controleren of de gebruiksaanwijzing klopt, of het materiaal zacht genoeg is, of de vibratie niet te veel geluid maakt en of het goede siliconen zijn. We weten inmiddels dat je materialen zoals rubber niet schoon kunt maken, dus daar loop je infecties van op. De testgroep bestaat uit ongeveer vijftig mensen, waarvan het merendeel 50 plus is, omdat dat de hoofdmoot van de doelgroep is. In de groep testers zitten ook mannen.'

'Ik heb veel dilators laten testen. Dat zijn een soort pelottes, getest door mensen die ze al hadden gekocht en mij aan de hand van een vragenlijst vertellen hoe hun ervaringen ermee waren. Ze geven ook tips voor anderen. Ze moeten een lieflijke uitstraling hebben, zacht zijn en er niet te medisch uitzien. Op mijn site staat ook informatie over klachten aan de vulva of penis. Veel daarvan heb ik opgestoken in gesprekken met bekkenfysiotherapeuten en seksuologen. Ik werk met een aantal van hen samen. Maar vrouwen en mannen kunnen me ook via de website benaderen met vragen. Als ik hoor dat een vrouw weer gewone penis-in-vagina seks wil met haar man, kan ik haar advies geven welke middelen ze zou kunnen gebruiken.'

BALLETJES

'Kijk, ik ben geen seksuoloog dus weet natuurlijk niet welke klachten mensen hebben. Als er problemen zijn raad ik hen aan naar de huisarts of bekkenfysiotherapeut te gaan. Zo weten ze welke speeltjes goed voor hen zijn. Balletjes staan op de site als versterkend voor je bekkenbodemspier maar die kunnen averechts gaan werken als vrouwen al een te gespannen bekkenbodemspier hebben. Ik heb bij alles

een handleiding die aangeeft wanneer je bepaalde dingen niet moet gebruiken. Ik probeer daar wel genuanceerd in te zijn om problemen te voorkomen en zeg: ga niet zitten rommelen. Maar ik leer ook elke keer. Voor mij is het belangrijk dat ik mensen aanzet om een eerste stapje te zetten en seks toegankelijker te maken. Het is fijn als ik hoor dat mensen genieten van het verlangen en niet van dat moeten. De druk en het presteren moet ervan af.'

PAARSE KEIZERIN

'Ik heb lang nagedacht over de naam. Ik wilde gewoon een vriendelijke naam hebben. De realiteit is dat het meestal vrouwen zijn die op zoek gaan op internet. Als zij zich aangetrokken voelen door de naam en wat ik aan informatie bied, komen mannen vanzelf. Het is fijn als ze samen naar de website kijken. De site is toegankelijk, ook voor mannen met erectieproblemen. Ik beschrijf dat ze daar niet alleen in zijn en welke oplossingen ervoor zijn. Ook daar gaat het erom dat mensen zich richten op wat wel kan, en niet alleen maar bezig zijn met wat niet (meer) kan. Dan kun je er ook iets leuks van maken.'

HOE GAAT DAT: PRODUCTEN UITKIEZEN?

'Fabrikanten sturen een mailtje met voorbeelden. Als ik denk dat het wat is vraag ik een proefexemplaar aan. Die wordt getest. Dat is mijn eerste filter. Uiteindelijk besluiten we of we het al dan niet opnemen op onze website. Als ik zelf al hoor dat een vibrator een enorme herrie maakt laat ik die niet eens testen. Het is gewoon fijn om diverse meningen te hebben, maar als iedereen een acht geeft is het goed. Ik wil niet dat mensen teleurgesteld zijn als ze iets aanschaffen, maar dat ze blij zijn en weer genieten van hun seksleven.'

FETZEN DE GROOT

HET LIJF HERINNERT...

CENTRUM SEKSUEEL GEWELD

Fetzen de Groot coördineert het Centrum Seksueel Geweld Groningen-Drenthe (CSG). Het CSG is een netwerkorganisatie met het UMCG, Schepers ziekenhuis Emmen, politie, Slachtofferhulp Nederland en de GGD Drenthe en GGD Groningen. Het is één van de 16 zelfstandige centra in Nederland waar slachtoffers van seksueel geweld hun omgeving, zich in een veilige omgeving kunnen melden voor gratis ondersteuning en hulp, op zowel juridisch-, medisch-, en psychisch vlak. Ook kunnen professionals en organisaties bij het CSG aankloppen voor advies en ondersteuning. Het CSG wordt gefinancierd door de z.g. centrumgemeenten Emmen en Groningen en de overheid. Het Centrum Seksueel Geweld (CSG) is er voor iedereen die te maken heeft gehad met seksueel geweld: telefonisch via 0800-0188, en via de chat en e-mail (kijk op centrumseksueelgeweld.nl)



Fetzen de Groot

Fetzen de Groot: 'Als mensen bellen naar ons centraal landelijk nummer (0800-0188) dan vraagt een medewerker in welke regio iemand verblijft en verbindt het slachtoffer meteen door naar een regionaal CSG. Ons regionaal meldpunt gaat samen met jou kijken naar: hoe is het met je; wat is er met je gebeurd; wat heb je nodig. Vervolgens wordt de zorg die het slachtoffer wil geregeld: zoals medisch (preventieve) zorg, juridische ondersteuning via politie en SlachtofferHulp Nederland en psychische ondersteuning.'

MOMENT VAN SEKSUEEL GEWELD

De Groot: 'De aard van de zorg is ook afhankelijk van hoe lang geleden het seksueel geweld heeft plaatsgevonden. Zo kunnen er soms nog sporen worden veiliggesteld als het

geweld niet langer dan zeven dagen geleden plaatsvond. Ook de psychische zorg verschilt nogal of het geweld zes dagen of zes jaar geleden gebeurd is. In de eerste situatie gaat een maatschappelijk werker het slachtoffer (uiteeraard alleen als iemand dat wil) een aantal keren in de eerste maand bellen om te kijken hoe het gaat, tips te geven bij klachten en indien nodig door te verwijzen naar vervolghulp. Als het langer geleden is dan kan een slachtoffer met een ervaren professionele counselor een beperkt aantal gesprekken hebben. Er zijn mensen van 80 die één keer hun verhaal willen doen, maar ook een student die gisteren door een studiegenoot is verkracht. Feit is dat in meer dan 80% van alle gevallen slachtoffer en pleger bekenden zijn van elkaar. Dit maakt het extra gecompliceerd voor het slachtoffer om te onthullen. Schuld, schaamte, het idee dat het je medeverantwoordelijk voelt, loyaliteit met de pleger, zijn centrale thema's. Slachtoffers hebben bijna allemaal als eerste reactie: de gebeurtenis wegstoppen en gewoon doorgaan. Daarom wacht men gemiddeld ook 16 jaar voordat men het onthult. Van degenen die zich melden is 90% vrouw, 10% man en de gemiddelde leeftijd is rond de dertig, met uitschieters van drie maanden tot en met 85-jarigen. Wat de plegers betreft: dat zijn vaak mensen die in een machtspositie verkeren ten opzichte van het slachtoffer. Ook komt het regelmatig voor dat plegers vroeger zelf slachtoffer zijn geweest van seksueel geweld. Maar het idee dat plegers monsters zijn hebben we al lang verlaten. Het zijn mensen zoals u en ik. Dat, in combinatie met de slachtoffers die hun mond houden, maakt seksueel geweld heel ingewikkeld. Immers iedereen kan in principe slachtoffer en pleger zijn.'

HET LIJF HERINNERT

'Ook al ben je het misbruik vergeten, je lijf herinnert zich wat je is overkomen. Dat uit zich door bijvoorbeeld bekkenbodempromblematiek, pijn met vrijen of erectiestoornissen. Het kan lastig zijn als de omgeving er ook



niet aan wil. Dan zal iemand het altijd mee blijven dragen, vooral als het binnen het gezin gebeurt. Vaak zet je dit soort patronen door in latere relaties. Je kunt het verwerken en ermee leren leven, maar het blijft nog steeds een onderdeel van je. Gelukkig praten we er nu over. Vroeger was het een taboe in de familie zelf. De cijfers zeggen: er zijn 60.000 slachtoffers per jaar, echter: we kregen in 2022 slechts 200 meldingen binnen. Er lopen dus veel mensen rond die het niet melden en dat is de eerste stap om te erkennen dat er iets ergs met je gebeurd is. Dat is moedig.'

ONDERWIJS

Fetzen de Groot: 'Er komen ook steeds meer adviesvragen vanuit het onderwijs, studentenverenigingen en andere instellingen waar men met seksueel geweld te maken heeft. Dan komen wij in actie en kijken met de medewerkers en management wat een goede manier is om het slachtoffer en ook de pleger te helpen, in hoeverre anderen moeten worden geïnformeerd en we ondersteunen bij eventueel strafrechtelijk stappen. We zoeken verder met regelmaat de publiciteit om de maatschappij meer bewust te maken van de aard, omvang en impact van seksueel geweld. Ik coördineer sinds 1 mei het tweejarig provinciaal project: 'Gronings offensief tegen seksueel geweld.'

PARTNER

'We hebben mensen die zich bezighouden met partners van slachtoffers. Het geweld werkt door in je relatie. Mensen die seksueel geweld hebben meegemaakt zijn vaak argwanend naar de hele wereld, hebben snel het idee dat ze niet serieus worden genomen en niet worden gezien. Het is dus moeilijk vertrouwen te hebben in iemand anders, ook partners. Door therapie leren slachtoffers te denken: 'Het ligt niet aan mij of mijn partner, het is een symptoom van hetgeen met mij gebeurd is.' Wij leggen in een paar gesprekken uit hoe dingen werken. Als dat niet genoeg is kijken we waar ze dan terecht

kunnen om passende hulp te krijgen. Echter: als mensen ons bellen zijn ze al hartstikke op de goede weg. Het probleem zit in de eenzaamheid, het alleen-zijn met een geheim en het idee hebben dat het je eigen stomme schuld is. Ik doe dit nu acht jaar en het is echt verdrietig om te zien hoe mensen lijden en dan toch de moed hebben om de stap te nemen om het aan te geven. Er veel moed voor nodige door de angst dat je niet serieus genomen wordt, ook niet door je partner. Dat is eigenlijk 'de tweede verkrachting', vaak nog erger dan het lichamelijk geweld zelf.'

TRIGGERS

'Er zijn talloze voorbeelden van mensen die gek worden van een Ajax petje, omdat de verkrachter zo'n petje op had. Of dat de derde tree die kraakt, want dat gebeurde steeds als er de dader de trap opkwam. Ook angst voor straf speelt steeds op. Maar mensen die het zelf hebben meegemaakt en er op een goede manier zijn uitgekomen, zijn vaak sterker. We hebben geen zicht op het vervolg maar we weten wel uit onderzoeken door al die ervaringsdeskundigen die we inzetten als 'buddy' (steun) wat wat wel en geen effect heeft. Samenwerking met de stichting No Need to Hide is voor het CSG essentieel. Met sommige mensen heb ik stiekem af en toe nog contact, omdat ik het gewoon heel fijn vind om te weten hoe het met ze gaat. Het is dan mooi te zien welke stappen ze zetten om zelfs positief te zijn over hun seksleven. Daar gaat het om.'

KARIN VAN DER TUUK

ZET DE DEUR OPEN NAAR EEN GESPREK OVER SEKSUALITEIT

Karin van der Tuuk is gynaecoloog in het UMCG in Groningen sinds 2013. Ze vormt samen met een collega-gynaecoloog, drie seksuologen en een bekkenfysiotherapeut het team seksuologie. Ze kreeg haar opleiding tot gynaecoloog in de Isala te Zwolle, het UMC Groningen en Medisch Centrum Leeuwarden. Ze behandelt vooral, ook operatief, vrouwen met endometriose en gender patiënten. Daarnaast participeert zij in het seksuologie team en de kindergynaecologie. Hoewel ze vrouwen met seksuele problemen na kankeroperatie op haar seksuologie spreekuur krijgt, opereert ze alleen bij goedaardige afwijkingen. Ze is geen oncologisch gynaecoloog.



Karin van der Tuuk

Karin van der Tuuk: 'Als mensen een uitstrijkje hebben met onrustige cellen kun je soms een half jaar wachten voordat er weer naar de baarmoedermond gekeken wordt. Of er volgt direct nader onderzoek als een biopt, het verwijderen van een deel van de baarmoedermond of een operatie waarbij de hele baarmoeder verwijderd moet worden. We zien dat vrouwen daarna klachten kunnen krijgen met hun

seksualiteitsbeleving. Ze worden onzeker of hebben klachten van pijn of bloedverlies. Dit heeft impact op de vrouw en haar seksualiteit maar ook op een eventuele partner. Omdat wij binnen het seksuologie spreekuur veel vrouwen met baarmoeder-, baarmoederhals- of vulvakanker zien, weten we dat deze aandoeningen en de ingrepen invloed kunnen hebben op de seksualiteit. Dit wordt echter vaak onvoldoende of niet besproken.'

'Het seksuologie team in het UMCG is er voor alle oncologiepatiënten, ook voor mannen met testis- of peniskanker, maar uiteraard ook voor tumoren buiten de geslachtsorganen of andere chronische aandoeningen die effect hebben op iemands seksualiteit (bv. diabetes, dwarslaesie, hartproblemen). Een interne verwijzing naar een seksuoloog is gemakkelijk en deze zorg wordt dan ook vergoed. Vanuit de gynaecologie poli worden dus mensen gezien na gynaecologische problemen zoals bv. bovengenoemde baarmoederhalskanker. Daarnaast ervaren ook vrouwen met een huidafwijkingen zoals Lichen Sclerosus, wat tot vulva kanker kan leiden, of koppels in een vruchtbaarheidstraject negatieve effecten op hun seksualiteit. Mensen met een SOA (Seksueel Overdraagbare Aandoening) gaan meer naar de GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst). Ook de HPV-vaccinatie (Humaan Papilloma Virus) gaat via de GGD en huisartsen. Deze vaccinatie beschermt tegen de gevolgen van een HPV-infectie zoals baarmoederhals- of vulvakanker. Wij zijn er als gynaecologen vanzelfsprekend helemaal voor om die vaccinatie te nemen omdat wij juist de vrouwen zien die een afwijkend uitstrijkje hebben en dan naar een gynaecoloog moeten om naar de baarmoedermond te laten kijken, met alle gevolgen van dien.'



Karin van der Tuuk: 'Op het moment van de diagnose kanker en vlak na de behandeling daarvan zijn vrouwen meestal niet bezig met de impact daarvan op hun seksleven. Als je hoort dat je kanker hebt spelen heel andere dingen een grote rol. Zoals overleven of de angst voor de dood. Pas een maand of drie na de behandeling komen de gevolgen voor patiënten aan de orde maar dan wordt het veelal niet meer besproken. Er wordt dus vaak niet duidelijk aangegeven dat een kankerbehandeling effect kan hebben op iemands seksualiteit. En lang niet iedere vrouw is mondig genoeg om het bij voorbaat zelf bespreekbaar te maken. Bij vulva kanker bijvoorbeeld, zou het mooi zijn als de oncoloog met een vrouw bespreekt of zij bijvoorbeeld haar clitoris wil behouden, als dit mogelijk is of wat de gevolgen kunnen zijn als dit niet mogelijk is. In de praktijk gebeurt dat echter lang niet altijd. Mogelijk omdat artsen invullen dat de patiënt dat te spannend of niet relevant genoeg vindt, maar het speelt zeker ook een rol dat juist dokters seksualiteit een lastig onderwerp vinden om te bespreken. Daar is ook niet altijd ruimte of tijd voor, maar belangrijk is dat je de deur openzet door aan te geven dat dit effect kan hebben op de seksualiteit. Dan weet de patiënt dat de arts daarvoor openstaat, dat je daar prima bij een volgend consult op terug kunt komen. Het is een gewoon onderwerp van gesprek. Zelf ben ik van mening dat het per definitie besproken moet worden. Niet alleen bij kanker maar ook bij chronische ziekte, bepaald medicatiegebruik of psychische problematiek. Het is natuurlijk een van mijn aandachtsgebieden dus ik bespreek dat met (bijna) al mijn patiënten.'

'Er zijn mensen die zeggen: dat speelt voor mij nu niet. Dat is prima. Maar dan weten ze wel dat ze altijd kunnen aangeven als ze daar problemen bij ondervinden. Mijn doel is een

opening geven. We weten uit studies dat oncologiepatiënten op het moment van ziekte of behandelingen er niet mee bezig zijn maar dat het later aan de orde komt. Als je hen niet meer terugziet voor controle is dat een gemiste kans. Daarom denk ik wel dat het goed is om het te benoemen of in een folder te zetten die je mee kunt geven, met bijvoorbeeld gegevens van seksuologen in de regio. Dan weten mensen waar ze naartoe kunnen. Uit onderzoek blijkt verder dat mensen die voor hun kanker diagnose een goed seksleven hadden, dat ook kunnen behouden na die tijd (al is het misschien op een andere manier)'

DE PATIËNT VERTELT

Annemiek(79): 'Ik had al een tijdlang jeuk aan mijn vulva. Ik dacht dat het wel weer over zou gaan, totdat een goede vriendin mij vertelde dat ze met dezelfde klachten naar de huisarts ging, en dat er Lichen Sclerosus was vastgesteld. Dat zette me aan het denken. De vervanger van mijn huisarts zei dat het een schimmelinfectie was en gaf me een zalfje, die de jeuk alleen maar verergerde. Mijn eigen huisarts vertrouwde het niet en stuurde me naar een gynaecoloog. Die kwam er na een paar onderzoeken achter dat het vulvakanker was. Dat is een ziekte die weinig voorkomt. Over seks werd niet gesproken, ik was immers bijna tachtig. Maar ik geniet daar in mijn eentje nog enorm van. Op de operatiekamer, vlak voordat ik onder narcose ging, zorgde mijn opmerking: 'dokter, als het even kan wel mijn clitoris sparen hoor, want daar heb ik nog zoveel plezier van' voor heel veel hilariteit onder alle mensen rondom de operatietafel. Gelukkig is dat ook gelukt.'

SEKSUEEL MISBRUIK BIJ MANNEN NOG STEEDS ONDERBELICHT

Als je 'seksueel geweld en mannen' intypt op internet, verschijnen er diverse website zoals Centrum Seksueel Geweld (zie interview met Fetzen de Groot), lotgenotenseksueelgeweld.nl, Fondsslachtofferhulp.nl en meer. Uit alle verhalen die je op die sites leest is duidelijk: één op de vijf jongens en mannen krijgt ooit te maken met een vorm van seksueel geweld. Dit kan zijn: seksueel misbruik, aanranding, verkrachting of online seksueel geweld.

MELDEN

Opvallend is dat overal genoemd wordt dat er slechts weinig mannen hulp zoeken na seksueel geweld. Eén op de drie mannelijke slachtoffers heeft zelfs nooit over het misbruik verteld. Dit komt door (quotes):

- Gevoelens van schuld en schaamte. En gedachten als: Het was mijn eigen schuld. Niemand gelooft me. Ik schaam me dat dit met mij gebeurd is.
- Verwarring over de eigen lichamelijke reactie tijdens het misbruik. Veel jongens en mannen krijgen een erectie en komen klaar. Maar dat zegt helemaal niets over opwinding of toestemming – het is een lichamelijke reactie op de spanning, waarop je zelf geen invloed hebt – maar zoiets kan grote vragen oproepen. Vond ik het dan tóch lekker? Wilde ik het dan wél?
- Verwarring over de eigen seksuele identiteit (als de pleger ook een man is). Ruim de helft van de mannen twijfelt daarover na zo'n ervaring.
- Hardnekkige mythes rondom seksueel geweld en mannen.

Mythes en stigma's rondom seksueel geweld en mannen hebben invloed op het onthullen van seksueel misbruik. Veel mannen geloven dat professionals hen niet serieus zullen nemen of hen zullen wijzen op hun 'eigen aandeel'. Enkele van die mythes zijn:

- Mannen kunnen geen slachtoffer zijn want slachtoffers worden gezien als kwetsbaar en de maatschappij verwacht dat mannen sterk zijn.
- Mannen kunnen altijd terugvechten.
- Als mannen seksueel misbruikt worden is dat meer hun eigen schuld dan wanneer vrouwen seksueel misbruikt worden.
- Als mannen slachtoffer worden van seksueel geweld, hebben zij er niet veel last van of vinden ze het zelfs fijn.
- Als een man een erectie krijgt, betekent dit dat hij het fijn vindt.
- Bijna de helft van de mannelijke slachtoffers ervaart psychische, seksuele of relationele problemen

TABOE

Iva Bicanic (Directeur Centrum Seksueel Geweld) zegt dat het nog steeds een taboe is dat jongens en mannen ook slachtoffer kunnen worden van seksueel geweld. Het stereotype beeld is dat mannen plegers zijn, geen

slachtoffers. Dit onjuiste beeld zorgt ervoor dat mannen die seksueel geweld meemaken, meer schaamte en schuldgevoelens ervaren dan vrouwelijke slachtoffers, en dat maakt het moeilijk voor hen om hulp te zoeken. Dat is schrijnend omdat jongens en mannen hierdoor vaak meer kans hebben op het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis dan vrouwen. Het Centrum Seksueel Geweld wil mannelijke slachtoffers laten weten dat het niet raar of zwak is dat je niks kon doen. En dat mannen weten dat er hulp voor hen is.

Hoe gaat dat misbruik door een vrouw vaak in z'n werk? Heshof geeft een voorbeeld uit zijn praktijk, van een knappe man die veel vrouwen achter zich aan heeft. 'Een vrouw verleidde hem eens op een opdringerige, best agressieve manier. Toen kreeg hij een freeze-reactie en kreeg hij een slappe. Toen zei zij: ben je homo of zo? Daar heeft hij nu zo veel last van, dat het contact met andere vrouwen in de weg staat.'

BEKKENBODEMKLACHTEN

Onderzoekers schreven in Huisarts en wetenschap in 2021 dat bekkenbodem- of urologische klachten een 'miskend probleem' is. Door de fysieke en psychische schade verhogen vaak de bekkenbodemspieren en dat kan pijnklachten geven. Bij 30 % van de patiënten met een overactieve blaas bleek dat er een seksueel trauma aan vooraf was gegaan. Maar lang niet alle huisartsen vragen daarnaar. Volgens Bicanic is het goed om daar vragen over te stellen, als is het maar: is er wel eens iemand over je grens heen gegaan? Ook dat is seksueel misbruik.

'MEN AS WELL' NAAST 'ME TOO'

Er is sinds 2020 een organisatie die in Nederland opkomt voor mannen, trans en non-binair die met seksueel geweld te maken kregen: Menaswell, met als doel mannen te ondersteunen die dit hebben meegemaakt maar ook om zichtbaar te maken dat het ook met mannen gebeurt. Ook zij vinden dat het onderwerp seksueel geweld tegen mannen (SVAM) te weinig wordt gerapporteerd, waardoor de toegang tot slachtofferhulp en justitie te gering is. Zij willen seksueel geweld tegen mannen beter zichtbaar te maken, en werken aan het verminderen van sociale barrières.

MAPLe[®]

DE BEKKENBODEM IN HIGH DEFINITION

De juiste diagnose & doelgerichte behandeling

- 24 punts metingen voor exacte diagnose en behandeling
- Gerichte biofeedback van individuele spieren aan verschillende zijdes en dieptes in de bekkenbodem
- Doelgerichte, lokale elektrostimulatie
- Wetenschappelijk bewezen en onderbouwd

Interesse in een
GRATIS ONLINE DEMO?
Mail naar: sales@novuqare.com

Neem contact met ons
op voor meer informatie
www.novuqare.com
+31 (0) 73 782 01 18
sales@novuqare.com

Novuqare[®]

Medtronic

Continue controle geeft vertrouwen

Sacrale neuromodulatie (SNM):
voor een overactieve blaas of verlies van ontlasting.
Ook voor patiënten met een blaasledigingsstoornis.

- Sacrale neuromodulatie (SNM) met het InterStim™-systeem van Medtronic biedt inmiddels verlichting aan >350.000 patiënten wereldwijd.
- De werkzaamheid van SNM kan eerst worden getest (proefbehandeling).

InterStim™ II- en
Microneurostimulator



SNM-expertisecentra

- SNM voor blaas- en darmcontrole
- SNM voor blaascontrole
- SNM voor darmcontrole

www.pvvn.nl
www.bekkenbodem4all.nl



Scan QR-code voor
patiëntenervaringen



Mannen houden graag de controle bij urineverlies



« Gratis proefpakket in een discreet toilettaasje



TENA Men biedt zekerheid, mannelijkheid & discretie. Verkrijgbaar in diverse varianten: voor het verlies van slechts enkele druppels tot de hele blaasinhoud.



TENA. BETERE ZORG VOOR IEDEREEN

www.TENA.nl/tenamen