

Seks in beeld

Seksuele ontwikkeling en stoornissen in levenslopperspectief.

Symposium *De Amsterdamse School*, AMC Amsterdam, 27 januari 2012. Een verslag.

Symposium *De Amsterdamse School* is een jaarlijks terugkerend symposium georganiseerd door AMC Psychiatrie en Kinder- en jeugdpsychiatrie. Hoewel het thema ieder jaar anders is, wordt het stevast belicht vanuit het perspectief van de levensloop, wetenschappelijk geïnspireerd en altijd klinisch relevant. Ging het bijvoorbeeld vorig jaar over agressie, dit jaar was de seksualiteit aan de beurt.

Hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie en dagvoorzitter Frits Boer leidde het symposium in met een anekdote uit zijn eigen opleidingstijd. Van zijn supervisor moest hij aan een delinquente adolescent die hij in behandeling had vragen of deze wel masturbeerde. Toen bleek dat de adolescent daarop ontkennend antwoordde – zeer waarschijnlijk uit ongemak om hier met een hem nog vreemde therapeut over te praten – werd de verbinding tussen zijn delinquent gedrag en het masturbatieverbod vanuit het strenge Superego al snel gemaakt door de supervisor: ‘Omdat hij niet aan zijn pik mag zitten, pikt hij brommers!’

Dat er anno 2012 genuanceerder en op zinvollere wijze naar het thema seksualiteit wordt gekeken, werd duidelijk aan de hand van de volgende sprekers.

Libido bestaat niet

Ellen Laan, universitair hoofddocent Seksuologie aan het AMC, opende met de prikkelende stelling dat libido niet bestaat. Freud ging ervan uit dat libido een interne drift was die tot spontane opwinding zou kunnen leiden, met name als er sprake was van deprivatie. Kaplan en Masters & Johnson kwamen na hun baanbrekende onderzoek tot een lineair model van de seksuele respons dat vier fasen kent: verlangen – opwinding – orgasme – herstel. Inmiddels blijkt er geen empirische evidentie voor spontane opwinding te zijn, en evenmin dat verlangen (zin in seks) spontaan ontstaat en zich kan voordoen onafhankelijk van de seksuele opwinding. Seksuele zin en opwinding, aldus Laan, zijn een reactie zijn op een seksuele prikkel, en dus stimulusgedreven. De huidige *incentive motivation*-modellen gaan ervan uit dat de seksuele respons – dus zowel de seksuele opwinding als de zin in seks – het gevolg is van een interactie tussen de gevoeligheid van ons seksuele systeem en van prikkels uit de omgeving. Hormonen (testosteron) en neurotransmitters bepalen de gevoeligheid van het seksuele systeem, maar dat is nog niet voldoende voor seksuele motivatie,

ook al wil de farmaceutische industrie ons anders doen laten geloven. Om zin in seks te krijgen hebben we prikkels uit de omgeving nodig, zoals aanrakingen, geuren, verliefdheid, fantasieën of pornobeelden of wat dan ook in het verleden belonend werkte om bereidheid en motivatie op te wekken. Het is aannemelijk dat we ons niet altijd bewust zijn wat ons seksueel prikkelt, en het lijkt erop dat er verschillen zijn tussen mannen en vrouwen op dit gebied. Bekend is dat meer mannen dan vrouwen masturberen, en dat mannen ook meer masturberen dan vrouwen die masturberen. Bij vrouwen die bij de poli seksuologie komen met libidoproblemen als klacht moet de vraag geherformuleerd worden in: 'waar heb je dan geen zin in?' Helaas weten veel vrouwen niet wat hen seksueel opwindt en wanneer ze voldoende opgewonden zijn om pijnloos te kunnen vrijen. Dit wordt versterkt door het feit dat vrouwen anatomisch gezien in staat zijn om gepenetreerd te worden zonder opgewonden te zijn. Omgekeerd kan er sprake zijn van activering van het seksuele systeem met sterke doorbloeding van het genitaal, leidend tot lubricatie, zonder dat er sprake is van zin hebben: dit kan zich bijvoorbeeld bij verkrachting voordoen, waardoor de dader argumenten kan aanvoeren als *ze vroeg er om of ze had er zelf ook wel zin in*. Vrouwen met een verminderd seksueel verlangen hebben kennelijk minder beschikking over prikkels die hen opwinden. Ze zullen hier actief naar moeten zoeken, bij voorkeur samen met hun partner. Gebrek aan adequate seksuele

stimulatie, door de afwezigheid van juiste prikkels, door gebrek aan kennis over het eigen lichaam of door gebrek aan techniek of door negatieve associaties met seksuele prikkels zijn betere voorspellers voor de afwezigheid van seksuele gevoelens bij vrouwen dan het idee van een tekort van een bepaalde stof in de hersenen.

Neuroprofiling

Universitair hoofddocent Neurowetenschappen Janniko Georgiadis van het UMC Groningen, nam ons mee in de wonderlijke wereld van seksuele hersenwetenschappelijke experimenten bij mensen. Het brein van mensen is zeer complex, en ook ons seksueel gedrag is – vergeleken bij veel dieren – complex van aard. In de verschillende fasen van de seksuele respons zijn verschillende neurotransmitters actief en zijn verschillende hersendelen actief. Om hier onderzoek naar te doen moet rekening gehouden worden met het feit dat dit onderzoek per definitie onnatuurlijk is (proefpersonen in een laboratoriumsituatie seks laten bedrijven), instabiele resultaten geeft (seks in een MRI-scanner waarbij je je hoofd stil moet houden omdat er anders verstoorde en dus vage metingen gedaan worden) en bovendien moeilijk voorspelbaar is (vanwege de complexiteit van de hersenfuncties).

Hoewel ik in mijn psychologiestudie – jaren geleden – met veel interesse het keuzevak neuropsychologie volgde, kostte het me moeite om de vele afbeeldingen met dwarsdoorsneden van hersengebieden

meteen te kunnen interpreteren. Wel werd duidelijk dat als meer bekend wordt over de verschillende werkzame stoffen en hersengebieden bij seksueel gedrag, de toepasbaarheid zou kunnen zijn dat er zogenoemde *neuroprofiling* van pedoseksuelen gedaan zou kunnen worden (niet zonder gevaar lijkt mij). Een andere conclusie die nu al getrokken kan worden, is dat er een fundamenteel verschil is tussen seksueel verlangen en hoge seksuele opwinding tijdens penisstimulatie als gekeken wordt naar de dominante hersennetwerken. Vergelijkbare verschillen doen zich ook voor bij ander gedrag, zoals bij eten, druggebruik, het luisteren naar muziek of het ervaren van pijn. Opmerkelijk: dezelfde hersengebieden waarvan men weet dat deze belangrijk zijn voor intermenselijk begrip blijken ook geactiveerd te worden als mensen naar porno kijken.

Eerste zoen

Dennis Fortenberry, hoogleraar Pediatrie aan de *IU School of Medicine Indiana University* van Indianapolis, sprak over het ontwikkelingstraject van de seksualiteit in de adolescentie. Hoewel de adolescentie gemeten over de hele levensloop van de mens slechts een zeer korte periode duurt, is deze periode zeer bepalend voor de ontwikkeling van een gezonde seksualiteit – en seksuele gezondheid! – en de periode waarin de meeste adolescenten hun eerste seksuele ervaringen opdoen. Tegelijkertijd is het een moeilijk gebied om te onder-

zoeken, omdat toestemming van ouders essentieel is om (jonge) adolescenten als proefpersoon bij seksuologisch onderzoek te gebruiken. Toch kan Fortenberry bogen op dertig jaar onderzoek bij juist deze interessante doelgroep.

Een gezonde seksualiteit is geworteld in de seksuele socialisatie, het ontstaan van een seksuele identiteit, en seksueel gedrag. Onder seksuele identiteit wordt hier niet alleen de seksuele oriëntatie verstaan, maar ook het besef van gender, alsmede de ontwikkeling van een zelfbeeld waarin het aangaan van intieme relaties en plezier beleven aan seks opgenomen is. Wat betreft het seksuele gedrag onderscheidt Fortenberry zowel seks met een partner als masturbatie, maar ook de afwezigheid van seks, wat voor adolescenten zowel een keuze als een frustrerend gegeven kan zijn. Vinden 11-jarigen seksuele handelingen vaak nog vies, 13-jarigen vertonen meer nieuwsgierigheid waar het seks betreft, en vanaf 14 jaar zie je een toenemende *readiness* ontstaan om de seksualiteit te gaan ontdekken. Op de vraag wanneer je weet of je er klaar voor bent geven meisjes vaak aan dat ze dat voelen, terwijl jongens zeggen dat ze dat weten. Na de abstinatiefase komt meestal eerst het masturberen, wat overigens niet alleen gezien moet worden als de voorloper van seks met een ander, maar als seksueel gedrag wat op zich staat, en wat veelal gedurende de rest van het leven naast seks met een ander blijft bestaan. In de adolescentie heeft het wel de hoogste prevalentie als het gaat om het totaal van seksueel gedrag.

Fortenberry benadrukte het onzinnige onderscheid tussen nog maagd zijn en ontmaagd zijn: het veroorzaakt veel angst en schaamte bij adolescenten, en doet daarmee onnodig veel schade. Het gaat bovendien voorbij aan het feit dat seksueel gedrag tussen twee mensen veel meer behelst dan de coïtus alleen. Gevraagd naar de beleving van het seksueel gedrag met een partner geven 14-jarige meisjes meer pijnklachten en lubricatieklachten aan dan 17-jarigen, en minder vaak het bereiken van een orgasme. Bij de jongens zijn de erectieproblemen hoger bij de jongere adolescenten (15 jaar) dan bij de wat oudere adolescenten (17 jaar). Het geeft aan dat bevredigend seksueel gedrag iets is wat je moet leren, en niet iets is wat er zomaar is als het lichaam daartoe in staat is. Fortenberry koppelt een positieve seksualiteitsbeleving (dus zonder angst en pijn, en met een gevoel van autonomie ten aanzien van het seksueel gedrag) aan verminderde kansen op het oplopen van een SOA. Tot slot: de eerste romantische zoen is vaak veel belangrijker dan de al eerder genoemde en sterk overgevalueerde ontmaagding zelf.

Ouder worden

Arts-seksuoloog Rik van Lunsen, hoofd van de afdeling Seksuologie en Psychosomatische Gynaecologie aan het AMC is onder andere auteur van het prettig leesbare boek *Seks moet je leren* – een boek dat ik zo vaak uitgeleend heb aan adolescenten en jongvolwassenen, dat dit het meest beduidende boek van mijn boekenkast was –

sprak over seks en ouder worden. Hij opende met een casus: een man van 92 jaar, weduwnaar, net voor de tweede keer getrouwd met een weduwe van begin tachtig. Allebei verliefd, maar de seks stuitte op startproblemen. In zijn eerste huwelijk was de seks gestopt toen zijn vrouw ziek werd, en van masturbatie was evenmin sprake geweest. De weduwe had een bevredigend seksueel contact met haar eerste man, en was na diens dood doorgaan met masturberen. Bij de man van 92 bleek het testosterongehalte erg laag. Hij kreeg testosteron toegediend, en samen kregen ze een coïtusverbod. Bij het volgende consult bleek het probleem geheel opgelost te zijn.

De meeste mensen associëren seks met jeugdigheid, met een krachtig, mooi en gezond lichaam, en niet met ouderdom. Seks bij ouderen wordt als walgelijk, beschamend of komisch gezien, of, zoals in de meeste gevallen, gewoon ontkend. Ook hulpverleners zijn geneigd te ontkennen, te vermijden, te bagatelliseren of te medicaliseren als het om seks bij ouderen gaat. Van Lunsen benadrukte dat de farmaceutische industrie vanuit eigen belang de seksualiteit van ouderen medicaliseert. Iedere man met een erectieprobleem zou meteen aan de Viagra moeten, en iedere vrouw die in de overgang is en die last heeft van vaginale droogheid zou zich meteen naar de apotheek moeten spoeden. Onzin, vindt Van Lunsen. Droogheid en pijnklachten ontstaan niet door de overgang. Vrouwen onder de 25 jaar ervaren meer pijnklachten dan vrouwen in of na de overgang. Als er

sprake is van de juiste seksuele prikkels en de context is juist, dan zit het met erectie en lubricatie wel goed in de meeste gevallen. Bij afwezigheid van de juiste stimuli is er wel verschil meetbaar in genitale doorbloeding bij jongere en oudere vrouwen, maar dat verschil valt weg bij adequate seksuele prikkels. Mannen op leeftijd met erectieproblemen krijgen vaak al bij het eerste consult bij de huisarts Viagra voorgeschreven, maar zolang context en stimuli ontbreken werkt dat niet. Bij mannen is de preoccupatie met het wel of niet hebben van een erectie vaak het grootste probleem. In een simpel maar doeltreffend experiment kregen mannen met erectieproblemen een pornofilm te zien, terwijl de zwelling van hun penis werd gemeten. Als deze mannen alleen de filmbeelden bekeken, kwam de erectie vaak niet tot stand. Als zij echter tegelijkertijd rekensommen moesten oplossen, bleken de erectieproblemen gauw opgelost te zijn. Met andere woorden: de cognitieve bewerking van de preoccupatie was voldoende.

Dit alles neemt niet weg dat met het ouder worden de elasticiteit van het vaatbed in de genitaliën afneemt, waardoor vasocongestie (het verschijnsel dat bij seksuele opwinding de toevoer van bloed naar de geslachtsorganen toeneemt en de afvoer afneemt, waardoor zwelling en erectie bij de man optreedt, en zwelling en lubricatie bij de vrouw) minder snel optreedt. Ook een daling in het testosteronniveau maakt dat de seksuele responsiviteit van het brein en van de geslachtsorganen wat afneemt. Vaak is meer en langere stimulering dan

ook voldoende om tot bevredigende seks te komen. Zeker bij mannen betekent dit vaak uitbreiding van het – voorheen vaak uiterst beperkt – seksuele repertoire. Daarnaast kunnen bijwerkingen van vele soorten medicatie die ouderen slikken van invloed zijn op het seksueel gedrag en de seksuele beleving. Van veel antidepressiva is dit bekend, maar hoe vaak informeert een behandelaar hiernaar bij een oudere patiënt(e)? Aandacht voor de seksuele gezondheid van ouderen levert een belangrijke bijdrage aan hun algehele welzijn.

De invloed van verkrachting

Promovenda Iva Bicanic, coördinator van het recent geopende Centrum Seksueel Geweld en verbonden aan het Landelijk Psychotraumacentrum voor kinderen en jongeren in het UMC, sprak over de invloed van een verkrachting op de seksuele ontwikkeling van adolescenten. Als adolescenten experimenteren met intimiteit en seksualiteit kan het gemakkelijk mis gaan: één op de zes meisjes en één op de twintig jongens heeft ervaring met gedwongen seks. Eerst wat cijfers: statistisch gezien is het risico het grootst voor meisjes tussen de 14 en de 24 jaar om met onvrijwillige seks in aanraking te komen. Meestal is de dader een bekende; slechts een minderheid (11%) doet aangifte. Bicanic deed onderzoek naar de groep die wel aangifte deed en waarbij sprake was van een Type I trauma. In totaal ging het om 400 jongeren, waarvan 97% meisjes, en 92% autochtoon. Kennelijk is de drempel om aangifte te doen voor

allochtone jongeren nog veel hoger. Van de 400 gevallen ging het bij 80% om verkrachting, en om bij 20% om een poging tot verkrachting. De gemiddelde duur tussen daad en aangifte doet betref zes maanden. Meestal werd eerst een vriendin ingelicht, en later pas een van de ouders. Voordat daadwerkelijk hulp gevraagd of geboden werd, was gemiddeld al een jaar gepasseerd. Bij 30% was sprake van verkrachting door een onbekende, de zogenoemde *stranger rape*, waarbij slachtoffers doodsaangst hebben doorstaan met dikwijls *rape paralysis* of *tonic immobility* als reactie, hetgeen het verwerkingsproces vaak doet vastlopen. Bij de overige 70% was dus sprake van verkrachting door een bekende, vaak een ex-vriendje, en meestal ook op het terrein van de dader (dus bij ex-vriendje thuis). Bij 10% was er sprake van een contact dat via internet (chatten) ontstaan was en bij een ontmoeting resulteerde in een verkrachting. Bij 15% was er sprake van meer dan één dader.

Het klinisch beeld van de groep die aangifte deed bestond uit PTSS, depressie, eetstoornissen en slaapstoornissen. De kans op PTSS is het grootst als er sprake was van een geheel onverwachte situatie (zoals in de *stranger rape*, en minder in het geval van grensoverschrijdingen bij een uit de hand gelopen vrijage) en de schaamte over de verkrachting zeer groot is. Wat de effecten zijn op het seksueel gedrag is niet onderzocht; wel werd duidelijk dat 74% het vertrouwen in mannen heeft verloren uit angst voor herhaling (meisjes rapporteerden dat ze dubbele kleding droegen om hun

lichaam te beschermen), 55% gaf aan angstig te worden als het in gesprekken over seks gaat, waarbij ze actief vermijden of gaan dissociëren, 64% heeft het idee dat seks nooit meer leuk kan zijn, en 68% geeft aan geen enkele seksuele interesse meer te hebben. Bij jongens die slachtoffer zijn van seksueel geweld ontstaat bovendien vaak verwarring over de seksuele identiteit.

Omdat de hulpverlening tot recent zeer gefragmenteerd was, werd in navolging van *rape centres* in het buitenland het Centrum Seksueel Geweld in Utrecht opgericht. Waar slachtoffers eerst een lange weg moesten afleggen van aangifte doen bij de politie, naar de spoedeisende hulp van een ziekenhuis moesten, naar de gynaecoloog doorverwezen werden, en vervolgens naar de soa-poli of de afdeling infectieziekten, naar pediatrie, en de advocaat en de forensisch psychiater langs moesten gaan, zijn nu alle partijen onder één dak bijeen. Hoe sneller de opvang geregeld is, hoe minder groot de medische schade op lange termijn, hoe minder groot de psychische schade op lange termijn, en hoe groter de kans om de dader op te sporen. Wat betreft de behandeling van deze jongeren met seksueelgeweldservaringen gaat het om een combinatie van EMDR en CGT, kortdurend, met onderdelen als schrijftherapie, terugvalpreventie, in vivo exposure, psycho-educatie en ouderbegeleiding.

De psychiatrische praktijk

Psychiater en seksuoloog van het AMC Gerty Casteelen sprak over diverse facetten

van seksualiteit in de psychiatrische praktijk. Hoewel vrijwel alle hulpverleners aangeven het een belangrijk onderwerp te vinden, gaat het er toch erg weinig over, bijvoorbeeld omdat de patiënt er zelf niet over begint, of omdat er leeftijdsverschillen of culturele verschillen zijn die het beginnen over seksualiteit met je patiënt moeilijk maken. En als er expliciet melding wordt gemaakt van seksuele problemen door je patiënt, hoe kijk je daar dan naar: is het een bijkomstigheid van een somatische ziekte of juist van een psychiatrische ziekte, is het een effect van (antidepressieve) medicatie of moet het gezien worden van als onderdeel van een PTSS als er sprake is van seksueel geweld of misbruik in de voorgeschiedenis?

Psychiatrische patiënten die in de kliniek zijn opgenomen hebben in de regel weinig mogelijkheden om seksueel contact aan te gaan, er is geen eigen kamer, geen privacy. Hier doet het dilemma zich voor dat psychiatrische patiënten recht hebben op seksualiteit, maar evenzeer recht hebben om beschermd te worden tegen opdringerige medepatiënten. Bekend is dat de mannelijke patiënten in een kliniek rustiger worden van seks, daardoor vaak minder medicatie nodig hebben, zich minder eenzaam voelen en een groter gevoel van eigenwaarde krijgen. Van iedere hulpverlener mag verwacht worden dat hij of zij kennis van de seksuologie op overzichtsniveau heeft, de vaardigheid bezit dit ter sprake te brengen en hierbij een professionele attitude ten toon kan spreiden. Bij een bipolair stoornis kan sprake zijn van

hyperseksueel gedrag en promiscuïteit, bij de depressieve stoornissen is de zin in seks vaak afgenomen, bij schizofrenie is een hoge prevalentie van seksuele disfunctie, angststoornissen hebben vooral bij homo-seksuele mannen effect (minder zin in seks vanwege faalangst), bij anorexia is er naast de verstoorde stofwisseling en hormoonhuishouding ook sprake van een verstoord lichaamsbeeld dat de seksualiteit negatief beïnvloedt. Casteelen besprak ten slotte van een aantal psychofarmaca de werking op de seksualiteit.

Seksverslaving

Gert-Jan van Zessen, vrijgevestigd psycholoog en seksuoloog, sprak over seksverslaving, een onderwerp dat recent in de media in de belangstelling stond vanwege de film *Shame* van regisseur Steve McQueen. Van seksverslaving wordt gesproken wanneer er sprake is van een repetitief seksueel gedragspatroon, een onvermogen om met dit patroon te stoppen, en er duidelijk geleden wordt onder de consequenties van dit gedragspatroon. Seksverslaving kan gezien worden als een vorm van verslaving, maar ook als een compulsieve stoornis, een overmatig seksueel verlangen of als een vormgevingsprobleem. De trend bestaat om steeds meer overeenkomsten te zien met verslavingen aan alcohol, nicotine of drugs, en in dat kader ook van een ziekelijke stoornis te spreken. Mogelijk komt het in de DSM-V terug als hyperseksuele stoornis.

De aanwezigheid van porno op het internet

heeft zeker een faciliterende werking gehad bij de toenemende hulpvraag. Overigens zou 80% van alle volwassen mannen regelmatig porno bekijken op het internet, maar bij slechts 1% van hen neemt het zodanige proporties aan dat van seksverslaving kan worden gesproken. Vijfennegentig procent van de aanmeldingen in de praktijk van Van Zessen betreft mannen, die zich soms zelf aanmelden, maar vaker door hun echtgenote gestuurd worden. Tweederde van deze groep heeft al eerder therapie gehad, maar zonder succes.

De kern van de seksverslaving heeft niets met seks te maken, maar moet gezocht worden in het vermogen tot zelfsturing, wat bij deze groep slecht ontwikkeld is. Zelfsturing is een functie van de eigenwaarde, en de eigenwaarde hangt nauw samen met een veilige hechting. De therapie moet dan ook niet gericht zijn op reductie of stoppen van het ongewenste gedrag (uren naar pornosites kijken), maar moet gericht zijn op het versterken van de eigenwaarde. Bij iemand met een onveilige hechting en een lage zelfwaardering is de kans op het ervaren van innerlijke leegte groot. Om die leegte te compenseren wordt er naar pornosites gesurft. De seksualiteit wordt zo gestuurd vanuit een negatief gevoel, en niet vanuit een verlangen. In de therapie wordt mannen geleerd (non-seksueel) gedrag te vertonen dat de eigenwaardering versterkt. Ten aanzien van het seksueel gedrag kan een kentering ontstaan door bijvoorbeeld de eindeloze pornoverzameling te reduceren tot een paar kwalitatief goede films, en in plaats van ‘gedachteloos

trekken’ tijdens het surfen te leren met meer aandacht voor het eigen lichaam en de eigen beleving te masturberen. Bij het toenemen van de eigenwaarde zullen de symptomen afnemen, zal de zelfzorg in bredere zin toenemen en het zelfbeeld hersteld kunnen worden.

Het komt zelden voor dat ik een studiedag meemaak waar alle onderwerpen door goede sprekers die boven de materie staan gepresenteerd werden, en de sprekers ondanks een grote hoeveelheid informatie mij de hele dag geboeid wisten te houden. Ik ben benieuwd naar het onderwerp van volgend jaar en hoop op een vergelijkbaar hoog kwaliteitsniveau.

Arnout ter Haar

Meer informatie over de symposia van *De Amsterdamse School* is te vinden op www.amcpsygiatrie.nl/amsterdamseschool.