

Ouderen en seks

Nil novi sub sole – Pred. 1:9

DR. J. P. C. MOORS

Oudere mensen hebben meestal tot op hoge leeftijd zin in seks en hun seksuele activiteiten dragen ook bij tot een gelukkige oude dag. Door ziekten, gebreken en omstandigheden hebben echter veel oude mensen problemen op dit gebied. Velen kunnen of willen daar dan ook niet over praten. De huisarts is in dergelijke situaties een van de belangrijkste hulpverleners.

Inleiding

Oudere mensen hebben, al naar gelang hun aard, ook seksuele behoeften, verlangens en ervaringen. *Slob en Zwanikken* komen op grond van literatuuronderzoek tot de conclusie, dat 40 procent van de vrouwen en 75 procent van de mannen van 60-70 jaar nog seksuele ervaringen heeft (waarmee meestal de coïtus wordt bedoeld).¹ Daarna nemen die percentages af, maar ook op hogere leeftijd blijft een deel van de oudere bevolking seksueel actief. Seks neemt in het leven van de oudere mens dan ook een veel grotere plaats in dan veel (jongere) mensen zich kunnen voorstellen. Ouderen die in een traditioneel milieu zijn opgegroeid, kunnen vaak alleen plezier beleven aan een tijdens de coïtus ervaren orgasme; anderzijds hebben ook veel ouderen geleerd zich beter te voelen in de beleving van nabijheid en koestering, zonder dat daar altijd een geslaagde coïtus bij moet horen. *Butler and Lewis* geven nauwkeurig aan wat veel oudere mensen ervaren: „Perhaps only in the later years can life with its various possibilities have the chance to shape itself into something approximating a human work of art. And perhaps only in later life, when personality reaches its final stages of development can love-making and sex achieve the fullest possible growth. Sex does not merely exist after sixty; it holds the possibility of becoming greater than it ever was. It can be joyful and creative, healthy and healthy-giving. It unites human beings in an affirmation of love and is therefore also morally right and virtuous. Those older persons who have no partners and must experience sex alone

need to know that this, too, is their right.”²

De huisarts en seksuele problemen van ouderen

Schneider constateert dat bijna de helft van de mensen boven de 74 jaar ontevreden is met zijn seksuele situatie.³ Dat wil echter nog niet zeggen dat deze mensen daarvoor ook hulp willen of kunnen vragen. De huisarts moet hier attent op zijn. *Pauly and Goldstein* onderzochten – in een onderzoek dat overigens niet speciaal betrekking had op oudere patiënten – in hoeverre huisartsen bepaalde seksuele problemen aanwezig achtten bij hun patiënten. De mate waarin dit het geval was, hing sterk samen met de mate waarin deze huisartsen gewend waren bij elke anamnese naar seksuele problematiek te informeren.⁴ Deze conclusie wordt bevestigd door een recent onderzoek van *Frenken en Rodenburg*.⁵

Bij psychosomatische problematiek kan de huisarts op onverwachte momenten op grote problemen stuiten. Voor het hanteren van deze problemen kan hij gebruik maken van de kennis en vaardigheden die ook noodzakelijk zijn bij het helpen van jongere mensen met seksuele problemen.^{6,7}

Een voorbeeld:

Een vrouw van 73 jaar klaagt over de privacy in het bejaardentehuis, waar ze sinds twee weken met haar man, 81 jaar, verblijft. Ze hebben anderhalve kamer en een klein keukentje tot hun beschikking. Hun eenpersoonsbedden staan in verschillende hoeken van de kamer. Rond 8 uur 's avonds doen ze de deur op slot. De verzorgsters in het huis zijn dat niet gewend en begrijpen het niet. Op een gegeven moment maakt een van hen de deur met een loper open. Grote paniek. Ze ziet de man en vrouw gedeeltelijk ontkleed op de grond liggen. Omdat deze verzorgster meent dat er geweld gepleegd wordt, haalt ze de directrice erbij.

Man en vrouw blijken bijna dagelijks pogingen te doen om een coïtus tot een goed einde te brengen. Vruchteloos –

hoe de vrouw ook manipuleert, het lukt de man niet zijn penis echt stijf te krijgen of tot een orgasme te komen. De huisarts wordt in consult geroepen. In veel en lange gesprekken wordt maar half duidelijk wat man en vrouw precies wilden en zouden willen. De pogingen een coïtus te voltooien, worden gestaakt.

Drie maanden later overlijdt de vrouw.

Weduwen en weduwnaars

Veel ouderen worden vroeg of laat geconfronteerd met de dood van de partner. In het kader van een systematische begeleiding van hun rouwproces gedurende het eerste jaar, voer ik altijd een paar maanden na het overlijden een gesprek over seks en eventuele seksuele problemen. In dergelijke gesprekken hoor ik vaak dat oudere mensen daar inderdaad soms veel moeite mee hebben. Ze durven er echter niet voor uit te komen en schamen zich ervoor hier met iemand over te praten.

We kennen allen het verschijnsel van de „korte rouw”, waarbij een weduwe of weduwnaar na een zeer korte periode een nieuwe relatie aangaat. De houding van kinderen en familie bezorgt deze ouderen vaak een schuldgevoel. Daarnaast hebben veel oudere mensen na het overlijden van hun partner schuldgevoelens over het (opnieuw) masturberen.

Vaak kan de huisarts, dank zij zijn autoriteit, in dit soort gevallen door een enkele opmerking of door een paar gesprekken deze schuldgevoelens wegnemen. Hij sanctioneert dan als het ware het gedrag waarover men zich schuldig voelt.

Homoseksualiteit

Een deel van de ouderen (5 procent) is homoseksueel. Hoewel de mannelijke homoscene jong en flitsend lijkt (en dat in de grotere steden zeker ook is), zijn generalisaties met betrekking tot de „oudere homofiel” even misplaatst als welke andere generalisatie over persoonlijke belevingen van mensen dan ook.⁸

Een enkele maal kunnen deze mensen pas op oudere leeftijd voor hun homofilie uitkomen. Dat levert dan extra moeilijkheden op, zeker als men in een huwelijk heteroseksualiteit heeft moeten voorwenden. Vrouwen kunnen in zulke situaties gebruik maken van de activiteiten van de stichting *Groep 7152*. Mannen én vrouwen kunnen via de *Roze Rimpel* contact en steun vinden.

Ouderdom, ziekten, geneesmiddelen en seks

De ouderdom komt met gebreken. Veel geneesmiddelen hebben een negatieve invloed op de seksuele functies van mensen, en hetzelfde geldt ten aanzien van operaties en handicaps.^{9 10}

Het stijver worden van mensen op oudere leeftijd hindert bij het vrijen. Met het achteruitgaan van de functie van de zintuigen – verlies van gehoor, gezicht, smaak, evenwicht en tast – ontstaan ook handicaps bij het seksuele verkeer. Soms is het voldoende mensen die daarover klagen, te adviseren nieuwe wegen te zoeken, waarbij ze leren genieten van „passiever” vrijen. Het gaat echter niet aan mensen een bepaalde manier van seksuele omgang op te dringen. Tegenwoordig wordt wel beweerd dat intensief huidcontact zonder coïtus meer bevrediging zou schenken dan de orthodoxe gemeenschap. Het moge waar zijn, maar iemand die zijn leven lang andere ervaringen heeft, koopt daar niet zo veel voor. En die is zeker niet geholpen met een gratis opmerking als „klaarkomen via een coïtus is ook niet alles”, zoals men nogal eens hoort. Het leren van alternatieve vrijmethoden is een lange en moeizame weg. Veel mannen hebben het daar moeilijker mee dan vrouwen, en op oudere leeftijd is dat nog extra moeilijk. In ieder geval zal een paar dat een poging wil wagen, meestal begeleiding nodig hebben. Stap voor stap worden via streefoefeningen nieuwe ervaringen aangereikt. Een huisarts die hier belangstelling voor heeft, kan deze begeleiding zeer wel ter hand nemen.

Als het leven van een mens plotseling bedreigd wordt, zal de zin in seks vaak verdwijnen. Een man die na een hartinfarct thuiskomt, zal ondanks goede voorlichting toch even aarzelen met de eerste coïtus. Veel vrouwen weren dat ook af, omdat ze bang zijn hun partner dood in hun armen te houden. Deze angsten kunnen meestal goed worden besproken worden en via steun van de huisarts is dit soort problemen goed te overwinnen.

Ook na bepaalde operaties blijken mannen soms impotent te zijn, terwijl vrouwen nogal eens problemen hebben na een operatie aan de schede of na een uterusextirpatie. Door tijdige voorlichting over de seksuele aspecten van de ingreep – dus voor de operatie – kunnen veel problemen worden voorkomen.^{11 12} Sluipend beginnende ziekten kunnen eveneens de zin in seks wegnemen.

Mensen met een beginnende reumatoïde arthritis zijn vaak moe en hebben geen zin in seks. Worden ze daarbij nog stijf door allerlei gewrichtsaandoeningen, dan wordt ook daardoor het vrijen belemmerd. Bij de ziekte van Bechterew doen zich soortgelijke problemen voor.

In hoeverre hypertensie op zichzelf seksuele problemen geeft, is niet zeker; in veel gevallen worden dergelijke problemen echter veroorzaakt door de gebruikte medicatie.⁹

Waarom de ene man bij een beginnende dementie ook seksuele remmingen heeft en de andere niet, is nog geheel onduidelijk. Te vlug wordt in zulke gevallen naar anti-androgenen gegrepen. Veel mannen zijn ook te helpen door de onderliggende ziekten op te sporen en die te behandelen. Vaak blijkt het dan te gaan om een pseudo-dementie. Als een echte dementie tot decorumverlies leidt, is het bovendien niet zeker dat anti-androgene therapie het gewenste resultaat heeft.^{7 9 14}

Bij diabetes mellitus kunnen – zij het minder vaak dan vroeger werd gedacht – potentiële stoornissen en soms ook veranderingen in de beleving van het orgasme optreden. Daarvoor zijn problemen met de zenuwvoorziening van de betrokken vaten waarschijnlijk verantwoordelijk.⁷ Vanwege de ingewikkelde samenhang tussen het sympatische en parasympatische systeem is het vaak moeilijk precies de oorzaak op te sporen.

Tenslotte kunnen seksuele problemen ook veroorzaakt worden door uiteenlopende neurologische en endocriene aandoeningen.¹³

Onderzoek en begeleiding

In de eerste plaats is het van het grootste belang dat een huisarts goed luistert naar (ook niet expliciet gestelde) vragen om hulp bij seksuele problemen. Bij oudere mensen is het extra moeilijk dit soort signalen te onderkennen: hun probleem-oplossend vermogen is verminderd en vaak laten zij de problematiek maar rusten. „Het zal mijn tijd wel duren”, hoor je dan zeggen. Het is van belang dat de huisarts een antenne ontwikkelt om dit soort signalen op te vangen. Anderzijds bepaalt de patiënt natuurlijk de aard van de hulp en het tempo waarin gewerkt wordt.

Voor het afnemen van de anamnese en het lichamelijke onderzoek bij oudere patiënten moge ik hier volstaan met een verwijzing naar het *Handboek voor de seksuele hulpverlening*.⁷ Overigens doet

zich hierbij een goede gelegenheid voor om eventuele mythen en vooroordelen uit de wereld te helpen. We zagen al dat huisartsen die gewend zijn bij iedere anamnese te informeren naar het bestaan van seksuele problemen, meer pathologie op het spoor komen dan huisartsen die dat niet doen. Het is soms een dilemma waarvoor we geplaatst worden: actief sonderen of wachten op een duidelijke hulpvraag. Ik meen dat veel oudere mensen dankbaar zijn voor een klein duwtje als er problematiek ligt, waar men moeilijk mee overweg kan. Ook kortdurende begeleiding kan in principe door de huisarts worden gedaan. De inmiddels beproefde *stap voor stap*-methode is daarbij zeer bruikbaar.⁶

Adressen

Stichting Groep 7152, Postbus 120, 1110 AC Diemen.

Roze Rimpel, Glipperdreef 186, 2103 WN Heemstede.

Nederlandse Vereniging tot Integratie van Homoseksualiteit, COC, Rozenstraat 8, 1016 NX Amsterdam.

¹ Zwanikken W, Slob A. Seksualiteit en ouderen. Een overzicht van de onderzoeksliteratuur. In: Geriatrie informatorium. Alphen a/d Rijn: Stafleu (in voorbereiding).

² Butler R, Lewis M. The later years: a guide to sexual and emotional adjustment. Melbourne: Sun Books, 1976.

³ Schneider H. Sexualverhalten in der zweiten Lebenshälfte. Stuttgart: Kohlhammer, 1980.

⁴ Pauly I, Goldstein S. Prevalence of significant sexual problems in medical practice. Med Aspects Hum Sex 1970; 4: 48.

⁵ Frenken J, Rodenburg N. Hulpverleners helpen bij seksuele moeilijkheden. Zeist: NISSO (in voorbereiding).

⁶ Moors J, Moors-Mommers M, red. Helpen bij seksuele moeilijkheden. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.

⁷ Moors-Mommers M, Bezemer W, Frenken J, red. Handboek Seksuele hulpverlening. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983.

⁸ Kimmel D. Life history of aging gay-men. Int J Aging Hum Dev 1979; 10: 239-48.

⁹ Moors-Mommers M. Invloed van geneesmiddelen op de seksualiteit. Geneesmiddelenbulletin 1985; 19 (30 maart): 13-8.

¹⁰ Moors-Mommers M, Bezemer W, Moors J. Seks als je ziek bent. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1978.

¹¹ Slob A. Begeleiding van de prostatectomie-patiënt. Med Contact 1981; 36: 1549-51.

¹² Wijma K. Psychological functioning after hysterectomy. Groningen: Van Denderen, 1984.

¹³ Kaplan H. The evaluation of sexual disorders. Psychological and medical aspects. New York: Brunner-Mazel, 1983.