

Libidoverlies en impotentie

Sekseverschillen en seksuele problemen in de huisartspraktijk

WILLEKE BEZEMER

Bezemer W. Libidoverlies en impotentie. Sekseverschillen en seksuele problemen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1995; 38(9): 407-11.

Samenvatting Vrouwen en mannen presenteren verschillende seksuele problemen, presenteren hun seksuele problemen verschillend, en verlangen verschillende oplossingen. Mannen en vrouwen lijken tegengesteld geamputeerd te zijn op seksueel/emotioneel gebied. Veel vrouwen verlangen in hun seksuele leven naar meer intimiteit, tederheid en verliefdheid; zij kunnen niet genieten van de seks 'om de seks'. Veel mannen willen expliciet genieten van en experimenteren met de seks. Dat noopt hen seksueel te presteren; zij kunnen slecht genieten van lichamelijke intimiteit zonder 'verder' te gaan. Behandeling binnen de huisartspraktijk is erop gericht zowel mannen als vrouwen te laten zien dat deze amputatie bestaat, en dat ze heel wat kunnen leren van de andere sekse. Wanneer dat onvoldoende resultaat heeft, is verwijzing naar een seksuoloog nodig.

Drs. W. Bezemer, psycholoog/seksuoloog,
Langegracht 16, 3601 AH Maarssen.

Inleiding

Midas Dekker – bioloog en schrijver – heeft eens gezegd: 'Mannen lijken op niets zozeer als op vrouwen'. John Money – specialist op het gebied van de genderidentiteit – zegt eigenlijk hetzelfde: 'Er bestaan vier grote verschillen tussen vrouwen en mannen; dat zijn het zwanger maken, het zwanger worden, de menstruatie en de lactatie. Alle andere verschillen zijn drempelverschillen'.¹

Toch komen mannen met andere problemen dan vrouwen, brengen vrouwen problemen anders dan mannen, en hebben mannen andere verwachtingen van hulp dan vrouwen. Dat geldt ook voor de seksuele problemen die mannen en vrouwen bij de huisarts presenteren. Vrouwen hebben vaker 'geen zin' dan mannen: geen zin om te vrijen, geen zin in seksuele opwindings, geen zin in een orgasme, geen zin in dat gedoe. Dat betekent dat vrouwen vaker dan mannen klagen over een gebrek aan seksueel verlangen. Of dat hun mannen daarover klagen. Ook bij de huisarts. Mannen klagen zelden over 'geen zin'. Ze klagen wél over hun erectie. Die komt te laat, of niet zoals ze hem gewend zijn, of helemaal niet. Mannen klagen dus over gebrek aan potentie, over wat ze niet meer kunnen. En hun vrouwen klagen erover dat hij het niet meer kan.

In de literatuur worden wisselende percentages ten aanzien van libido- en erectieproblemen genoemd: 2 tot 16 procent van de mannen zou een laag of ontbrekend libido ervaren, terwijl dat bij 6 tot 34 procent van de vrouwen het geval zou zijn.¹ De DSM-III geeft als schatting dat 8 procent van de jong-volwassen (mannelijke) populatie erectiestoornissen heeft (en dat 30 procent van de mannelijke populatie premature ejaculatie kent); 20 procent van de mannelijke en vrouwelijke populatie samen zou een hypoactief seksueel verlangen hebben.²

Klagen over je gebrek aan opwindings zijn klagen over iets psychisch. Dat doen vooral vrouwen. En dat is heel begrijpelijk als we kijken naar de aard van de seksuele verlangens van veel vrouwen. 'Wat verwachtte u van uw seksuele relatie?', vroe-

gen wij in 1993 aan een steekproef heteroseksuele vrouwen. 'Beiden genieten' antwoordde 13 procent, en maar liefst 44 procent stelde zich tederheid, intimiteit en verliefdheid voor.³

Klagen over je potentie is klagen over je mogelijkheden. 'Ik krijg hem niet omhoog'. Dat is klagen over het apparaat dat het niet meer doet. En dat doen vooral mannen. En ook dat is logisch in het licht van de seksuele verwachtingen van veel mannen. Ook aan hen (een steekproef heteroseksuele mannen) vroegen wij: 'Wat verwachtte u van uw seksuele relatie?' Intimiteit noemde 4 procent, 'beiden genieten' wilde de helft, en ongeveer 25 procent verlangde naar experimenteren, en frequent en afwisselend vrijen.⁴ Voor experimenteren en dergelijke is het immers noodzakelijk dat het apparaat in orde is en met 'beiden genieten' zullen veel mannen zeker beider orgasme bedoeld hebben. Het orgasme staat namelijk zeer hoog op hun prioriteitenlijst in de seks.

Het is een wat clichématige schets, maar daarom niet minder waar. Het is het 'zijn' dat vrouwen belangrijk blijken te vinden in hun seksuele beleving en dat ze soms (of vaak) missen in de seks; het is het 'doen' dat mannen belangrijk vinden en dat ze soms (of vaak) missen.³⁻⁵

Mannen en impotentie – presentatie

Het ontstaan van een erectie wordt door de meeste mannen ervaren als iets wat vanzelf gaat. Dit gevoel staat in schril contrast met de gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid die veel mannen met een erectieprobleem rapporteren.⁶ Veel mannen presenteren hun erectiestoornis als 'hij doet het niet meer' of, een variant daarop, 'ik krijg hem niet omhoog'. Weinig mannen leggen zelf een relatie tussen hun impotentie en angst voor mislukken, negatieve gedachten en verwachtingen of gewoon geen zin hebben in vrijen. Potentiestoornissen en impotentie zijn trouwens begrippen die bij veel mannen onaangename associaties oproepen van machteloosheid, mislukking en mislukkeling. Zij ver-

mijden die woorden liever en kunnen derhalve hun klachten ook niet altijd duidelijk benoemen.

Mijnheer A is gehuwd. Naar eigen zeggen heeft hij een schat van een vrouw, die echter na hun tweede kind bijna nooit meer zin had om te vrijen. Mijnheer A legde zich erbij neer. Omdat dat ook een onbevredigende situatie is, neemt zijn vrouw tegenwoordig af en toe het initiatief. Maar het lukt niet meer bij hem, vertelt mijnheer A. Als de huisarts na twee gesprekken vernemt dat het mijnheer A wel lukt bij zijn vriendin (waar zijn vrouw niets van weet) en er dus eigenlijk niet zozeer sprake is van 'niet kunnen' als wel van 'geen zin hebben', blijkt deze herdefiniëring van het seksuele probleem niet in goede aarde te vallen. Mijnheer A komt niet meer terug.

Mijnheer B heeft het verwijsbriefje van de huisarts gelezen en voelt zich gekrenkt. '... verwijs ik u de heer B wegens impotentie', las hij. Impotentie! Dat is het helemaal niet! Wat het probleem wel is, laat ik tijdens ons eerste gesprek maar even in het midden..

Oorzaken van impotentie

De erectie is een reflectoire reactie op lichamelijk en mentaal opwindende prikkels. Voor een erectie is een intact lichaam nodig: het genitale 'apparaat' moet in orde zijn. Daarnaast moet iemand 'opwindbaar' zijn, dat wil zeggen seksuele opwindning kennen en kunnen toelaten. Erectiestoornissen kunnen veroorzaakt worden door lichamelijke, psychische of relationele oorzaken. Vaak is er een mengvorm van verschillende oorzaken die op elkaar inwerken en soms een onontwarbare knoop lijken.

Hengeveld heeft schematisch aangegeven hoe patiënt en huisarts een eerste grove screening kunnen maken van de oorzaken van de impotentie.⁷ Wanneer er een goede ochtenderectie is, de spontane erecties niet zijn veranderd, er goede erecties zijn bij het voorspel en deze plotseling wegvallen op het moment dat men wil coïteren, en/of als de erectieproblemen vrij plotseling zijn begonnen terwijl men

niet werd geopereerd of medicijnen is gaan gebruiken, is de oorzaak van de impotentie waarschijnlijk vooral psychisch. Aan lichamelijke oorzaken van impotentie moet men vooral denken als de erectie tijdens de gemeenschap minder dan 100 procent is, de ochtenderecties of spontane erecties minder dan 100 procent zijn, men nooit (meer) een volledige erectie heeft, de erectie wegvalt als men zich meer inspannt (bijvoorbeeld tijdens de coïtus), en/of de penis veel minder gevoelig is geworden. We zijn ons er tegenwoordig steeds meer van bewust dat het erectiemechanisme gevoelig is voor stoorzenders, zoals ziekten en psychotrope stoffen.⁸

Wanneer er een ziekte wordt aangetroffen, is het geenszins gezegd dat die ziekte per se verantwoordelijk moet worden gesteld voor de impotentie. Vaak is er sprake van een ingewikkeld samenspel van lichamelijke en psychische of relationele factoren. De mededeling dat de potentieproblemen *geen* lichamelijke oorzaak hebben maar dat de psyche er iets mee te maken heeft, is bovendien lang niet altijd geruststellend. Menige man heeft liever een duidelijke ziekte dan dat hij over zijn gevoelens in verband met zijn potentie moet nadenken, en menig huisarts wordt om die reden onder druk gezet de impotentie te behandelen als ware het een puur lichamelijke kwaal. Desalniettemin worden cognitieve processen tegenwoordig gezien als een belangrijke oorzaak en handhaver van erectieproblemen.⁶

Maatschappelijk worden veel mannen in een keurslijf geperst van *presteren*, niet falen. Dat raakt ook hun seksualiteit en seksuele habitus. Dat begint al jong. Wie het verst plast, heeft gewonnen. Wie het meeste sperma maakt, heeft gewonnen. Wie meisjes kan versieren, heeft het gemaakt. Homo's zijn mietjes. De eigen lichamelijke rijping is van groot belang voor jongens. Het is bijvoorbeeld bekend dat jongens ernstig lijden onder een te late (lichamelijke) puberteit. Zij lijken gehandicapt op veel fronten: geen spiermassa (waardoor ze tijdens sporten veel minder presteren dan leeftijdgenoten en vaak op de hak worden genomen), een hoge stem, geen beharing, een kleine penis. De gevol-

gen van een late rijping blijken in het sociale leven van jongens diep in te grijpen, zowel tijdens de adolescentie als ver daarna, tot voorbij het dertigste jaar. Het negatieve lichaamsbeeld verdwijnt niet zomaar als de puberteit alsnog inzet.⁹

De informatie die veel jongens en mannen krijgen over seks relativeert de prestatiedruk niet. In de 'officiële' voorlichting en van hun vriendin of vrouw horen ze iets over intimiteit, maar uit sterke verhalen van jongens en mannen-onder-elkaar, via 06-nummers, (soft-)pornofilms, de seksshop, pornoblaadjes en de erotische afdeling van de videotheek krijgen ze wel iets anders mee: het gaat erom dat-ie hard wordt, heel hard, dat er geneukt wordt en dat er orgasmes zijn.

Een onzekere man laat zich op het onzekere gebied van de seksualiteit gemakkelijk door die 'informatie' leiden en zal in zijn eigen ogen snel falen. De angst voor een eventueel falen in bed zal maken dat hij verschrikkelijk zijn best gaat doen om een erectie te krijgen en te houden. Hij concentreert zich op de gedachte dat 'het' moet gebeuren, dat 'het' goed moet gaan, dat 'hij' het zal doen. Dat brengt hem al snel in de zogenaamde *toeschouwersrol*: hij probeert zijn erectie bij zichzelf af te dwingen. De seksuele respons van de erectie verloopt echter via het autonome zenuwstelsel. Men kan derhalve wel bewust seksuele prikkels opzoeken om seksueel opgewonden te worden, maar geen erectie afdwingen door er een te 'willen'. Doordat dwanggedachten over de erectie de man steeds meer in beslag nemen, heeft hij steeds minder aandacht voor echt erotische prikkels en reageert hij daar dus ook steeds minder op. Dat bezorgt hem een vervreemd gevoel van zichzelf, waardoor hij steeds meer ligt te doen en steeds minder ligt te beleven. Seksueel gebeurt er dan steeds minder.

Partners worden nogal eens meegetrokken in dit geheel. Zij moeten óf ieder initiatief nalaten, omdat het hun man misschien uit zijn concentratie brengt, óf zij moeten hem juist extra opwinden door lingerie, verhaaltjes of standjes, omdat het anders niet lukt. De vrijpartij wordt er niet bevredigender van. Er is geen sprake van

seksuele opwinding, en de erectie laat het afweten.

De informatie uit pornoblaadjes, 06-nummers en dergelijke speelt in op mythen over (mannelijke) seksualiteit – mythen die een hardnekkig bestaan leiden in de gedachten van zowel mannen als vrouwen. Centrale gedachten over mannelijke seksualiteit zijn dat de man altijd zin heeft, vaak wil, en dat het hem vooral te doen is om gemeenschap en het orgasme.

Behandeling van impotentie

Mijnheer C is nog geen 40 maar hartpatiënt. Na zijn laatste infarct krijgt hij medicijnen. 'Mijn seksuele leven is even ernstig aangetast als mijn hart', vertelt hij de huisarts niet zonder pathos. Deze brengt bij de cardioloog ter sprake dat mijnheer C misschien andere tabletten kan slikken in plaats van die bèta-blokkers die impotentie veroorzaken, maar de cardioloog stelt: 'Deze tabletten en geen andere'. Mijnheer C en zijn vrouw zullen zich erbij neer moeten leggen dat hij niet meer kan wat hij vroeger kon.

Na een half jaar komen de gesprekken met het echtpaar C op gang. De huisarts vervult een brugfunctie. Hij heeft papaverine-injecties voorgesteld, wat op reserves stuit bij mevrouw. Zij grijpt deze nieuwe situatie aan om te vertellen dat ze het vrijen vroeger helemaal niet zo prettig heeft gevonden. Ze vindt het tegenwoordig veel fijner. Haar man heeft nu veel meer aandacht voor haar, en daar koestert ze zich in. Soms vindt ze het jammer dat de gemeenschap niet meer kan met die halve erectie van hem, maar vaker vindt ze het totaal geen punt.

Mijnheer C weet niet wat hij hoort. Hij heeft altijd gedacht dat zijn vrouw op dezelfde manier van het vrijen genoot als hij. Hij vindt het vreselijk om de gemeenschap te missen en had aangenomen dat het zijn vrouw net zo verging.

Langzaam leren mijnheer en mevrouw om uit te wisselen wat ze dan wel fijn vinden en leren ze anders te vrijen dan voorheen. De heer C stelt aan het einde van een serie gesprekken: 'Straks noem ik het een geluk bij een ongeluk dat dit ge-

beurd is, maar daar ben ik nu nog niet aan toe'.

Bij dit echtpaar hielp het om over seksualiteit te praten, over hun seksuele verlangens, de gevoelens, het onvermogen, de angsten, zelfs over de sterfelijkheid, en de berusting in de nieuwe situatie. Met mannen hierover praten is soms hogeschoolwerk. De weerstanden kunnen erg groot zijn. Het praten (exploreren en uitwisselen van gevoelens) over seksualiteit kan soms worden aangevuld met expliciete suggesties om de faalangst en prestatiedruk tegen te gaan. Afhankelijk van de taakopvatting en opleiding van de huisarts kan deze ook suggesties geven over andere manieren van vrijen of mensen verwijzen naar een seksuoloog voor sekstherapie, relatie-therapie of hypnotherapie.

De suggesties die de huisarts geeft over het vrijen, moeten overigens altijd passen binnen het repertoire van mensen. Dat betekent bijvoorbeeld dat men een echtpaar nooit moet adviseren voortaan bloot te gaan strelen met het licht aan als ze tot dan toe de gewoonte hadden om diep onder de dekens gemeenschap te hebben waarbij elk voorspel werd overgeslagen. Dan kun je nog zo denken dat het een heleboel zou toevoegen aan het vrijen: *niet* bij dit stel. Het past niet bij hun repertoire.

Naast gesprekstherapie zijn met name in de populaire pers verhalen over de behandeling van impotentie met papaverine-injecties en het plaatsen van erectieprothesen populair. In de medische praktijk bestaan twee indicaties voor deze methoden: een organische oorzaak voor de impotentie, en het vergroten van het zelfvertrouwen, doordat de man weer een erectie ervaart.

Niet alleen mannen met organisch veroorzaakte impotentie vragen om een injectie of een prothese, ook mannen met psychogene impotentie willen weer een stijve krijgen, doordat 'er iets aan gedaan wordt'. Sommige mannen met een psychogene impotentie zijn zeer rigide. Hun ideeën over mannelijkheid zijn vast verbonden met hun ideeën over hoe het hoort in bed, en die laten ze zich niet afnemen.

Hun rigiditeit maakt hen kansloos in psychotherapie. Voor hen zijn papaverine-injecties ook bij psychogene impotentie geïndiceerd. Andere mannen zijn te ongeduldig voor een psychotherapeutische benadering, of ze zijn bang voor gesprekken over 'tussen de oren'. Ongeduldig of bang genoeg in ieder geval om pillen of injecties te willen of zelfs te eisen. En om naar een andere (alternatieve) dokter te gaan als het niet opschiet.

De therapietrouw blijkt overigens zeer te wensen over te laten bij mannen die papaverine gebruiken.¹⁰ Ook mannen die eerst enthousiast waren, zijn vaak geen blijvende gebruikers. Het is voorstelbaar dat juist mannen met psychogene erectieproblemen ambivalent staan tegenover het injecteren van de eigen penis en dit ook heel beangstigend vinden.

Vrouwen en libidoproblemen – presentatie

Het seksuele verlangen bestaat uit fantasieën over seksuele activiteiten en het verlangen om deze activiteiten uit te voeren. Verlangen is een subjectieve ervaring. Men weet nog niet goed op welke manier seksueel verlangen precies wordt opgebouwd. Men gaat ervan uit dat het een resultaat is van cognitieve processen, neurofysiologische mechanismen en de momentane stemming.²

Sommige vrouwen hebben nooit in hun leven veel of enige zin om te vrijen. Niet met deze partner, niet met een andere. Zij kennen een primair hypoactief seksueel verlangen. Andere vrouwen hebben ooit wel (veel) zin gehad, maar nu niet meer. Hun stoornis heet secundair hypoactief verlangen. Daarnaast bestaat nog het situatieve hypoactieve verlangen: geen zin om te vrijen met de ene partner, wel met een andere. Hieronder zullen we verder spreken over 'geen zin hebben' of over libidostoomissen.

'Geen zin' is een typische vrouwenklacht. Ongeveer een op de vijf vrouwen 'lijdt' eraan.¹⁵ Maar waar hebben we het over? Waarin heeft een vrouw met libidostoomissen geen zin? In vrijen. Maar hoe ziet dat vrijen eruit? Onder welke omstan-

digheden verwacht zij van zichzelf of wordt van haar verwacht dat ze (met zin) vrijt? Uitstekende anamnesevragen! Veel vrouwen weten overigens zelf niet (goed) wat ze willen in hun seksuele leven. Toen wij ernaar vroegen, antwoordde maar liefst 38 procent van de vrouwen dat zij geen voorstellingen hadden van de seks toen zij een (heteroseksuele) relatie aangingen. Dat percentage was wat lager bij de jongste groep vrouwen uit het onderzoek, maar bleef substantieel.

'Dokter, ik heb nooit meer zin om te vrijen'. Op die manier brengen veel vrouwen hun seksuele probleem direct onder woorden. Vaak gaan ze verder: 'Dat is geen doen voor mijn man. Want die is gezond, die wil natuurlijk af en toe'. Met andere woorden: de lijdensdruk ontstaat nogal eens door haar partner die 'gezond' is en vaker wil vrijen. De vrouw presenteert in dat geval niet zozeer een lijden van haarzelf, als wel een lijden dat veroorzaakt wordt door het lijden van haar partner. Andere vrouwen brengen naar voren het niet 'normaal' te vinden dat ze geen zin hebben om te vrijen. Zij lijden meer onder (het niet voldoen aan) de norm dan aan het weinig of niet vrijen.

Oorzaken van libidoproblemen

Net als bij mannen kunnen geneesmiddelen en andere psychotrope stoffen en ziekten de libido beïnvloeden.⁸ Bij vrouwen verdienen libidoproblemen die samenhangen met haar vruchtbaarheid aparte aandacht.

Er is vaak gezocht naar het verband tussen de menstruele cyclus en de seksuele activiteit. Enkele onderzoekers stellen dat vrouwen (gemiddeld) periovulatoir seksueel actiever zouden zijn, anderen stellen dat de onderzoeken tot nu toe tegenstrijdige gegevens hebben opgeleverd. De huisarts die bij zijn patiënten informeert naar de zin in vrijen tijdens de menstruele cyclus, zal dat laatste bevestigd zien. Van de ene vrouw krijg je te horen dat ze juist rond de menstruatie de meeste zin heeft, van een andere vrouw dat dit midden in de cyclus valt, terwijl de volgende vrouw

geen verschil bespeurt. Sommige vrouwen hebben meer zin in vrijen als ze bezig zijn zwanger te worden. Vaak geeft dit achteraf strubbelingen in de relatie. De man voelt zich 'gebruikt': voor een kind wilde je me wel, om mezelf wil je me nu niet.

In de periode van de zwangerschap hebben sommige vrouwen meer zin om te vrijen, andere vrouwen juist niet. Meer zin hebben in vrijen gedurende de eerste helft van de zwangerschap wordt vaak verklaard door de hormoonwisseling en de grotere doorbloeding van het kleine bekken, waardoor de vrouw zich de hele dag bewust is van dat gebied. Andere vrouwen willen absoluut niets aan hun lijf hebben gedurende de zwangerschap. Het groeiende kind is hen genoeg, dat neemt hen – letterlijk – al in beslag, of ze voelen zich ziek of onwel en weren daarom het lichamelijke af.

Soms is een partus zo traumatisch geweest dat de vrouw een poos daarna geen seks meer wil. Die poos kan overigens jaren duren. Aanrakingen aan de genitaliën zijn soms nog lang na de partus pijnlijk, en het 'uiterlijk' van de geslachtsorganen verandert soms drastisch, waar sommige vrouwen maar niet aan kunnen wennen. Aanrakingen worden soms ook regelrecht geassocieerd met de pijn, het inknippen, het inscheuren, de paniek en het moeizame genezingsproces. Dat de zin in seks hierdoor niet bevorderd wordt, is voorstelbaar.

Ook de huidige vruchtbaarheidstechnologie kan libidoproblemen veroorzaken. Het begint al met de verplichte coïtus als de thermometer aangeeft dat de ovulatoire periode is aangebroken, en die verplichte coïtus en allerlei invasieve onderzoeken en ingrepen worden soms nog lang gecontinueerd. De gewenste zwangerschap kost sommige paren hun seksuele leven.

Moeders van jonge kinderen ervaren ook nogal eens problemen met hun libido. Ze zijn vaak te moe om aan seks toe te komen. Weinig slaap, een ander ritme, nieuwe verantwoordelijkheden, vaak een overgang van een volle baan naar een parttime baan of helemaal geen baan, de daarbij behorende financiële afhankelijkheid: stuk voor stuk factoren in een vrouwenle-

ven die energie kosten, wat weer ten koste kan gaan van de libido.

Het gevoel maatschappelijk minder voor te stellen en niet meer mee te tellen als vrouw, typische overgangsklachten zoals opvliegers en vaginale droogheid, en sleur in de relatie worden nogal eens genoemd als oorzaken van een verminderd libido in en na de periode van de overgang.

Libidoproblemen kunnen directe en verwijderde psychische oorzaken hebben. Dit onderscheid is belangrijk voor de therapie.

Directe oorzaken interfereren met het vrijen zelf. Net als mannen kunnen vrouwen last hebben van faalangst en prestatiedruk. Ziekten en allerlei zaken rond de vruchtbaarheid kunnen interfereren, maar het komt ook voor dat vrouwen het gevoel hebben niet helemaal normaal te zijn in hun seksuele beleving of wensen, of dat ze bang zijn het niet goed te doen. Ook gebeurt er nogal eens niet wat vrouwen zelf fijn vinden in bed.

Illustratief zijn de verwachtingen die vrouwen koesteren ten aanzien van hun seksuele leven. Veel vrouwen maken zich geen enkele voorstelling van de seksuele kant van hun relatie wanneer ze gaan trouwen of samenwonen, bleek uit ons onderzoek.³ Oudere vrouwen nog minder dan jongere, maar nog altijd een derde van de vrouwen beneden de 35 blijkt geen enkele voorstelling te hebben van dat gedeelte van haar leven. Zo belangrijk is seks dus niet voor veel vrouwen. Verder heeft 5 procent van de vrouwen negatieve verwachtingen, meestal ingegeven door nare seksuele ervaringen zoals verkrachting(en) en incest. De rest – 57 procent – stelt dat wat hunzelf betreft intimiteit, tederheid en verliefdheid de belangrijkste ingrediënten zijn voor een goede seksuele relatie. Meer dan de helft van de vrouwen bleek veranderingen te wensen op seksueel gebied: op een andere manier vrijen, meer aandacht, meer tederheid, of meer strelen.

We spreken over verwijderde oorzaken als de libidostoornissen uitdrukking zijn van een ander belangrijk probleem, zoals seksueel misbruik (in het heden of verleden) of een langdurig ontworpen relatie.

Seksueel misbruik in de jeugd veroorzaakt bijvoorbeeld nogal eens seksuele aversie of ernstige libidostoornissen. Mannen, de mannelijke geslachtsorganen, het gevoel en de geur van sperma, en ook de gedachten aan 'seks' worden direct geassocieerd met gevoelens van walging, angst, bedreiging, waardoor seksueel plezier niet (meer) mogelijk is. Bij een ontwrichte relatie kan het bedreigend zijn je 'over te geven' aan de ander. 'Seks'-therapie werkt in dit soort gevallen bijna nooit.

Behandeling van libidoproblemen

Behandeling bij directe psychische oorzaken betekent het wegnemen van de stoorzenders, bijvoorbeeld door te bespreken wat de vrouw in kwestie zelf belangrijk vindt tijdens het vrijen, en samen met het paar te kijken hoe daaraan voldaan kan worden (ook al vindt de partner het 'geen seks' of 'niet interessant'), door streeloevingen aan te raden om het prestatie-vrijen af te leren (zoals Masters & Johnson) en door voorlichting te geven.

De behandeling van libidostoornissen door verwijderde oorzaken is ingewikkelder. De huisarts die verwijderde oorzaken van het seksuele probleem kent of vermoedt, zal dan ook praktisch altijd moeten verwijzen naar een psychotherapeut/seksuoloog.

Beschouwing

Veel vrouwen verlangen in hun seksuele leven naar intimiteit, tederheid en verliefdheid. Daartoe moet je zelf in staat zijn, maar je bent ook afhankelijk van je partner. Wil die dat ook en kan die dat? Teleurstellingen leiden tot libidoverlies. Behandeling richt zich op het scheppen van voorwaarden voor het wel (weer) beleven van die intimiteit en verliefdheid. Het helpt beslist wanneer de vrouw in kwestie ook ontdekt dat ze van seks 'om de seks' kan genieten.

Veel mannen willen genieten, experimenteren en frequent seksueel contact. Daartoe heb je een lichaam nodig dat presteert. Zo niet, dan kan er niet genoten en geëxperimenteerd worden en ben je impotent. Fixatie op het presteren zorgt ervoor dat de impotentie blijft bestaan. Het helpt deze mannen beslist als zij leren om ook te genieten van intimiteit en lichamelijk contact 'zonder dat er wat moet gebeuren'. Menig man merkt soms na veel moeite maar tot zijn verrassing dat de prestaties dan wel weer komen.

Literatuur

- 1 Drenth JJ. Seksuele problemen en stoornissen bij mannen. In: Slob AK, Vink CW, Moors JPC, Everaerd W, red. Seksuologie voor de arts. Houten/Zaventem: Bohn Staf-

leu Van Loghum, 1995.

- 2 Everaerd WThAM, Cohen-Kettenis PT, Dekker J. Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen. In: Vandereycken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMG. Handboek psychopathologie, deel I. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.
- 3 Heffels A, Bezemer W. Liever de lusten. Baarn: Anthos, 1993.
- 4 Heffels A, Bezemer W. Min of meer macho. Baarn: Anthos, 1994.
- 5 Vennix P. Seks en sekse. Delft: Eburon, 1989.
- 6 Janssen E. Provokend penile responses [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1995.
- 7 Hengeveld MW. Willen maar niet kunnen. Ede/Antwerpen: Zomer & Keuning, 1989.
- 8 Van de Wiel HBM, Weymar Schultz WCM. Houvast. Over seksualiteit, ziekte en handicap. Meppel, Amsterdam: Boom, 1993.
- 9 Bezemer W. Seksualiteit, seksuele zorgen en seksuele problemen van jongeren. In: Deen N, Fiddelaars-Jaspers R, Krüger M. Handboek leerlingbegeleiding. Alphen a/d Rijn: Samsom Tjeenk Willink, 1994.
- 10 Drenth JJ. Somatisch-medische behandelingen voor seksuele problemen. In: Slob AK, Vink CW, Moors JPC, Everaerd W, red. Seksuologie voor de arts. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.