

- Cuyvers, E. (2007). *Spiritualiteit vanuit psychiatrisch verpleegkundig perspectief. Een plek voor zingeving en spiritualiteit. Actuele ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg*, (pp. 5-6).
  - Dijn, h. d. (2001). *De spiritualiteit van de hulpverlener*. Hospitalia, pp. 22-25.
  - Frankl, V. (1946). *Mans's Search for Meaning*. Engeland: Beacon Press.
  - Krikilion, w. (201). *Geestelijke gezondheidszorg in het licht van zingeving en spiritualiteit*. antwerpen - apeldoorn: garant.
  - Lambregts, J., & Grotendorst, A. (2012). *Leren van de toekomst*. houten: Bohn Stafleu van Loghum.
  - Praag, H. v. (2010). zinverlies; een verwaarloosd onderwerp in de psychiatrie. *tijdschrift voor psychiatrie*, 705-714.
  - Vandenbergh, J. (2007). *Psychiatrie tussen zingeving en zinverlies.*, (p. 9).
- 

## Seks in het Alzheimer-café

Téo Visser, SPV / Systeemtherapeut  
De Oranjehof - Wezep

---

*In de afgelopen jaren ben ik, samen met mijn collega Carey Woortman, in diverse Alzheimer-Cafés in het land geweest, om met de deelnemers na te denken over de invloed van een chronische ziekte op de intimiteit en seksualiteit in de partner-relatie. Het waren bijzondere avonden, omdat ik als jonge vijftiger zo mijn vooroordelen had over seks en intimiteit op latere leeftijd. Wanneer een ziekte als derde partij in de relatie komt, kan de intimiteit, het seksueel verlangen en de bevrediging daarvan tot het laatst toe stand houden. Seksualiteit bevordert het welbevinden.*

Dit verslag beschrijft wat er tijdens deze avonden is besproken, en wordt aangevuld met enkele systeemtheoretische uitgangspunten.

### Openheid

Seksualiteit en seksuele energie is van alle mensen, van jong en oud, mannen en vrouwen en in het bijzonder van partners en echtgenoten. Seksualiteit geeft een krachtige verdieping en verbinding in de relatie. Seksualiteit is communicatie op een lichamelijke manier. Het is belangrijk dat je in het leven vrij leert te zijn in het seksueel verlangen en in het verbinden met de ander. De intimiteit neemt toe wanneer je de ander deelgenoot maakt van jouw seksuele gevoelens, gedachten en verlangens. Wanneer dit goed verloopt tussen mensen, wordt hierdoor de levenskracht versterkt. Ter voorbereiding op de thema-avonden in het Alzheimer-Café heb ik samen met mijn collega diverse straatinterviews gehouden, om de gewone oudere man en vrouw op straat naar hun bevindingen te vragen over intimiteit en seksualiteit op latere leeftijd. Veel ouderen, 70 en 80 +, vertelden openlijk over hun liefdes- en seksleven. Het was opvallend hoe open de mensen waren, wanneer ik belangstellend en zonder oordeel open stond voor hun verhaal. De meeste mensen gaven aan dat seksualiteit een normaal en belangrijk onderdeel van de partnerrelatie is. De meesten konden met veel genoegen terug kijken op verschillende ervaringen die ze in de liefde opgedaan hadden. De moeilijkheden die er waren geweest, konden ook worden besproken. De meesten gaven aan dat intimiteit, seksualiteit en het verlangen hierna, niet weggaan wanneer je ouder wordt, maar dat het wel verandert. Het gaat bij het ouder worden meer om intieme verbondenheid en minder om seksuele activiteit. In een onderzoek over seks bij ouderen, las ik dat oudere mensen in de Scandinavische landen - waar de maatschappelijk opvatting over seks van ouderen positiever is - opener spreken over seks op latere leeftijd en dat de ouderen daarom ook meer vorm geven aan hun seksualiteit. In Nederland hangt er een soort taboe over seks bij ouderen.

Iemand wordt al gauw als een "vieze man" gezien en er ontstaat negatieve beeldvorming, waardoor de ouderen mogelijk ook minder seksueel actief zijn. In die zin is het wel goed dat er opener en op een mooie, positievere manier gesproken wordt over seksualiteit als levenskracht en levensenergie in de ouderenzorg.

### **Achter de geraniums stil zitten?**

Het idee dat ouderen stil zitten en achter de geraniums zitten te wachten op wat er komen gaat, klopt gelukkig niet. Gebrek aan bewustwording en openheid lijken wel een rol te spelen als het gaat om seksuele activiteit. Sommige ouderen gaven aan dat het onderwerp seksualiteit weinig tot geen aandacht krijgt in de hulpverlening. Sommigen melden zelfs een negatieve houding vanuit de hulpverleners wanneer het gaat om de seksuele activiteit van ouderen. Gebrek aan ervaring, gebrek aan openheid en inzicht van de hulpverleners, spelen hierin mogelijk een rol. Liefde en seksualiteit zijn niet alleen cognitieve activiteiten, maar worden met name door zintuigelijke waarnemingen beleefd en ervaren. Het ervaren van deze lichamelijke prikkelingen wordt in een ander deel van de hersenen (limbische systeem) beleefd, dan in het cognitieve (cortex) deel. Daarom blijft dit langer in functie en kunnen hulpverleners dat veel langer bespreken binnen de zorg. Denk hierbij aan aanraken en het bevorderen van lichamelijk contact als vorm van troost. De angst voor een negatieve vorm van seksualisering in de hulpverlening, maakt dat we het kind met het badwater weggooien.

Tijdens de straatinterviews kwam naar voren dat het seksueel verlangen op latere leeftijd blijft bestaan. De frequentie van het seksueel contact wordt wel minder. Eén van de redenen die genoemd worden voor het minder frequent hebben van seksueel contact, was de invloed van ziekte en het fysiek functioneren in het algemeen wanneer iemand ouder wordt. Je moet meer tijd nemen om tot seksuele opwindning te komen. De ouderen die er meer tijd voor vrij maakten, spraken van een grote tevredenheid over de seksuele beleving.

Veel alleenstaande ouderen daten via internet, om zo weer in contact te komen met een nieuwe partner. Velen noemden dat ze in het derde of vierde contact met de potentiële nieuwe partner seksueel contact hadden. De ervaringen met de eerdere partner, die veelal overleden was, werd weer even aangehaald en dat werd door beide partners niet als storend of als jaloezie ervaren. Ouderen lijken in die zin veel evenwichtiger te zijn dan jongeren, als het gaat over spreken over eerdere seksuele ervaringen.

Seksualiteit en seksuele energie is een levenskracht, ook als je ziek bent. Het vermindert het gevoel van alleen-zijn en je eenzaam of onveilig voelen. Een fysieke aanraking en een liefdevol woord stimuleert in de neurobiologie de empathie, het gelukshormoon oxytocine wordt er door aangemaakt en het heeft hierdoor een positief effect op het welbevinden. Deze levenskracht versterkt het zelf-herstellende vermogen in mensen en het is daarom goed om zo lang mogelijk vorm te geven aan de stroom van seksuele energie. Zeker wanneer cognitieve functies minder worden of uitvallen, blijven het lichamelijke contact en fysiek functioneren bestaan als een krachtbron van liefde.

Hulpverleners zeggen dat ze uitgaan van competenties en mogelijkheden, maar wanneer het om seksualiteit gaat, zijn verschillende hulpverleners niet vrij om hierover te spreken. Hun eigen angst en overtuigingen belemmeren het seksueel functioneren van de patiënten en hun partner te bespreken. Laat staan dat ze bijvoorbeeld middels diverse contact- oefeningen de seksuele energie en empathie bevorderen.

## **Liefde en trouw**

Tijdens de Alzheimer-Café avonden, waarbij patiënten en hun familie aanwezig zijn, werd het onderwerp liefde en trouw besproken. Veel mensen gaven aan wel trouw te zijn, maar niet meer in een liefdevolle relatie met de ander te kunnen zijn wanneer ziekte toeslaat. Ziekte als "derde partij" in de relatie, kan er voor zorgen dat men de ander als partner en minnaar verliest. Op alle avonden werd door de deelnemers gemeld dat ze het als gemis ervaren dat hulpverleners hier niet over spreken.

In welke context wordt je als partner gezien? Die van man versus vrouw of die van patiënt versus hulpverlener/mantelzorg? De meesten noemden dat ze veel in de zorgcontext actief waren.

De vraag of je partner het verschil nog zou kunnen ervaren of er gekust wordt door een mantelzorg of door de partner, werd door de partners bevestigend beantwoord. De deelnemers konden het zien aan de non-verbale communicatie van de ander. De meeste deelnemers gaven aan de ander meer vanuit de minnaars-context te willen ontmoeten dan vanuit de mantelzorg- of hulpverleningscontext, maar door de ziekte waren ze dit kwijtgeraakt. Het is van belang dat de mensen in de oorspronkelijke contexten worden aangesproken. Diverse ouderen 80+ gaven aan nog steeds seksueel actief te zijn met hun partner die dementie heeft, omdat ze de partner goed kennen en kunnen zien dat hij/zij het prettig vindt, ook al zijn de cognitieve functies fors aangetast.

Verskillende mensen gaven aan dat het hun niet meer lukte om zich als partner en minnaar te geven aan de ander. Ze hadden een nieuwe partner gevonden naast de partner met dementie. Deze nieuwe partner kwam ook op bezoek bij de patiënt (de partner met dementie) en werd in de familie geaccepteerd en opgenomen als de nieuwe partner. Er werd veel steun betuigd door de andere deelnemers aan deze oplossing, omdat ze de last voor de partner zonder dementie erg zwaar vonden.

## **Hulpmiddelen**

Ouderen masturberen meer dan jongeren. Een oudere groep mannen (80 +) protesteerde erg tegen het bespreken van dit onderwerp n.a.v. de stelling "wanneer een chronische ziekte in de relatie komt neemt de soloseks toe". De opwinding nam toe en in het Alzheimer-Café gingen mensen met elkaar in gesprek over dit onderwerp. Er bestond bij sommigen een verbod op zelfbevrediging vanuit het geloof. Meneer pastoor had zich daar vroeger negatief over uitgelaten. Op de vraag of ze daar, toen ze jong waren, aan gehoorzaamden, zeiden de meeste mannen dat ze masturbeerden, want dat hoorde bij een gezonde seksuele ontwikkeling. Op de vraag of ze nu nog steeds masturbeerden op oudere leeftijd, nu hun partner ziek was, erkenden de meeste mannen dit te doen als gezonde ontlading van seksuele spanning.

Enkele vrouwen gaven aan dat ze met behulp van hulpmiddelen (vibrator) zichzelf bevredigden, omdat hun partner met dementie daar niet meer toe in staat was. Hierover ontstond een open gesprek en verschillende ervaringen werden met elkaar uitgewisseld. Voor diverse vrouwen was het openlijk spreken over seksualiteit, op een mooie schone en natuurlijke manier, een openbaring. Er was veel schroom vanuit opvoeding, geloof en gebrek aan ervaring. Velen vroegen om een terugkom-bijeenkomst, waarmee het onderwerp toch actueel lijkt te zijn.

Zo sprak een van de deelnemende mannen die zijn seksuele verlangens kwijt wilde bij een prostituee, geen erectie te kunnen krijgen, omdat hij in zijn hoofd te veel verbonden was bij zijn partner. Liefde is meer dan het bevredigen van seksuele lust. Een andere man die opgenomen was en steeds intiem aan de verzorgsters/hulpverleners zat, zou gesepareerd worden of medicatie krijgen tegen zijn seksuele drang.

Toen hij als competent werd gezien werd - en zijn gedrag als communicatie die iets zei over zijn seksueel verlangen - kon dit met hem besproken worden en samen met hem gekeken worden hoe hij daarin tegemoet kon worden getreden.

## **Conclusies**

In deze bijdrage heb ik enkele schetsen gegeven van de opvattingen rondom seksualiteit zoals deze tijdens de Alzheimer-Café avonden naar voren kwamen. Ik heb hier en daar eigen bevindingen en opvattingen vanuit mijn ervaringen als systeemtherapeut toegevoegd

- De Alzheimer cafés zijn een goed initiatief om in gesprek te zijn met cliënten, hun netwerk en de hulpverleners. Bied je als hulpverlener aan om je expertise met hun te delen.
- Intimiteit en seksualiteit zijn krachtige liefdesbronnen, die je altijd aan kan spreken, zolang je leeft, ook bij het ouder worden. Bied veel fysieke contact oefeningen aan.
- Dementie of een ander ziekte belemmert niet de zintuigelijke waarneming en verbondenheid door warmte, liefde en seksualiteit. Daarom is het goed om seksuele activiteit zo lang mogelijk te stimuleren in de hulpverlening.
- Hulpverleners zijn vaak bang of hebben negatieve opvattingen over seksualiteit, waardoor ze de intimiteit en seksuele energie tussen patiënt en hun partner niet bevorderen, maar eerder verminderen. Bespreek seksualiteit en je eigen belemmeringen in intervisie bijeenkomsten.
- Door het negatief seksualiseren van fysiek contact in de hulpverlening gooien we het kind met het badwater weg en dat zou jammer zijn.

---

---

## **Borderline de baas**

Aanpak en behandelvisie van twee psychologen Basis GGZ

Josefine Calma  
Indigo

---

### **Inleiding**

*Een persoonlijkheidsstoornis als borderline heeft grote impact op de patiënt én het leven van naasten. Verlatingsangst, stemmingswisselingen en identiteitsvervreemding. Gedragssuitingen waar maar moeilijk mee te leven is. Twee psychologen uit de Basis GGZ van Indigo vertellen over hun aanpak. 'Het doel is dat de cliënt zelf weer controle krijgt over zijn of haar leven. Zelf de regie terugpakken, daar draait het om.'*

'Ik heb moeite met mezelf en mijn relatie. Tussen mijn vriend en mij gaat het constant aan en uit. Ik ben bang dat mijn vriend bij mij weg wil. Dat maakt mij enorm onzeker, en daardoor ben ik heel onredelijk tegen hem. Ik ben zijn liefde vast niet waard.'  
Typische uitspraken van een cliënt met borderline problematiek (symptomen).

Gerlach Zeegers Janssen is GZ-psycholoog bij Indigo. In zijn werk krijgt hij veel te maken met cliënten met kenmerken van borderline. Over de aanpak van borderlineproblematiek zegt hij allereerst op zoek te gaan naar de vraag waarom de cliënt juist nú door deze problemen wordt overmeesterd. 'Als mensen bij ons komen met symptomen van borderline, gaan we daar op in. Want waarom heeft deze persoon in de voorliggende jaren wel zelf alles in het leven kunnen bolwerken. Wat is de reden dat hij nu hulp zoekt?'