

SEKSTHERAPIE MET SENIOREN

A.J.F. Neeleman¹

Er is zo weinig aandacht voor het onderwerp sekstherapie met senioren, dat de vraag rijst of sekstherapie met deze doelgroep wellicht dermate weinig specifiek is dat het geen speciale aandacht verdient. Hulpverleners blijken soms echter grote problemen te hebben met het beginnen en voeren van een gesprek met ouderen over seksualiteit. Enkele achtergronden van deze problematiek zoals weerstanden en tegenoverdrachten worden beschreven. Uit wetenschappelijke gegevens blijkt de seksuele respons van ouderen wel wat te vertragen, maar vaak niet te verdwijnen. De problemen die daarbij kunnen ontstaan worden besproken, evenals aspecten van de behandeling. Geconcludeerd wordt dat meer aandacht voor sekstherapie met ouderen gerechtvaardigd is, omdat seks voor veel ouderen belangrijk is en therapeuten niet altijd goed zijn ingesteld op deze doelgroep.

Sekstherapie met ouderen weinig specifiek?

Er zijn zeer weinig artikelen over sekstherapie met ouderen. Dat is opvallend, want de geestelijke gezondheid van ouderen mag zich verheugen in een toenemende populariteit bij wetenschappers, behandelaars en beleidsmakers. Over psychotherapie met ouderen is er bijvoorbeeld de laatste jaren een toenemende stroom publicaties vanuit de belangrijke referentiekaders: systeemtherapie (Hargrave & Hanna, 1997; Engel, 1997), cliëntgerichte psychotherapie (Römer, 2000), groepspsychotherapie (van Eekeren, 1993; Linschoten, 1995), cognitieve gedragstherapie (Zarit & Knight, 1998; Weijnen, 1998), en psychoanalytische therapie (Jacobs & Engel, 2000). Ook over ouderen en seksualiteit in brede zin wordt wel gepubliceerd, in ons taalgebied recent bijvoorbeeld door Straver, Cohen-Kettenis en Slob (1998), Moors (1999) en De Cock (2000). Waarom verschijnt er dan zo weinig over sekstherapie met ouderen? Zou sekstherapie met ouderen wellicht niet of nauwelijks voorkomen? Uit de laatst bekende cijfers van het Landelijk Overleg Poliklinieken Seksuologie is 11% van de nieuwe cliëntèle ouder dan 60 jaar (Vroege, 1999). Dat is weliswaar minder dan je op grond van demografische verhoudingen mag verwachten, maar toch een substantiële groep. De cijfers van mijn seksuologisch hulpverleningsteam bij de Rutgers Stichting vestiging Groningen laten vergelijkbare percentages zien. Is sekstherapie met ouderen dan zo weinig specifiek dat het helemaal geen speciale aandacht vergt? Om deze vraag te beantwoorden zal ik

in dit artikel aandacht besteden aan de volgende onderwerpen:

de schroom van de hulpverlener; het belang van seksualiteit op oudere leeftijd; verouderingsverschijnselen en seksualiteit; seksuele problemen van ouderen; en tot slot sekstherapie met ouderen.

Sexy senioren maken ons verlegen

Ik zal niet licht vergeten hoe ik aan het begin van mijn loopbaan geconfronteerd werd met een ouder echtpaar dat nadrukkelijk over hun seksleven begon te praten. Hoewel ik door mijn studie psychogerontologie theoretisch op de hoogte was, voelde het toch als een soort overval. Diverse gevoelens streden om voorrang: ik was niet alleen verbaasd dat deze mensen nog met elkaar vreeën, maar daar ook nog eens over wilden praten en dan met zo'n jong broekie. Ik was bang dat ik met mijn beperkte levens- en professionele ervaring weinig in

te brengen zou hebben en dat mijn verlegenheid met het onderwerp dat nog zou versterken. Ik vond het tegelijk ook leuk en uitdagend. Een toekomst zonder seks is voor mijzelf ook een weinig aantrekkelijk vooruitzicht.

Waarom voelde ik mij er zo door overvallen? Wie zich verdiept in het onderwerp ouderen en seksuele activiteit komt voortdurend de verlegenheid en het ongemak tegen. Hulpverleners gaan sowieso niet gemakkelijk om met intimiteit en seksualiteit in de spreekkamer. Dit is in Nederland onderzocht bij

Deze bijdrage is een bewerking van een artikel uit *Systeemtherapie* (Neeleman, 2000). Geaccepteerd voor publicatie: 19 december 2000.

¹ Albert J.F. Neeleman, psychogerontoloog. Werkzaam als psychotherapeut in eigen praktijk en als seksuoloog (i.o.) bij de Rutgers Stichting, regioburo Noord, Hereweg 4, 9724 AA Groningen.

huisartsen (Frenken, Rodenburg & van Stolk, 1988), gynaecologen (Frenken & van Stolk, 1987) en RIAGG-medewerkers (Vroege, 1991; 1997).

Ten aanzien van ouderen is deze schroom waarschijnlijk nog sterker. Een aantal factoren speelt hier in mee. Het gaat meer om (tegen)overdrachtsfenomenen dan om onwetendheid of eenvoudige misvattingen, al spelen die zeker ook (Apfel, Fox, Isberg & Levine, 1984; Hillman, 2000). Uit literatuuronderzoek naar psychotherapie met ouderen destilleerden Neeleman en Olthof (1990) een aantal factoren die psychotherapeuten nogal eens beletten om ouderen in behandeling te nemen.

* De angst van de hulpverlener voor confrontatie met de eigen ouderdom en sterfelijkheid. Voor sekstherapie speelt hierin mee dat de therapeut zich niet kan of wil voorstellen dat ouderen seksueel kunnen verkeren en dat ook doen. Men name de fysieke voorstelling kan angst en afkeer oproepen. Ouderdom en hedonisme passen volgens de culturele stereotypen niet of nauwelijks bij elkaar en de -vrijwel altijd jongere - hulpverlener moet zich eerst van dat vooroordeel bevrijden.

* De therapeut vreest mogelijk ook zich als behandelaar onmachtig te zullen voelen, omdat er zoveel onbehandelbare ziekten bij ouderen zouden voorkomen. Er kan een weerstand bestaan om de eigen betrokkenheid en kundigheid te verspillen aan personen die de dood naderen.

* De angst van de jonge

wel de mannelijke als de vrouwelijke studenten veruit het meest angstwekkend. Meer dan bijvoorbeeld de voorstelling van een bloederig auto-ongeluk!

* De gedachte dat ouderen niet over intieme onderwerpen willen praten, omdat ze uit een tijd komen dat er over dergelijke zaken niet gesproken werd. Dit gaat voorbij aan het feit dat vele ouderen wel degelijk aansluiting hebben gehouden bij de veranderende normen en waarden.

* De lage status van het werken met ouderen en het vermijden van negatieve reacties op het werken met ouderen. Het onderwerp 'seksualiteit en ouderen' zal niet direct statusverhogend werken, omdat er maatschappelijk zoveel negatieve stereotypering is over dit onderwerp.

Het belang van seks voor ouderen

Hodson en Skeen (1994) benadrukken het belang van seks voor ouderen, zowel fysiologisch als emotioneel. Er zijn aanwijzingen dat een bestendig seksleven de negatieve fysiologische effecten van veroudering beperkt. Zij noemen bijvoorbeeld onderzoek waaruit blijkt dat gemeenschap de doorbloeding van atrofische vaginaslijmvlieswanden bevordert en de mate van inkrimping van de vagina ten gevolge van de menopauze beperkt. Seksuele gemeenschap is goed voor de gewrichten en spieren van mensen met reuma-achtige aandoeningen, mogelijk door de aanmaak van corticosteroiden.

Ouderen met een actief seksleven en intieme relaties rapporteren

hulpverlener om de oudere met diens levenservaring niets te kunnen leren, te weinig te bieden te hebben. Ook hier geldt dat er een grote afstand wordt beleefd door de jongere hulpverlener ten aanzien van de oudere cliënt. Nu wordt er niet neergekeken op de oudere, maar tegen hem of haar opgekeken.

* De innerlijke conflicten van de hulpverlener met betrekking tot de relaties met de eigen (groot)ouders kunnen gemakkelijk worden opgeroepen. Een belangrijke kern van tegenoverdracht bij de thematiek van het seksuele leven van oudere cliënten ligt wellicht besloten in het incesttaboe. Uit onderzoek blijkt dat studenten de frequentie van het seksuele verkeer van hun ouders zeer onderschatten (Gijs & Migerode, 1986). Traupmann (1984) bespreekt onderzoek van Hoyt, die studenten zich diverse situaties met emotionele lading liet voorstellen en dan de mate van angst en opwinding vaststelde. De voorstelling van hun ouders die met elkaar de liefde bedreven (de zogenaamde 'primal scene') was voor zo

verhoudingsgewijs een hogere mate van levenssatisfactie. De behoefte om aangeraakt te worden, gestreeld, geknuffeld en geminnekoosd is van alle leeftijden (Starr & Weiner, 1981; Arendsen Hein, 1986). Naast de fysiek seksuele bevrediging is er ook het heerlijke gevoel van vitaliteit, het beleven van seksueel en sensueel gevoel, en de nabijheid van iemand die naar je verlangt en je lief heeft. Schnarch (1998) meent dat in de jeugd biologische driften en zintuiglijke gevoeligheid de belangrijkste determinanten van het seksleven zijn, maar dat met het ouder worden juist gedachten en gevoelens meer bepalend worden. "Most people never come close to their sexual potential and those who do generally do not accomplish this until the fifth or sixth decade of life. (...) Sexual intensity is more a function of emotional maturation than of physiological responsiveness. If sexual intimacy is thought to involve the disclosure of core levels of *self*, then *sexual* prime and *genital* prime occur at vastly different ages. *If* older people have learned

something about themselves in their days on earth, there is far more *core self* to be brought to sexual intimacy and more differentiation to permit the disclosure of it." (Schnarch, 1991).

Kaplan (1990) schrijft dat seks belangrijker wordt met het ouder worden. In de levensfase die getekend wordt door verlies en afscheid, is een bron van bevrediging die in principe niet verloren hoeft te gaan een belangrijk bestanddeel voor het emotionele en fysieke welzijn van een oudere.

De volgende casus illustreert het belang dat seksualiteit kan hebben voor het zelfbeeld, het zichzelf al dan niet als oud beleven, en voor de relatie.

Casus 1

Een echtpaar meldt zich aan bij de RIAGG ouderenzorg. De vrouw ziet er jonger uit dan de 71 jaar die de kalender aangeeft. Zij is zeer goed verzorgd en opgemaakt en doet op levendige en zo nu en dan felle wijze haar verhaal. Haar man is twee jaar ouder en de aangemelde patiënt. Hij is vriendelijk en rustig. Hij oogt wél conform zijn kalenderleeftijd en zijn uiterlijke verzorging is minder opvallend. Hij vertelt door de huisarts verwezen te zijn vanwege hyperventilatie. Hij voegt er eigener beweging aan toe dat het niet door heibel in de relatie komt, want ze kunnen heel goed met elkaar opschieten. In het gesprek blijken ze inderdaad samen lol en troost aan elkaar te kunnen beleven. Ze vullen elkaars verhaal aan of corrigeren het. De eerste hyperventilatie aanval dateert van een half jaar eerder en sindsdien

male zijsprong vinden voor een gezonde man. Vroeger werd er anders omgegaan met seksualiteit, legt ze uit. Als ze terugkijkt heeft ze toch voornamelijk een goed seksleven gemist. Meneer beaamt dat, maar kan er zich niet zo druk meer om maken. Zij hunkert er echter naar. Meneer vertelt dat hij al geruime tijd moeite heeft om een erectie te krijgen en te behouden. Bij gelegenheid "zaktie naar beneden als een oude kaars." Bij mevrouw zou de huidziekte zich in milde vorm in de vagina genesteld hebben. Ze heeft "enorme jeuk in haar doos", zoals ze dat omschrijft en moet zich inzalven. Ze schaamt zich zo dat ook voor haar de coïtus bezwaarlijk is geworden.

Seks en ouder worden

Een aantal lichamelijke veranderingen bij het ouder worden zijn evident: de huid wordt rimpeliger en minder elastisch, haren worden grijs en vallen uit, de vetverdeling en spierverdeling verandert zodat borsten, buik en billen kunnen gaan hangen. Dit gebeurt niet bij iedereen in dezelfde mate en in hetzelfde tempo.

In het navolgende zullen we een aantal specifieke veranderingen noemen die van invloed kunnen zijn op het seksuele leven. Ook in dit deelgebied van de seksuologie zijn de onderzoeken van Kinsey en zijn medewerkers (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard, 1953) en van Masters & Johnson (1968) baanbrekend gebleken. Veel van wat we weten over seksualiteit bij ouderen heeft zijn basis in hun onderzoek. Later belangrijk grootschalig onderzoek betreft het Duke longitudinale onderzoek (zie

heeft hij dagelijks last van aanvallen. De fysiotherapeut die hem behandelt met behulp van ademhalingsoefeningen, meent dat het om spanning gaat. Meneer zal dat niet tegenspreken, maar hij heeft geen idee waar hij gespannen over zou kunnen zijn. Zijn vrouw vertelt dat zij een aantal jaren eerder een levensbedreigende huidziekte met tal van complicaties heeft gehad. Dat heeft veel spanning gegeven en haar man heeft haar een jaar verzorgd en verpleegd. Hij was daardoor fors belast. Als ik vraag hoe het er nu mee is antwoordt cliënte dat ze het erg moeilijk heeft met ouder worden. Ze is vies van zichzelf als ze in de spiegel kijkt en "die vreselijke hangbuik en zwabberborsten" ziet. De lichamelijke achteruitgang haalt haar omlaag als vrouw, vindt ze. Het is altijd belangrijk voor haar geweest om er goed uit te zien. Ze is bang dat haar man zich van haar af zal keren. Ze kan ook heel jaloers op hem zijn, want hem mankeert behalve de hyperventilatie verder niets en "hij heeft nog steeds maatje 52". Ze zegt wel eens tegen hem "Neem toch een andere vrouw". Ze zou dat een heel nor

o.a. Pfeiffer, 1969), het Starr-Weiner Report (Starr & Weiner, 1981), de Consumer Union Survey (Brecher, 1984) en de Massachusetts Male Aging Study (Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane. & McKinlay, 1994). Opvallend is wel dat de onderzoeken doorgaans erg prestatiegericht en coïtusgericht zijn. Belevingsaspecten zijn weinig onderzocht (Herder & van Dijk, 1993; Schiavi, Mandeli & Schreiner-Engel, 1994). Mannen zijn meer onderzocht dan vrouwen. In haar literatuuronderzoek stelt Rademakers (1994) vast dat er nauwelijks Nederlands onderzoek is.

Bij de man zijn de volgende lichamelijke veranderingen bij het ouder worden gedocumenteerd (zie Godderis, Van de Ven & Wils, 1992; Straver e.a., 1998):

- Een man van 60 jaar heeft meer tijd nodig om een volledige erectie van zijn penis te krijgen dan

een man van 20. Alleen kijken naar opwindende plaatjes en fantasieën is niet genoeg meer; zijn penis moet ook echt tactiel gestimuleerd. Hoe meer prikkelbronnen worden gecombineerd hoe beter. De erectie is vaak minder stevig dan vroeger. Medische problemen of psychische druk kunnen gemakkelijker leiden tot erectieproblemen.

- Een man van 60 jaar en ouder scheidt bij de zaadlozing minder vocht uit. Ook de kracht van de uitstoot bij de zaadlozing is verminderd. De zaadproductie neemt geleidelijk aan af, maar gaat tot op hoge leeftijd door. Het orgasme duurt korter.

- De aandrang tot een orgasme wordt minder met het ouder worden. De wens om te vrijen blijft, maar de wens tot ejaculeren is minder dwingend dan bij jonge mannen.

- Na een ejaculatie kan een man niet direct weer een erectie krijgen. Deze herstelperiode wordt bij het ouder worden steeds langer. Bij tieners zijn enkele minuten doorgaans genoeg, bij 50-plussers gaat het om uren.

- Nachtelijke ejaculaties (natte dromen) en ochtenderecties treden minder vaak op.

Deze veranderingen treden niet altijd op. Zij kunnen in tijd en intensiteit wisselen. Regelmatige seksuele activiteit helpt tegen het verlies van functies ('use it or lose it') (Masters & Johnson, 1968).

De volgende lichamelijke veranderingen bij *de vrouw* hebben invloed op het seksuele leven (zie Godderis e.a., 1992; Straver e.a.,

neemt iets af. De spiercontracties bij het orgasme zijn wat zwakker en minder. De duur van het orgasme is ook iets korter. De herstelperiode na een orgasme blijft hetzelfde (ongeveer 1 minuut). Het orgasme kan vergezeld gaan van pijn in de onderbuik, vagina en schaamlippen, veroorzaakt door onregelmatige samentrekkingen van de baarmoeder. De mate waarin vrouwen zeggen bij het vrijen een orgasme te bereiken neemt nauwelijks af met het toenemen van de leeftijd.

Ook bij de vrouw geldt dat het vermogen tot seksuele bevrediging op latere leeftijd afhangt van haar seksuele ervaring en activiteit.

Over het algemeen blijkt de seksuele activiteit (in de zin van coïtus en/of masturbatie) na de 70 af te nemen (zie Slob, 1987; Straver, e.a., 1998). Uit het onderzoek van Brecher (1984) bleek dat 98 % van de mannen tussen vijftig en zestig en 91% van de mannen tot 70 jaar seksueel actief is. Boven de 70 geldt dit nog voor 79% van de mannen. Bij vrouwen is van de groep vijftigers 93% nog seksueel actief, tot de zeventig 81% en boven de zeventig nog 75%. Straver e.a. (1998) merken op dat het in dit onderzoek waarschijnlijk om een gemotiveerde groep respondenten ging, dus dat de cijfers aan de hoge kant zijn. Overigens wil het afnemen van seksuele activiteit in engere zin niet per definitie zeggen dat de seksuele interesse ook vermindert. Achtentwintig procent van de mannelijke zeventig-plussers en zesendertig procent van de vrouwen ouder dan zeventig uit het onderzoek van Brecher zeggen dat de seksuele kant van de relatie zeer belangrijk is. In hetzelfde onderzoek

1998).

- Ook bij de vrouw duurt het langer om lichamelijk opgewonden te raken. Het vaginaslijmvlies wordt wat minder vochtig en het gebeurt ook trager: bij vrouwen ouder dan 60 jaar een tot drie minuten na stimulatie.

- De daling van het gehalte van bepaalde hormonen zorgt ervoor dat de vaginawand dunner en minder elastisch wordt. Samen met de verminderde vochtigheid kan dit leiden tot kleine wondjes die zeer pijnlijk zijn. Dit is meestal gemakkelijk te voorkomen door een glijmiddel te gebruiken.

- De vagina en schaamlippen worden kleiner met het ouder worden en de vagina zet minder uit bij opwinding. De clitoris wordt niet kleiner, maar de zwelling wordt met het ouder worden vaak wel geringer.

- Het aantal keren dat de vrouw klaar kan komen

melden respondenten dat de frequentie van het seksuele verkeer weliswaar afnam, maar dat het plezier in de seks soms is toegenomen, omdat men zich vrijer is gaan voelen in de loop van de jaren en omdat men meer en betere informatie heeft dan vroeger.

Seksuele problemen

Casus 2²

Cliënt is een man van 65 jaar die recent met pensioen is gegaan en sinds 5 jaar weduwnaar is. Zijn huwelijk was in seksuele zin weinig intensief, maar dit werd door man en vrouw niet als onbevredigend ervaren. Gedurende de ziekte waaraan zijn vrouw uiteindelijk zou overlijden is het seksuele contact geleidelijk verdwenen. Sindsdien is cliënt

² Met dank aan J. Drenth voor deze casus, eerder gepubliceerd in Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1984.

seksueel niet meer actief geweest, ook niet met masturbatie. Onlangs deed zich een relatie mogelijkheid voor: een bevriende weduwe heeft duidelijk initiatief genomen om hem voor een relatie te interesseren. Cliënt durft het seksuele contact met haar niet aan, omdat hij er aan twijfelt of hij na zeven jaar nog wel tot erecties in staat zal zijn. Dat is de aanleiding voor zijn komst naar de Rutgers Stichting. Hij onderkent dat hij gevangen zit in een vicieuze cirkel van negatieve anticipatie en vermijding en hij is bereid om te gaan experimenteren met masturbatieoefeningen. Helaas levert dit weinig vooruitgang op. Als hem gevraagd wordt naar zijn gevoelens, blijkt hij geen idee te hebben waar de therapeut het over heeft. Bij doorvragen blijkt dat hij zich ook van de jaren van zijn huwelijk niet kan herinneren dat hij ooit sterke seksuele opwindning heeft beleefd. Seks was veeleer een prettige, knusse gewoonte. De vraag of hij uit eigen ervaring het gevoel 'geilheid' kent, brengt hem in oppositie: dat is een type gevoelens dat niet met zijn zelfbeeld strookt. De confrontatie met het gegeven dat zonder seksuele opwindning geen erectie te verwachten is, zeker op wat hogere leeftijd, wordt door hem begrepen, maar nauwelijks geaccepteerd. Kunstmatige oplossingen (gedacht werd aan intracaverneuze injecties, want VIAGRA was er nog niet ten tijde dat deze casus speelde) spreken hem al helemaal niet aan. Hij besluit met tegenzin om de relatie met zijn vriendin platonisch te houden.

Seksualiteit is verbonden met tal van andere belevingsgebieden, zoals het lichaam, het zelfgevoel en de zelfwaardering, het geweten, de normen en waarden in de omgeving

die hij veelal zal toepassen om het moment van klaarkomen uit te stellen, is zelfafleiding. Na jaren oefening raakt hij er steeds bedrevener in om de prikkels van het seksuele contact te dempen. Met het stijgen van de opwindingsdrempel en van de orgasmedrempel ten gevolge van het ouder worden, leidt deze gewoonte op een bepaalde leeftijd vervolgens tot erectieproblemen.

De meest voorkomende oorzaken van seksuele problemen die op latere leeftijd ontstaan worden hieronder genoemd. In het algemeen kan gesteld worden dat met het kwetsbaarder worden van de seksuele respons bij het ouder worden onzekerheid destructiever kan uitpakken. Onzekerheid en onwetendheid over de normale verouderingsverschijnselen leiden snel tot een negatieve spiraal: faalangst, krampachtig vasthouden aan het oude -doorgaans coïtusgerichte- patroon van vrijen, falen en tot slot vermijding van seksuele activiteit en lichamelijk contact (Kaplan, 1990).

Hormonale veranderingen

De menopauze brengt voor de vrouw ingrijpende veranderingen in het hormoonhuishouden met zich mee. Volgens de literatuur zou het oestrogeentekort ten gevolge van de menopauze gemakkelijk leiden tot vaginale droogheid, verminderde vaginale lubricatie en dyspareunie. Laan en van Lunsen (1997) trekken dit verband in twijfel. Uit hun onderzoek onder postmenopausale vrouwen is gebleken dat de vaginawand ten gevolge van de verminderde oestrogeenproductie inderdaad minder sterk doorbloed is

en de maatschappij. Het seksuele apparaat en het seksuele verkeer zijn gevoelig voor wat er op die andere levensgebieden aan de hand is. In alle leeftijdsfasen kunnen seksuele problemen ontstaan. Sommige seksuele problemen in de ouderdom dateren uit eerdere levensfasen. Dit is doorgaans zo bij de parafilieën (afwijkende seksuele voorkeuren), hoewel zij soms in het senium de kop opsteken in het kader van een manisch syndroom of een dementie (Godderis e.a., 1992). Schnarch (1991) stelt dat met het ouder worden de gevolgen van jarenlang bestaande patronen van zogenaamd 'normale' seks pas duidelijk worden aan de hand van symptomatologie, die dan echter ten onrechte aan het ouder worden of lichamelijke tekortkomingen wordt toegeschreven. Een voorbeeld hiervan dat veel gezien wordt in de seksuologische praktijk, is de man die in zijn jonge jaren lijdt aan vroegtijdige zaadlozing. De techniek

zonder seksuele stimulatie dan bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Bij adequate seksuele stimulatie blijkt echter dat de vaginale doorbloeding en daarmee de lubricatie van postmenopausale vrouwen niet onderdoet voor die van jonge vrouwen. Laan en van Lunsen vragen zich dan ook af of postmenopausale vrouwen met klachten van vaginale droogheid en dyspareunie niet eerder lijden aan opwindingsproblematiek dan aan oestrogentekort.

Bij mannen zijn de hormonale veranderingen door de jaren heen voor zover we weten veel geringer. Hypogonadisme komt bij oudere mannen iets vaker voor, meestal ten gevolge van andere gezondheidsklachten. Het doet de zin in seks en de erectie afnemen of verdwijnen. Als het testosteronniveau in het bloed daalt tot onder de 8 nmol/l dan moet substitutie worden overwogen. Toch stelt Slob (2000) dat er over de relatie tussen androgenen en seksueel functioneren van mannen nog veel te ontdekken valt.

Intoxicaties

Alcohol kan vooral bij mannen problemen veroorzaken bij de -met de veroudering kwetsbaarder geworden- erectie of de zaadlozing.

Ook *nicotine* kan de seksuele responscyclus schaden, onder meer wegens de belasting van de bloedvaten. Bij ouderen werkt *medicatie* veelal anders dan bij jongere volwassenen, ten gevolge van onder meer een andere water-, zout- en vetverdeling (Lader, 1994). Effecten van veroudering zijn terug te vinden in de absorptie-, distributie-, metabolisme- en excretiefasen. Allerlei medicatie kan bijgevolg (extra) negatief inwerken op de diverse fasen van de seksuele responscyclus. Daarbij dient men er op bedacht te zijn dat ouderen een hogere prevalentie van lichamelijke ziekten kennen, meer voorgeschreven en niet-voorgeschreven medicatie gebruiken, en een hogere noncompliance hebben (Salzman & DuRand, 1994).

Psychiatrische problematiek

Zin in vrijen valt doorgaans weg bij een *depressie*. Anhedonie is immers één van de belangrijkste symptomen van een depressie. Medicatie is veelal aangewezen, maar dat verlicht het probleem van de onopwindbaarheid niet. Juist antidepressiva werken remmend op de lust en het orgasme. *Psychogeriatrische* problematiek bij één van de partners leidt meestal ook tot het verdwijnen van de libido. Soms speelt juist seksuele ontremming op (Musaph, 1993). Voor de partner speelt doorgaans de zogenaamde kunstmatige verweduwing: de ander is er lichamenlijk nog wel, maar qua persoon en emotionaliteit steeds minder ten gevolge van het ziekteproces (Musaph, 1993; Mertens, 1996; Sherman, 1999).

laan & Baas, 1994; Godderis e.a., 1992; Musaph, 1993; van der Wulp, 1996).

Relationeel

Juist met het ouder worden kan er verschil gaan optreden tussen partners ten aanzien van het uiterlijk en de gezondheid. Deze *verschillen in vitaliteit en gezondheid* kunnen frustratie en jaloezie geven in de relatie en de soms al heel lang bestaande machtsbalans wijzigen (Willi, 1986). Het verlies van dierbaren, status en macht of lichamelijke gezondheid kunnen gemakkelijk hun weerslag hebben op de libido: geen zin hebben ten gevolge van rouw, schuldgevoel, angst om onaantrekkelijk gevonden te worden. Zeker (heteroseksuele) vrouwen kunnen het probleem van rouw en schuldgevoel naar de laatste partner tegenkomen, omdat zij in de leeftijd der sterken veruit in de meerderheid zijn. Ook afkeurende reacties van de kinderen, als één van de ouders na scheiding of verweduwing een nieuwe partner vindt, kunnen het seksuele leven negatief beïnvloeden (Gijs & Migerode, 1986).

Sekstherapie met ouderen

Casus 3

Een 71-jarige man verschijnt bij de afdeling Seksuologische Hulpverlening van de Rutgers Stichting. Reden van aanmelding is een toenemend erectieprobleem. Na het 65e jaar ging het zienderogen achteruit, terwijl het verlangen bleef. `s Ochtends is de erectie veel zachter dan vroeger. Dat hij niet meer zo vaak

Lichamelijke ziekten;
institutionalisering

Tal van *andere ziekten, handicaps en gebreken* hebben specifieke gevolgen voor de seksualiteit (Moors, 1990, 1999). Denk bijvoorbeeld aan diabetes mellitus, hartinfarct, emfyseem, hysterectomie, prostatectomie, tumoren. Bovendien worden de praktische mogelijkheden vaak beperkt bij opname in een instelling (een mogelijk gevolg van gezondheidsklachten). Bemoeizucht van medebewoners en gebrek aan privacy kunnen zeer belemmerend werken. Homoseksualiteit of bijvoorbeeld het ontvangen van prostituees levert nogal eens negatieve reacties op in verzorgings- en verpleegtehuizen (Bate

klaarkomt vindt hij niet zo belangrijk, maar de erectie wel. Hij wil aantrekkelijk blijven, het gevoel houden dat hij iets te bieden heeft. Cliënt meldt dat het huwelijk heel goed is, maar dat hij `nou eenmaal meer erotisch gestemd is dan zij' (67 jaar). Zij is seksueel snel tevreden en dat was altijd al zo. Als hij haar heeft klaargemaakt met hulp van vingers, mond of vibrator, moet hij daarna zichzelf helpen. Er vindt geen coïtus meer plaats, omdat zij sinds de menopauze gevoelige schaamlippen heeft. Echtgenote heeft in verband met borstkanker een borstsparende operatie gehad en een aantal jaren geleden een hartinfarct. Op mijn verzoek komt echtgenote bij het tweede consult mee. Zij vertelt dan dat zij het niet zo'n probleem vindt dat er weinig gemeenschap meer is. Ze voegt er aan toe dat de frequentie van het vrijen minder is dan de frequentie van het verlangen: `Je wacht op elkaar, hè? Je wilt hem niet in verlegenheid brengen.' Hierover ontstaat wat strijd, omdat echtge

noot vindt dat zij zich er wat gemakkelijk van afmaakt. Hij mist haar initiatief, nu en in het verleden. Hij vindt dat hij altijd naar haar toe moet komen en vindt dat niet stimulerend. Mevrouw erkent dat zij weinig initiatief neemt tot vrijen. Het verschil in dagritme speelt daar toenemend ook een rol in. Meneer is 's avonds te moe, mevrouw is 's ochtends nog zo slaperig. Als ze vrijen is het de laatste jaren in de morgen. De heer heeft sinds een aantal jaren 's avonds nauwelijks meer een goede erectie. Het knuffelen en strelen vinden beiden heel prettig, gemeenschap mag daar op volgen maar dat hoeft niet. Mevrouw gebruikt inmiddels een crème voor de pijnlijke schaamlippen die goed helpt. Afgezien van het genoemde zouden er verder geen belemmeringen zijn voor een bevredigend seksleven. Ze hebben er allebei altijd veel plezier aan beleefd. Beiden zijn tevreden over de relatie en hebben daarnaast hun eigen activiteiten.

Tijdens deze eerste gesprekken is al veel algemene informatie gegeven over erectiestoornissen, hulpmiddelen en over seks als je ouder wordt. Beiden zijn geïnteresseerd in de aanbevolen literatuur en video's. Ik verwijs hen naar een van onze artsen, waar de erectiepillen en vragen over lichamelijke zaken aan de orde kunnen komen. Voor de klachten over de verdeling van het initiatief en het op elkaar wachten adviseer ik streel oefeningen waarin het initiatief gelijkelijk wordt verdeeld. Bij follow-up blijkt dat de erectiepillen uitstekend werkt en dat het oude patroon van vrijen weer is opgepakt. Ook de oefening met initiatiefverdeling pakt uitstekend

zeld worden. Indien nodig wordt adequate hormonale therapie ingesteld. Voor vrouwen met bijvoorbeeld atrofie van de schedewand is een therapie met oestrogenen aangewezen. Wordt slechts zo nu en dan een oestrogenencrème toegepast, dan hoeven er geen progestagenen gegeven, zoals bij een orale oestrogenenbehandeling gebruikelijk is. Voor mannen met een te lage testosteronspiegel kan testosteronsubstitutie de seksuele opwindbaarheid herstellen. Bij erectieproblemen kan oraal sildenafil (Viagra®) worden voorgeschreven, tenzij er sprake is van het gebruik van nitraathoudende medicatie. Intracaverneuze injecties met papaverine/phentolamine (Androskat®) of prostaglandine (Caverject®), vacuümpompen en penisprothesen hebben sinds de komst van de erectiepillen duidelijk terrein verloren. Voor vroegtijdige zaadlozing kunnen clomipramine (Anafranil®) of SSRI's worden voorgeschreven. Counseling hierbij is echter bij al deze farmacologische ingrepen onontbeerlijk.

Faalangstspiralen blijken op deze farmacologische weg soms heel goed doorbroken te kunnen worden, waarna er weer meer ruimte en vertrouwen ontstaat voor gesprekken over de achterliggende problematiek.

De behandelaar moet bij de doelgroep senioren wel rekening houden met enkele specifieke zaken.

Bespreekbaarheid en anamnese

Het is voor ouderen niet vanzelfsprekend dat onvrede met hun seksuele situatie duidt op een seksueel probleem, waar zij hulp

uit: hij voelt zich meer bemind, zij merkt dat haar hartaanval en borstoperatie haar toch angstiger en terughoudender hadden gemaakt dan nodig was. Het contact kan worden afgesloten.

Leiblum & Seagraves (1989) schrijven terecht dat er weinig verschil is tussen sekstherapie met ouderen en sekstherapie met andere leeftijdsgroepen, omdat ouderen dezelfde seksuele problemen kennen. De seksuele disfuncties, parafilieën of andersoortige seksuele problemen dienen dan ook net zo behandeld te worden als bij jongere cliënten of patiënten. De nadruk zal meer dan bij jongeren liggen op vertraagde of uitblijvende opwinding. De klassieke sensate focusoefeningen, cognitieve en paradoxale technieken zijn, indien gepaard met adequate voorlichting, vaak toereikend om de negatieve spiraal te doorbreken. Daarnaast kunnen glijmiddelen worden aanbevolen om de gevolgen van verminderde lubricatie te bestrijden. Opwindingsproblemen moeten op deze wijze echter niet verdoe

voor kunnen zoeken. Omdat veel ouderen zijn opgegroeid in een tijd met een beheersingsmoraal ten aanzien van seksualiteit, is een accepterende en positieve houding van de therapeut soms extra belangrijk. Bij een gesprek over seksuele zaken moet een gemeenschappelijke taal gevonden worden. Die taal moet concreet genoeg zijn om misverstanden te voorkomen, maar niet bruskerend. De therapeut dient zich er rekenschap van te geven dat ouderen soms nauwelijks termen hebben om over seksuele zaken te praten.

Meer dan eens is het raadzaam het seksuele script (het wie, wat, waar, wanneer en hoe van het seksuele verkeer) gedetailleerd uit te pluizen. Immers, in een langdurige seksuele relatie is er doorgaans een vast patroon ontstaan dat wellicht niet meer functioneel is in deze levensfase. Schuld- en schaamtegevoelens kunnen het moeilijk maken om de problemen onder ogen te zien of om het gedrag te veranderen. Sterke blokkades kunnen te maken hebben met een intrapsychische en/of relationele dynamiek. Individuele therapie of partnerrelatietherapie

pie kan dan aangewezen zijn. Indien de relatie uitgeblust is en er geen zin of motivatie is om deze nieuwe inhoud te geven rijst de vraag hoeveel zin het nog heeft om te pogen de seksuele relatie te reanimeren (Zwanikken, 1999).

Informatie geven

De therapeut zal doorgaans de nodige tijd en aandacht besteden aan goede voorlichting over de normale gevolgen van veroudering voor het seksuele functioneren. Naast de verbale uitleg in de gesprekken kunnen literatuur, video's en websites worden aanbevolen³.

Mensen die ouder worden zijn niet altijd voorbereid op de gevolgen van bijvoorbeeld de hogere opwindingsdrempel en de hogere orgasmedrempel. Men raakt dan gemakkelijk angstig als het vrijen niet meer wil zoals voorheen. Geruststelling is dan ook een belangrijke functie van het verschaffen van informatie. De vaste sekspartner dient vanzelfsprekend betrokken te worden bij de gesprekken. Deze maakt meestal ongewild en vaak ongeweten deel uit van het probleem. Beiden moeten hun zorgen en vragen kunnen uitspreken, want anders blijft er een grote kans bestaan op een negatieve interactie. De partner kan aanvullende informatie verschaffen en helpen bij de huiswerkopdrachten.

Adviezen met betrekking tot de seksuele omgang

Er is een scala aan praktische adviezen te geven om lichamelijke beperkingen te omzeilen (zie ook

bruik van fantasieën, zowel bij zichzelf als in verhalen aan elkaar, kan worden gestimuleerd. Het belang van de intimiteit van de interactie wordt benadrukt, het belang van erectie en orgasme wordt zo nodig gerelativeerd.

Overdracht en tegenoverdracht

De relatie tussen een oudere cliënt en een jongere hulpverlener wordt uiteraard beïnvloed door de verschillende levensfasen waarin zij verkeren. Het hanteren van de overdracht en tegenoverdracht kan hierdoor anders uitpakken dan de therapeut gewend is. Deze andere overdrachts- en tegenoverdrachtsconstellatie komt uit de literatuur naar voren als belangrijk item in het werken met ouderen (Apfel e.a., 1984; Nemiroff & Colarusso, 1985; Hillman, 2000). Het is daarbij belangrijk dat de therapeut zich realiseert dat hij of zij object kan zijn van overdrachtsgevoelens van alle levensfasen van de cliënt. Dat betekent dat de jongere therapeut door de cliënt evengoed beleefd kan worden als ouderlijke figuur en autoriteit, als kind of leerling, als leeftijdsgenoot of als erotisch beladen figuur. Het moge duidelijk zijn dat dit heel verschillende tegenoverdrachtsreacties op kan roepen. Zo kan een therapeut gemakkelijk onthutst raken door de seksuele gevoelens van een oudere cliënt of zijn of haar eigen seksuele reacties op de cliënt. Gevoelens als angst of afschuw in het contact met de cliënt kunnen bij de behandelaar tot schuld- en schaamtegevoelens leiden. Het hebben van gevoelens is echter normaal, te verwachten en deels buiten onze controle. Wat we wel in de hand hebben is hoe we omgaan

Zwanikken, 1999). Warme baden voor het vrijen helpen stijve gewrichten en spieren wat soepeler te maken. Suggesties voor andere houdingen tijdens het liefdesspel kunnen worden aangereikt als de vertrouwde houdingen niet meer comfortabel zijn. Streeloefeningen of sensuele massage kunnen fungeren als uitbreiding van het seksuele repertoire of als alternatieven voor seksuele gemeenschap. Het kan ook zinvol zijn om stil te staan bij het tijdstip van seksueel verkeer. Vaak is men gewend 's avonds te vrijen, maar als men minder energie heeft kan het nuttig zijn dit naar de ochtend te verplaatsen. Om de opwinding te verhogen kan gewezen worden op hulpmiddelen als een vibrator (juist ook voor mannen) en erotische literatuur en films. Het ge

met de opgeroepen gevoelens. Vermijding van het onderwerp ouderen en seksualiteit onthoudt ouderen van adequate behandeling en de therapeut van een ontwikkelingsmogelijkheid.

Conclusie

Nieuwe generaties ouderen zijn steeds vitaler, gezonder, mondiger en hebben de zaken financieel vaker op orde. In de komende decennia zal de generatie van de "babyboomers" het senium bereiken. Dit is de generatie van de seksuele revolutie: de eerste generatie die de beschikking kreeg over de anticonceptiepil en de eerste generatie die op een leeftijd dat het erectievermogen kwetsbaar

³ De Rutgers Stichting heeft een brochure over *Seks op leeftijd*. Recent is het boek *Open voor bloot* verschenen van Dr. Lucien De Cock (2000). In de videoserie *Seks je lust en je leven* is er een band over *Seks als je ouder wordt* te verkrijgen via de Rutgers Stichting. De Rutgers Stichting heeft ook een aparte website voor vijftigplussers: <http://www.rutgers.nl/50+>.

wordt een recept kan krijgen voor de erectiepillen. Deze generatie zal zich haar seksuele rechten en vrijheden niet laten afpakken door oudbakken misvattingen, vooroordelen en mythes. Voor hen is het belang van seks voor ontspanning, plezier, intimiteit met de partner en bevestiging van de eigen identiteit al lang aangetoond.

Voor de hulpverlening zal dat betekenen dat steeds meer ouderen zich zullen melden met seksuele vraagstukken. Het is te hopen dat de therapeuten zich dan in grotere aantallen dan nu bevrijd zullen hebben van hun moeilijkheden ten aanzien van dergelijke problematiek. Ook voor de ouderen van nu is het belangrijk dat er meer aandacht komt voor sekstherapie met ouderen. Niet omdat de therapeutische technieken zo anders zijn dan in andere leeftijdsgroepen, maar wel omdat het een iets andere houding vraagt van de therapeut. Nog sterker dan bij jongeren vraagt de behandeling van ouderen een besef van de verwevenheid van biologische, psychologische en sociale factoren. Enige kennis van de leeftijdsspecifieke veranderingen die seksueel consequenties kunnen hebben is vereist.

Literatuur

- Apfel, R.J., M. Fox, R.S., Isberg & A.R. Levine (1984). Counter-transference and transference in couple therapy: Treating sexual dysfunction in older couples. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 17: 203-214.
- Arendsen Hein, M. (1986). Raak me aan. In: B. Miesen (red.). *Wat heet intimiteit; Over seksualiteit en ouder worden*. Van Loghum Slaterus, Deventer. p.31-43.
- Batelaan, H.J. & M. Boas (1994). 'Wij willen onszelf kunnen zijn': homo-emancipatie in
- Godderis, J., L. Van de Ven & V. Wils (1992). Seksualiteit, seksuele problemen en seksuele stoornissen bij ouderen. In: J. Godderis, L. Van de Ven & V. Wils. *Handboek geriatrische psychiatrie*. Garant, Leuven/Apeldoorn. p. 427-441.
- Gijs, L. & L. Migerode (1986). Wat de kinderen er van zeggen. In: B. Miesen (red.): *Wat heet intimiteit; Over seksualiteit en ouder worden*. Van Loghum Slaterus, Deventer. p.123-138.
- Hargrave, T.D. & S.M. Hanna (red.) (1997). *The aging family, new visions in theory, practice and reality*. Brunner Mazel, New York.
- Herder, J. & R. van Dijk (1993). *Seksualiteitsbeleving bij ouderen (50+)*. NISSO, Utrecht.
- Hillman, J.L. (2000). *Clinical perspectives on elderly sexuality*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- Hodson, D.S. & P. Skeen (1994). Sexuality and aging: the hammerlock of myths. *Journal of Applied Gerontology*, 13: 219-235.
- Jacobs, M.P. & M. Engel (2000). Het wikken en wegen van lusten en lasten. Psychodynamische psychotherapie met ouderen. In: M.T. Vink & A.E.M. Hoosemans (red.): *Gevoelens zijn tijdloos. Belevingsgerichte interventies bij ouderen*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten. p.17-40.
- Kaplan, H.S. (1990). Sex, intimacy, and the aging process. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18: 185-205.
- Kinsey, A.C., W.B. Pomeroy & C.E. Martin (1948). *Sexual behavior in the human male*. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Kinsey, A.C., W.B. Pomeroy, C.E. Martin & P.H. Gebhard (1953). *Sexual behavior in the human female*. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Laan, E. & R.H.W. van Lunsen (1997).

verzorgingshuizen. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 9: 286-291.

Brecher, E.M. (1984). *Love, sex and aging*. Little, Brown & Co., Boston.

De Cock, L. (2000). *Open voor bloot. Liefde, intimiteit en seksualiteit na de vijftig*. Globe, Roeselare.

Drenth, J.J. (1994). Seks, ziekte en handicap: medisch-seksuologische benadering. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138: 841-843.

Eekeren, A.P.K. van (1993). Groepspsychotherapie en de tweede levenshelft. In: P.J. Jongerius & J.C.B. Eykman (red.). *Praktijkboek Groepspsychotherapie*. Academische Uitgeverij, Amersfoort. p.181-197.

Engel, M. (1997). Systeemtherapie bij ouderen. In: M.T. Vink & P. Broek (red.). *Relaties en de omgeving van ouderen. Een therapeutisch instrument*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten. p.34-55.

Feldman, H.A., I. Goldstein, D.G. Hatzichristou, R.J. Krane & J.B. McKinlay (1994). Impotence and its medical and psycho-social correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, 151: 54-61.

Frenken, J., N. Rodenburg & B. van Stolk (1988). *Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden. Onderzoek naar belemmeringen in de gezondheidszorg*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Frenken, J. & B. van Stolk (1987). *Hulpverlening aan incest-slachtoffers. Onderzoek naar belemmeringen in de hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Hormones and sexuality in postmenopausal women: a psychophysiological study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18: 126-133.

Lader, M. (1994). Neuropharmacology and pharmacokinetics of psychotropic drugs in old age. In: J.R.M Copeland, M.T. Abou-Saleh & D.G. Blazer (red.). *Principles and practice of geriatric psychiatry*. John Wiley & Sons, Chichester. p.79-82.

Leiblum, S.R. & R.T. Segraves (1989). Sex therapy with aging adults. In: S.R. Leiblum & R.C. Rosen (red.). *Principles and practice of sex therapy. Update for the 1990s*. The Guilford Press, New York. p. 352-381.

Linschoten, W. (1995). Psychoanalytisch groepswork met oudere mannen. *Handboek Groepspsychotherapie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten. 3.3.1-23.

Masters, W.H. & V.E. Johnson (1968). De seksuele reacties van oudere mensen. In: *Anatomie van het sexueel gebeuren*. H.J. Paris, Amsterdam p. 225-268.

Mertens, F. (1996). Tolerantie en grenzen trekken: omgaan met seksuele behoeften van dementerenden. *Denkbeeld*, 8:2-6.

Moors, J.P.C. (1990). Ziekte en seksualiteit op oudere leeftijd. *Geriatric-informatorium*, D 1520 p.1-11.

Moors, J.P.C. (1999). Seksuele gezondheid van ouderen. *SOA-Bulletin*, 20: 28-33.

Musaph, H. (1993). *Ouderdom en seksualiteit*. Bunge, Utrecht.

Neeleman, A.J.F. & B.M. Olthof (1990). *Psychotherapie en ouderen in de RIAGG*. RIAGG Z/NW RIAGG C/OW, Amsterdam.

Neeleman, A.J.F. (2000). Seks therapie met ouderen. *Systeemtherapie*, 12: 29-44.

Nemiroff, R.A. & C.A. Colarusso (red.)

(1985). *The race against time. Psychotherapy and psychoanalysis in the second half of life*. Plenum, New York.

Pfeiffer, E. (1969). Sexual behavior in old age. In: E.W. Busse & E. Pfeiffer (red.). *Behavior and adaptation in late life*. Little Brown & Co, Boston.

Rademakers, J. (1994). Seksualiteit van ouderen: een literatuurstudie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 18: 208-213.

- Römer, M.C. (2000). Therapeutisch werken met gevoel. Cliëntgerichte psychotherapie met ouderen. In: M.T. Vink & A.E.M. Hoosemans (red.). *Gevoelens zijn tijdloos. Belevingsgerichte interventies bij ouderen*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten. p.41-58.
- Salzman, C. & C. DuRand (1994). Pharmacological treatment of depression. In: J.R.M Copeland, M.T. Abou-Saleh & D.G. Blazer (red.). *Principles and practice of geriatric psychiatry*. John Wiley & Sons, Chichester. p. 575-580.
- Sherman, B. (1999). *Sex, intimacy & aged care*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Schnarch, D. (1991). *Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy*. Norton and Company, New York.
- Schnarch, D. (1998). *Passionate marriage*. Henry Holt and Company, New York.
- Schiavi, R.C., J. Mandeli & P. Schreiner-Engel (1994). Sexual satisfaction in healthy aging men. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20: 3-13.
- Slob, A.K. (1987). Seksuele activiteit van vrouwen en mannen boven 50 jaar. *Geriatric-informatorium D 1525-1534* p.1-4.
- Slob, A.K. (2000). Age, libido, and male sexual function. *The Prostate Supplement* 10:9-13.
- Starr, B.D. & M.B. Weiner (1981). *The Starr-Weiner report on sex and sexuality in the mature years*. McGraw-Hill, New York.
- Straver, C.J., P.T. Cohen-Kettenis & A.K. Slob (1998). Seksualiteit en levensloop. In: A.K. Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors & W. Everaerd (red.). *Leerboek Seksuologie*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. p.43-50.
- Traupmann, J. (1984). Does sexuality fade over time? A look at the question
- Vroege, J.A. (1999). *LOPS-registratie 1998*. LOPS/NISSO, Utrecht.
- Weijnen, I.J.C. (1998). 't Is vast 'K'....Individuele gedragstherapie. In: M.T. Vink & P. Broek (red.). *Oud geleerd, oud gedaan. Gedragstherapie bij ouderen*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Willi, J. (1986). Die Ehe im Alter in psychoökologischer Sicht. *Familiendynamik*, 11: 294-306.
- Wulp, J.G. van der (1996). Seksualiteit in het verpleeghuis. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 20: 50-52.
- Zarit, S.H. & B.G. Knight (red.) (1998). *Ouderen en psychotherapie; effectieve interventies in levenslooperspectief*. Zwets & Zeitlinger, Lisse.
- Zwanikken, W.C. (1999). Seksualiteit en intimiteit. In: H. Buijssen (red.). *Psychologische hulpverlening aan ouderen. Deel 1: Psychosociale problematiek*. Intro, Nijkerk. p. 69-113.

English Summary

Sex therapy with the elderly

The fact that sex therapy with the elderly has drawn little attention as a subject, raises the question to what degree sex therapy with this age group differs from that with younger clients. However, health care professionals often experience great difficulties in initiating and conducting conversations with the elderly about sexuality. In this article some of the underlying factors of this problem, such as resistance and countertransference are addressed. Scientific findings show that sexual responses of the aged may slow down, but don't have to disappear. Sexual problems that elderly people may experience are discussed. Finally the specifics of sex therapy with this age group are addressed. Concluded is that more attention for sex therapy with the elderly is required, because sex is too important for many elderly and therapists are not always adequately equipped for the treatment of this age group.

and the answer. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 17: 149-159.

Vroege, J.A. (1991). *Hulpverlening bij problemen op het gebied van de seksualiteit door de RIAGG*. Eburon, Delft.

Vroege, J.A. (1997). RIAGG-hulp bij seksuele moeilijkheden: de stand van zaken. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 21: 244-249.
