

Relatie en seksualiteit in de tweede levenshelft

Lucas Van de Ven¹, Lies Van Assche²

¹Dienst Ouderenpsychiatrie UPC KU Leuven, België

²Dienst Ouderenpsychiatrie UPC KU Leuven, België

Samenvatting

Seksualiteit bij ouderen is lange tijd een taboe onderwerp geweest en er is nog steeds te weinig aandacht voor dit thema, zeker wanneer het gaat om de groep van ouderen die een chronische ziekte hebben en daardoor hulpbehoevend zijn. In deze tekst overlopen we vooreerst enkele belangrijke bevindingen in verband met de langdurige partnerrelatie. Meer specifiek gaan we na of ouderen tevreden zijn in de relatie en welke ontwikkelingsstaken zich aandienen. We bespreken het seksuele functioneren op latere leeftijd en bij ziekte. Daarnaast lichten we toe wat de impact van dementie is op lichamelijke en psychische intimiteit. Vervolgens staan we stil bij senioren die, na een scheiding of het overlijden van een partner, alleenstaand zijn geworden. Deze paper vormt een theoretische beschouwing, met verwijzingen naar wetenschappelijke onderzoeken en geïnspireerd door de klinische praktijk. We proberen een klinisch relevant overzicht te bieden van de uitdagingen die bestaan in de seksuele relaties van ouderen en die dus ook de professionele hulpverlener kunnen helpen bij het werken met oudere cliënten.

Liefde, partnerrelatie en seksualiteit zijn sinds mensenheugenis belangrijke thema's. Ze spreken tot de verbeelding en vormen daarom niet zelden het onderwerp van kunst. Ook de niet-artistieke mens krijgt van deze thema's niet genoeg. Zo zijn ze de onderwerpen bij uitstek van roddels en geruchten. Daarnaast raakt de commerciële markt maar niet verzadigd. Denk aan televisieprogramma's waarbij gezocht wordt naar de 'juiste' partner. Jonge vrouwen, beroemdheden, geheimzinnige rijken, zelfs alleenstaande boeren zijn in datingprogramma's de revue gepasseerd. En ook de senioren ontbreken hier niet: naast oude liefdes die na dertig jaar weer opgezocht en herenigd worden, trekken groepen ouderen de bergen in om - onder het oog van de camera - nieuwe liefde, erotiek en intimiteit een kans te geven. In een maatschappij die in toenemende mate individualistisch wordt genoemd (Hamamura, 2012), blijven deze thema's duidelijk een essentieel deel van de levens van vele mensen.

De aandacht voor relaties en seksualiteit bij senioren is een relatief nieuw fenomeen. Na de Victoriaanse preutsheid, waarbij seksualiteit enkel werd 'gedoogd' in functie van de voortplanting en dus per definitie niet

aan ouderen werd toegedicht, ontstond er in de periode tussen de twee wereldoorlogen - vooral onder impuls van kunstenaars en ook van wetenschappers zoals Sigmund Freud - een eerste schuchtere poging om seksualiteit in een positiever daglicht te stellen, of in elk geval als een integraal deel van de menselijke identiteit te beschouwen (Freud, 2010). Freud werd daarom aanvankelijk door de burgerij verketterd.

Bleef het in het interbellum vooral bij theorie, dan veranderde er na de tweede wereldoorlog ook in de praktijk heel wat. In 1962 kwam de anticonceptiepil op de markt. Meer algemeen werden de vrouwen gemanicpeerd: ze konden bewust kiezen wanneer ze zwanger werden. Er ontstonden alternatieve relatievormen (bijvoorbeeld de communes) en homoseksualiteit werd vanaf 1974 niet langer opgenomen in de lijst van psychische stoornissen. Van Ussel (1982) omschrijft een evolutie tijdens de twintigste eeuw naar toenemende ontburgerlijking van de maatschappij, van een anti-naar een pro-seksuele visie, van een genitale naar een meer mentale seksualiteit. De meeste van de huidige senioren hebben deze evolutie 'aan den lijve' onderzonden. Aansluitend toont een Zweeds longitudinaal onderzoek bij een groep van 560 70-jarige mannen en 946 70-jarige vrouwen dat er een positieve evolutie is in seksuele activiteit en tevredenheid over 30 jaar heen, namelijk van 1971 tot 2000 (Beckman, Waern, Gustafson, & Skoog, 2008). Daarbij merkten de onderzoekers geen verschil op in de relatieve toename van seksueel

L. Van de Ven is klinisch ouderenpsycholoog
L. Van Assche is klinisch neuropsycholoog en systeemtherapeut
Correspondentie: luc.vandeven@upckuleuven.be

gedrag en seksuele interesse bij gehuwde of ongehuwde ouderen. Meer nog, er zou pas vanaf de leeftijd van 75 jaar een duidelijke afname optreden in de frequentie van seksueel gedrag (Waite, Laumann, Das, & Schum, 2009).

Toch blijft de visie van jongvolwassenen op seksualiteit bij ouderen nogal dubbelzinnig. Als we nagaan hoe hedendaagse jongeren denken over hun seksualiteit wanneer ze zichzelf in de (verre) toekomst projecteren, dan blijkt dat de grote meerderheid zichzelf nog seksueel actief ziet tot op hoge leeftijd. Wanneer men zich echter moet voorstellen dat de huidige generatie ouderen seksueel actief is, horen we een heel ander verhaal (Van de Ven, 2014). Daarbij is men gemiddeld genomen strenger voor de oudere vrouw dan voor de man. Dit is de zogenaamde 'dubbele standaard'. Een oudere man op vrijersvoeten krijgt nogal eens onze sympathie, we prijzen zijn levenslust; een vrouw van dezelfde leeftijd krijgt sneller negatieve commentaar (Crawford & Popp, 2003).

*De vloer is bed wanneer de liefde overmant,
op hoogpolig tapijt of op het hardst parket,
als liefde om naar bed te gaan niet wachten
kan,
vormen wij lijf aan lijf het vochtige ballet.
Om uit te rusten van het liefdesspel gaan
we naar bed.*

Carlos Drummond de Andrade (2006)

Van de gevierde Braziliaanse dichter Carlos Drummond de Andrade (1902 – 1987) verscheen postuum een dichtbundel met veertig erotische gedichten, vermoedelijk geschreven tijdens zijn laatste zeven levensjaren. Dat de dichter - met nochtans een vrije, open geest en die bovendien zeer goede contacten met uitgevers onderhield - besloot deze verzameling niet op de markt te brengen, had vermoedelijk te maken met de maatschappelijke context: hij vreesde wellicht dat zijn werk als uiting van een ongepast seksueel verlangen aanzien zou worden. Voor de ervaren genietster van de erotische literatuur nog dit: bovenstaand fragment komt uit het meest kuise gedicht van de bundel.

In wat volgt zal eerst de langdurige partnerrelatie worden bekeken, met de vraag hoe ouderen de relatie ervaren, hoe het staat met de tevredenheid in de relatie en welke ontwikkelingstaken en uitdagingen of valkuilen zich presenteren. Nadien gaan we het verband bekijken tussen de aard van de relatie en de seksualiteit. We staan vervolgens stil bij senioren die, na een scheiding of het overlijden van de partner, alleenstaand zijn geworden, om af te sluiten met enkele aandachtspunten voor de professionele hulpverlener. Deze paper vormt een theoretische beschouwing van het - nog steeds relatief onderbelicht - thema, met af en toe een verwijzing naar wetenschappelijke onderzoeken die bepaalde ideeën kunnen ondersteunen.

Daarnaast proberen we een klinisch relevant overzicht te bieden van de uitdagingen die bestaan in de seksuele relaties van ouderen en die dus ook de professionele hulpverlener kunnen inspireren bij het werken met oudere cliënten.

De langdurige partnerrelatie

*Een man moet zeker trouwen.
Als hij een goede vrouw treft, is hij gelukkig.
Als hij een slechte vrouw treft, wordt hij
filosoof.*

Socrates (470-399 voor Christus)

Ondanks de maatschappelijke evolutie, waarbij de langdurige partnerrelatie bezegeld door het huwelijk aan belang heeft ingeboet, geldt voor oudere koppels op dit moment in de meeste gevallen dat de partners samen oud zijn geworden ('tot de dood ons scheidt'). Momenteel is dan ook de helft van de vijfenzestigplussers getrouwd en ongeveer één op de vier van deze huwelijken zal vijftig jaar of langer duren (Van Assche, 2015). Dit heeft uiteraard een invloed op de manier van samenleven. In vergelijking met koppels die slechts kortdurend samenleven of elkaar pas op latere leeftijd leren kennen, hebben mensen in een langdurige relatie een uitgebreidere gezamenlijke geschiedenis en zelfs een 'gedeelde identiteit'. De ontwikkeling van het individu wordt immers sterk beïnvloed door de partner. In de klinische praktijk wordt duidelijk dat sommige partners bijvoorbeeld corrigerend optreden bij te veel zelfbeklag en op die manier groei bevorderen. Andere partners zullen daarentegen steeds begripvol en sussend reageren. Hoewel het belangrijk is dan men af en toe getroost kan worden door de partner, kan men hier toch stellen dat overdaad schaadt.

Hoe beoordelen mensen een langdurige partnerrelatie?

Er zijn verschillen, afhankelijk van het onderzoeksdesign. Algemeen genomen blijkt er bij retrospectief onderzoek evidentie te zijn voor een U-curve in de tevredenheid van de relatie. Met andere woorden, wanneer aan ouderen wordt gevraagd terug te kijken op de geschiedenis van hun relatie, dan scoort het begin van de relatie vrij hoog: er is de verliefdheid, het boeiende ontdekken van mekaar, het volwassen worden en het samen uittekenen van projecten. Gemiddeld genomen is men evenwel het minst tevreden over de daaropvolgende periode dat de kinderen geboren worden en men een beroepsloopbaan uitbouwt. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat er meer conflicten ontstaan, bijvoorbeeld over de opvoeding van de kinderen en het verdelen van huishoudelijke taken. Ook de seksuele activiteit van het koppel daalt. De latere periodes in de relatie, als de kinderen het huis uit zijn en bij de pensionering een nieuwe levensfase begint, scoren dan weer beter (Vaillant & Vaillant, 1993). Overi-

gens, na al die jaren weten de meeste partners wel welk vlees ze in de kuip hebben en hebben ze zich aangepast aan de leuke en minder leuke karaktertrekken van de ander. Anderzijds is het kennen van de ander nooit volledig en soms kan de onbekendheid zo duidelijk zijn dat men zich, zelfs na jaren, in een relatie 'alleen' voelt. In prospectief onderzoek, dus wanneer koppels doorheen de tijd worden gevolgd en herhaaldelijk worden bevraagd, blijkt echter een patroon waarbij een geleidelijke daling in de tevredenheid optreedt (Vaillant & Vaillant, 1993).

En, vroeg de huisvriend aan het langgetrouwde paar, vertel eens, hoe hebben jullie elkaar eigenlijk leren kennen? Helemaal niet, antwoordde de vrouw. We hebben wel geprobeerd, maar zoiets is niet haalbaar, beaamde haar echtgenoot.

Gust Gils (1977)

Laten we beginnen bij dit goede nieuws. Voor vele koppels die terugblikken op de relationele geschiedenis betekent de ouderdom een hoogtepunt van verbondenheid en wederzijdse zorg. Kortom, intimiteit neemt bij vele koppels in toenemende mate een prominente plaats in en oudere echtparen zijn over het algemeen ook sterker geëngageerd (Van Assche, 2015). Ze zetten zich - vaak meer dan voordien - in voor de relatie. En er is meer: samen oud worden in een min of meer harmonieuze relatie, zorgt - in vergelijking met alleenstaanden - voor een meer gunstige levenssituatie: gemiddeld gezien heeft men een beter gemoed, men ervaart meer steun bij gezamenlijke ontwikkelingstaken, er is een betere verwerking van verlieservaringen, de algemene gezondheid is gunstiger en men is over het algemeen beter sociaal geïntegreerd (Margelisch et al., 2017). Deze voordelen gelden zeker wanneer de partner ook de vertrouwenspersoon is, namelijk iemand met wie men erg intieme gedachten en gevoelens deelt, vooral deze zaken waarover men zich schaamt of die niet horen. De vertrouwenspersoon zal de ander nooit verwerpen, maar vaak wel tegenspreken en corrigeren. En zoals uit het onderzoek van Kunzmann en Baltes (2003) blijkt, zal zo een relatie ook de wijsheid ten goede komen (in een intermenselijke context met begrip én tegenspraak).

Maar lang niet alles is rozengeur en maneschijn. Zo moet een koppel zich ook in de tweede levenshelft aanpassen aan belangrijke levensgebeurtenissen. Het uit huis gaan van de kinderen en de pensionering dwingen vele koppels tot het zoeken van een nieuw evenwicht. Men wordt als het ware terug met elkaar geconfronteerd en dit is soms een hele uitdaging. We merken dan ook op dat sommige koppels krampachtige pogingen ondernemen om het ideaal van de twee-eenheid waar te maken. In de klinische praktijk zijn er enkele herkenbare patronen van weinig constructieve

pogingen om de twee-eenheid te bereiken:

- Als we op pensioen zijn, gaan we alles samen doen; deze, vaak door angst gestuurde attitude, kan op den duur een erg versmachtend gevolg kennen.
- In een goede relatie moet men werkelijk alles tegen mekaar vertellen; een zo hoog gegrepen 'ideaal' dat het nooit kan worden waargemaakt.

En soms willen senioren de partner veranderen; karaktertrekken die men al decennia lang kent, wil men bijsturen. Men wil als het ware een andere persoonlijkheid in hetzelfde lichaam. Een pijnlijke, uitzichtloze strijd.

Een dame, 75 jaar oud, belt me op om een afspraak vast te leggen voor partnerrelatietherapie. Naar eigen zeggen valt er met haar man, die hoogleraar emeritus is, niet meer te leven, zeker nu ook het laatste van de vijf kinderen het huis heeft verlaten. Bij het begin van het eerste gesprek zien we dat de echtgenoot overduidelijk niet echt gemotiveerd is voor het voeren van een goed gesprek: "Ik kom mee om mijn vrouw een plezier te doen". Wanneer we bij de dame polsen naar de reden waarom ze ons heeft gecontacteerd, zegt ze fors en duidelijk: "Meneer, ik kan met hem niet praten". Wanneer we dan vragen hoe lang dit al het geval is, komt het antwoord snel: "Meneer, ik heb met hem nooit kunnen praten".

Het spreekt voor zich dat de ontevredenheid met karakteriële eigenschappen van de partner (eigenschappen die al altijd min of meer duidelijk aanwezig zijn geweest) de senior confronteert met de keuzes, de beslissingen die hij decennia geleden heeft gemaakt, alsook met de onderliggende (deels nauwelijks bewuste of ronduit onbewuste) motieven die hieraan ten grondslag hebben gelegen (Willi, 1983). De irritatie of ontevredenheid zijn dus ook gedeeltelijk een rekening die aan zichzelf wordt voorgelegd. En uiteraard kan de klok niet worden teruggedraaid, zoals niet elk 'aspecifiek' motief desastreuze gevolgen dient te hebben. Zo horen we meer dan eens in individuele therapieën hoogbejaarde dames (vanaf het moment dat ze de therapeut vertrouwen, de indruk hebben dat die zijn vak kent en tegen een stoot kan, dus meestal pas na een drietal verkennende en voor de patiënt diagnostische gesprekken) zeggen dat ze met hun man getrouwd zijn vooral om zo snel mogelijk het ouderlijk huis te kunnen verlaten. Vaak voegen ze eraan toe dat ze toch over het algemeen tevreden zijn met hun huwelijk, maar dat ze dit onderliggend motief bij de start van de relatie nooit aan hun echtgenoot konden meedelen.

Samen oud worden betekent misschien ook dat men

bij de aanblik van de ander (zoals ook bij de blik in de spiegel) wordt geconfronteerd met de eindigheid van het leven, met het besef dat het Aards Paradijs, het jeugdige, vitale bestaan ('schoon is de jonkheid') ver achter zich ligt. Het is overduidelijk dat 'the sky is the limit' hoegenaamd niet meer geldt.

Toen hij bespeurde hoe de nevel van den tijd

In d' ogen van zijn vrouw de vonken uit kwam doven,

Haar wangen had verweerd, haar voorhoofd had doorkloven,

Toen wendde hij zich af en vrat zich op van spijt.

.....

Maar doodslaan deed hij niet, want tussen droom en daad

Staan wetten in den weg en praktische bezwaren,

En ook weemoedigheid, die niemand kan verklaren,

En die des avonds komt, wanneer men slapen gaat.

Willem Elsschot (1992)

Wat voor heteroseksuele koppels geldt, zal in grote lijnen ook voor holebi's opgaan (Benbow & Beeston, 2012). Wellicht wordt hun geschiedenis toch gekleurd door het feit dat ze geruime tijd hebben moeten opboksen tegen negatieve stereotypes, vooroordelen, die vroeger uiteraard nog meer dan nu, heel expliciet werden geuit (Averett & Jenkins, 2012; Averett, Yoon, & Jenkins, 2011). Nogal eens zijn deze koppels, omdat ze hun geaardheid kenbaar maakten, geïsoleerd geraakt van de familie. Zij hebben andere sociale netwerken moeten uitbouwen, waarbij de partner niet zelden als de belangrijkste vertrouwenspersoon beschouwd wordt.

In sommige gevallen heeft het maatschappelijk klimaat ertoe geleid dat men zijn of haar geaardheid negeerde. Om zich te conformeren aan de maatschappelijke verwachtingen zijn wellicht vele homoseksuelen uit vroegere generaties in een heteroseksuele relatie gestapt (of zijn ze alleen gebleven) (D'Augelli, Grossman, Hershberger, & O'Connell, 2001). Koppels die dit 'misverstand' meedragen, ervaren meer dan eens een grote eenzaamheid (Kuyper & Fokkema, 2010).

Relatie en seksualiteit

When we are too old to make love, we will make wonderful soup.

Wanneer cafébaas René uit de komische reeks 'Allo Allo' op deze wijze spreekt met Yvette, één van zijn minnaressen en dienstster in zijn café, toont hij zich bewust van

de toekomstige uitdagingen voor het koppel en voor de meeste mensen in de tweede levenshelft. Natuurlijk neemt, nu we gemiddeld gezien langer én gezonder leven, de kans op seksuele activiteit op hoge leeftijd toe. De algemene tendens is wel dat de frequentie van seksueel gedrag binnen het koppel met de vorderende leeftijd duidelijk afneemt, terwijl tussen de partners gevoelens van tederheid, zekerheid en innig samen zijn aan belang winnen (Kalra, Subramanyam, & Pinto, 2011). Er zijn evenwel grote verschillen vast te stellen in de seksuele geschiedenis van koppels: bij sommige neemt de seksuele activiteit al op middelbare leeftijd sterk af, andere blijven tot op hoogbejaarde leeftijd actief. Een merkwaardige vaststelling is wel dat de tevredenheid over het seksuele leven bij vele ouderen hoog blijft, zelfs als de seksuele activiteit binnen het koppel sterk is afgenomen, ja zelfs helemaal is weggefallen (Bretschneider & McCoy, 1988). Dit relativeert toch wel in grote mate het belang dat sommigen (ook sommige onderzoekers) lijken toe te dichten aan het meten van de frequentie van seksueel gedrag. We zien in de klinische praktijk regelmatig koppels bij wie op middelbare leeftijd het seksuele gedrag in enge zin is weggefallen en die toch getuigen van tevredenheid in hun relatie.

Natuurlijk zijn er ook oudere koppels die tot op zeer hoge leeftijd frequent seksueel contact hebben. Dat er zo'n grote verschillen zijn, heeft te maken met tal van factoren (Deacon, Minichiello & Plummer, 1995; Lindau et al., 2007; Mulligan et al., 1988; Pfeiffer, Vermoerdt & Wang, 1969; Winn & Newton, 1982). Die kunnen we samenvatten in een drietal domeinen.

Zo is er de invloed van de *geschiedenis van de seksuele relatie*. Koppels die een rijk en bevredigend seksueel leven hebben gehad, zullen dit patroon doorgaans handhaven. Men wordt (voor een groot deel) oud zoals men geleefd heeft. Ook hier blijven onderliggende en vaak onbewuste motieven, die bij de partnerkeuze een rol hebben gespeeld, hun invloed uitoefenen. Het gaat dan om het relatieve belang van puur lichamelijke aantrekking, van verliefdheid, van de ervaring van een driftmatige verbondenheid, van het mekaar lustbevrediging verschaffen, tegenover (al dan niet onbewuste) motieven die veeleer te maken hebben met de voortplanting of het beheersen van angst of het tegemoetkomen aan maatschappelijk en familiale verwachtingen (angst om alleen te blijven).

Daarnaast speelt de *relationele geschiedenis* een rol. Zo kunnen oude krenkingen, vernederingen, kwetsuren, een blijvende negatieve invloed op het seksueel leven uitoefenen. En dit is natuurlijk voor het overgrote deel van de koppels een niet onbelangrijke factor. Wellicht hebben de meeste mensen tegenover hun partner over de jaren heen meer dan eens een 'fout' gemaakt. We maken ons sterk dat we kunnen vergeven, maar het feit dat we - als het op krenkingen aankomt - zeer weinig vergeten, kan een bevredigend seksleven op latere leeftijd in grote mate beïnvloeden. Soms merken we zelfs dat conflicten en kwetsuren, die in de ogen van de

partners decennia lang geen impact op de relatie hebben gehad, op latere leeftijd terug de kop opsteken. Meer zelfs, soms lijken het scherpe wapens in de relationele strijd ("Gij hebt me toen zo'n pijn gedaan, dit heb ik eigenlijk nooit kunnen verwerken"). Het spreekt voor zich dat dit herbeleven van het verleden een groot impact op de seksuele activiteit heeft.

Daarnaast gaat het ook om de vraag of het *beeld dat men van de partner had* ten tijde van de verliefdheid (deze opwindende maar pre-psychotische toestand) nog overeenkomt met het beeld dat men vandaag van die partner heeft. Karaktertrekken die men in de jonge jaren voor lief nam, kunnen bij het ouder worden in toenemende mate tot ergernis lijden; dit naast de teleurstelling dat eigenschappen die men vroeger admireerde, nu minder prominent aanwezig zijn, ja zelfs in sommige gevallen helemaal van het toneel verdwenen.

Het ouder wordende lichaam

In de context van relaties en seksualiteit spelen uiteraard ook tal van lichamelijke veranderingen die samenhangen met het verouderen een rol (Deacon et al., 1995).

De meest opvallende veranderingen zijn de *uiterlijke tekenen*, zoals een minder strakke huid, het vergrijzen van de haren of het uitvallen ervan, het afnemen van de totale spiermassa en een toename van de relatieve hoeveelheid vet. Deze veranderingen in het uiterlijk beïnvloeden in principe niet de mogelijkheden tot seksuele activiteit, maar ze kunnen indirect hun invloed laten gelden, bijvoorbeeld doordat ze het gevoel van fysieke aantrekkelijkheid doen afnemen en bij sommigen het zelfvertrouwen op dat vlak ondermijnen.

Daarnaast zijn er ook *veranderingen die rechtstreeks het seksuele functioneren beïnvloeden*. Zo houdt de menopauze voor de vrouw belangrijke wijzigingen in. Hormonale wijzigingen zorgen voor veranderingen in de genitale slijmvliezen. Er treedt een verdunning van de vaginale wand op, een verzakking van de baarmoeder en gemiddeld genomen komt de lubricatie minder gemakkelijk op gang. Dit resulteert onder meer in ongemakken bij coïtaal contact (Spence, 1992; Barbach, 2000). Deze ongemakken kunnen echter deels gecompenseerd worden door een langer voorspel, meer directe en langere genitale stimulatie, en hulpmiddelen zoals een glijmiddel. Daarnaast zijn er ook psychische gevolgen van de hormonale schommelingen die plaatsvinden tijdens de menopauze. Zo kan er een syndroom optreden dat vergelijkbaar is met het premenstrueel syndroom, waarbij vaker stemmingswisselingen en concentratiemoeilijkheden merkbaar zijn. Sommige vrouwen hebben last van opvliegers of veranderingen in de kwaliteit van de slaap en het slaappatroon. Ook de eetlust kan beïnvloed worden met een gewichtstoename of -afname tot gevolg. Al deze veranderingen kunnen er op hun beurt voor zorgen dat sommige vrouwen minder geïnteresseerd zijn in seksueel contact of dat ze zich er niet steeds comfortabel

bij voelen.

Bij de man treedt er tussen de leeftijd van 20 en 80 jaar een daling van ongeveer 35% op in de hoeveelheid testosteron die men terugvindt in het bloed, waardoor er gemiddeld genomen iets minder interesse in seksualiteit is. Net zoals bij de vrouw, is er nood aan een langere fase van voorspel en meer directe en langere stimulatie. Het zal ook langer duren vooraleer een man een erectie krijgt. Deze erectie zal doorgaans geen maximaal niveau bereiken - 80 à 90% van het eerdere erectievermogen - en minder lang behouden kunnen blijven omwille van een toename van het aantal veneuze kanalen. Na een orgasme zal ook de refractaire fase langer duren, zodat men langer moet wachten vooraleer men weer opgewonden kan raken en een nieuw orgasme kan krijgen (Harman, 2003; Helgason et al., 1996). Zowel bij de vrouw als bij de man blijft het weliswaar mogelijk om tot een orgasme te komen, maar de intensiteit en duur ervan neemt af naarmate men ouder wordt.

Daarnaast zijn er een aantal ziektes, die vaker bij ouderen dan bij jongeren optreden, en die op directe wijze het seksuele functioneren beïnvloeden. Men kan hierbij denken aan cardiovasculaire aandoeningen zoals hypertensie, hartaandoeningen en infarcten (Bai et al., 2004; Hackett et al., 2016; Rastogi, Rodriguez, Kapur, & Schwarz, 2005). Hoe ernstiger de aandoening, hoe groter de invloed op het seksuele functioneren. Bij de meeste mensen die een hart- of herseninfarct meemaken, zal de seksuele interesse dalen, maar wanneer er geen permanente gevolgen zijn van het infarct, is deze daling een tijdelijk fenomeen. Wanneer de bloeddoorstroming omwille van vaataandoeningen beperkt is in bepaalde regio's, kan het ook gebeuren dat er minder (lichamelijke) seksuele opwinding optreedt, zowel bij mannen als bij vrouwen. Medicatie ter behandeling van hart- of vaatziekten kan overigens ook een nadelig effect hebben op het lichamenlijk opgewonden geraken, waardoor een man minder snel een erectie krijgt en bij een vrouw minder lubricatie optreedt. Dit type van medicatie heeft in sommige gevallen ook een algemeen gevoel van vermoeidheid tot gevolg. Niet elk medicament heeft echter dit effect bij elke persoon. Daarom wordt aangeraden om de eventuele bijwerkingen te bespreken met een arts zodat men op zoek kan gaan naar alternatieve medicatie die minder impact heeft op verschillende domeinen van functioneren.

Diabetes is een andere lichamelijke aandoening die vaker optreedt op late leeftijd en die gepaard gaat met de eerder beschreven vasculaire veranderingen (Lindau et al., 2010; Nowosielski, Drosdzol, Sipiński, Kowalczyk, & Skrzypulec, 2010). Daarnaast treden ook neurologische symptomen op die een impact hebben op het seksuele functioneren. Zo kunnen zenuwen aangetast worden die verantwoordelijk zijn voor het krijgen van een erectie bij de man (Hackett et al., 2016). Op die manier kan diabetes resulteren in impotentie, die als frustrerend ervaren wordt want gevoelens van opwinding

blijven wel aanwezig. Bij vrouwen blijkt de impact van diabetes op het seksuele functioneren meer beperkt (Basson, Rucker, Laird, & Conry, 2001), al wordt door sommige auteurs gesuggereerd dat er wel moeilijkheden zijn maar dat die door oudere vrouwen minder snel gerapporteerd worden (Lindau et al., 2010).

Ook endocriene en metabole stoornissen zoals hyper- en hypothyroïdie (waarbij de hormonale huishouding wordt verstoord) gaan vaak gepaard met seksuele problemen, zoals moeilijkheden met de ejaculatie. Echter, deze problemen zijn vaak omkeerbaar wanneer een geschikte behandeling geboden wordt voor de aandoening (Carani et al., 2005).

Kanker heeft meestal een negatieve invloed op de seksuele interesse en tevredenheid. Afhankelijk van het soort kanker, het type behandeling (chemo- en radiotherapie, hormonale behandeling) en de locatie van de tumor, kunnen de effecten van kanker zeer uiteenlopend zijn (Bober & Varela, 2012). Algemeen genomen is het wel zo dat er een fundamentele verandering optreedt in het lichaamsbeeld, met vaak negatieve gevolgen voor zelfzekerheid en seksuele interesse. Het hormonale functioneren verandert. Het niveau van energie daalt en ook de seksuele responsiviteit neemt af als gevolg van veranderingen in de algemene gevoeligheid voor prikkels. Wanneer een diagnose relatief vroeg wordt gesteld en er een snelle en adequate behandeling volgt, dan is de impact meestal kleiner. Nadat de behandeling is stopgezet, kan er bovendien een herstel optreden van het seksuele functioneren.

Artritis, tot slot, zal het seksuele functioneren niet rechtstreeks beïnvloeden, maar wel indirect via lichamelijke ongemakken als gevolg van een gevoel van stijfheid en pijn in de gewrichten (Kobelt et al., 2012; Newman, 2007). Artsen raden wel eens aan om een aspirine of een ander type pijnmedicatie te nemen voordat men seksueel actief is. Ook het nemen van een warm bad voorafgaand aan de seksuele activiteit kan helpen om pijn te verminderen. Algemeen blijkt het een voordeel als men kan leren ontspannen voorafgaand aan seksueel contact (Newman, 2017). Tot slot wordt aangeraden dat men met verschillende posities of houdingen experimenteert om zo te ontdekken welke het meest comfortabel aanvoelen.

Naast de invloed van de ziekte zelf kunnen medische interventies zoals een operatie het seksuele functioneren rechtstreeks beïnvloeden. Daarbij kan men denken aan operatieve ingrepen bij prostaatkanker. In een aantal gevallen zullen deze lichamelijke aandoeningen echter niet rechtstreeks somatisch, maar veeleer via een psychologische en relationele omweg het seksuele leven verstoren (Brotto et al., 2016). Het duidelijkste voorbeeld hiervan ziet men bij ouderen die een hartinfarct hebben meegemaakt. Vele 'patiënten' kunnen, na herstel en revalidatie, zonder gevaar seksuele activiteiten stellen (als men zonder problemen het blokje rond kan lopen of twee trappen doen, kan men ook vrijen). Toch stelt men vast dat bij tal van koppels de seksu-

ele activiteit stopt; hier speelt angst een belangrijke rol (beducht als ze zijn te sterven zoals Pieter Paul Rubens).

In een koppelgesprek vertelt de man dat hij ernstige erectiestoornissen heeft en dat de artsen hem hebben verteld dat een herstel medisch gezien niet meer tot de mogelijkheden behoort. Maar hij vervolgt (en gaat dan over in het Duits): "... aber, ich habe fingerspitzengefühl."

Zowel bij de 'normale' seksuele veranderingen als bij de impact van ziektes speelt de mogelijkheid tot seksuele creativiteit een belangrijke rol in het behouden of herstellen van het seksuele welbevinden (Klein & Robbins, 1999). Dit betekent dat men samen op zoek gaat naar een voor beiden bevredigende seksuele activiteit, ook al zullen de gestelde daden verschillen van de praxis voorheen. De basis hiervan is het open gesprek, de open communicatie tussen de partners: kan men aangeven wat men leuk en aangenaam vindt en wat niet, en kan men luisteren naar de verzuchtingen hieromtrent van de partner? Vooral een grote groep hedendaagse hoogbejaarden hebben deze taal niet of onvoldoende geleerd; ze komen ook uit een tijdperk waarin men hierover, ook binnen een relatie, niet sprak, zeker in de burgerlijke milieus.

Dit open gesprek is overigens ook van groot belang bij het al dan niet beroep doen op de zogenaamde erectiepillen, zoals Viagra of Cialis. Als het nemen van deze medicijnen deel uitmaakt van een gezamenlijk project van beide partners, dan hebben deze pillen hun nut zeker al bewezen. In het tegenovergestelde geval, wanneer de man stiekem zijn toevlucht tot deze medicatie neemt, merken we in de praktijk op dat de inname ervan aanleiding heeft gegeven tot tal van misverstanden. Het is duidelijk dat de aard van de relatie, hoe men de gezamenlijke geschiedenis heeft verwerkt, of men zich al dan niet kwetsbaar kan opstellen, hoe men teder en troostend met elkaar kan omgaan - met andere woorden wat de kwaliteit is van de emotionele nabijheid - een niet te overschatten impact heeft op de kwaliteit van het seksuele leven. Voor sommige koppels blijft dit evenwel een lastige uitdaging.

Leven met chronische ziekte en dementie

Naar aanleiding van demografische verschuivingen, met een dubbele vergrijzing die een sterke toename van het aantal ouderen en hoogbejaarden inhoudt, zullen mensen wellicht vaker geconfronteerd worden met langdurige ziektes (Verschuren, Enzlin, Dijkstra, Geertzen, & Dekker, 2010; Wilmoth, 2007). Bij de meeste koppels vormt het ernstig chronisch ziek worden van één van de partners een immense uitdaging (Benbow & Beeston, 2012). Voor het altaar klonk een duidelijke 'ja' als de priester sprak over goede en kwade dagen. En voor velen is samen oud worden een mooi project; de realiteit is helaas nogal eens minder romantisch.

Recent onderzoek toonde aan dat de focus van de behandeling bij chronische aandoeningen stilaan evolueert van 'overleven' naar 'kwaliteitsvol kunnen leven met' een ziekte, waaronder ook het op een seksueel bevredigende wijze samenleven als koppel wanneer een partner lijdt aan diabetes, multiple sclerose, de ziekte van Parkinson, cardiovasculaire ziekte, trauma ter hoogte van het ruggenmerg, traumatische hersenschade, of amputatie (Verschuren et al., 2010). Toch is het zo dat de allerbeste voornemens niet kunnen verhinderen dat er aan de zorg voor de geliefde grenzen zijn. Als de partner blijvend bedlegerig wordt, is ook de andere partner aan het huis gekluisterd, zodat sociale contacten dreigen te verschromelen (Brodaty & Donkin, 2009). Bovendien heeft de 'gezonde' hoogbejaarde meestal zelf ook lichamelijke zorgen en beperkingen. Men heeft al zijn energie nodig om zichzelf staande te houden, zodat er niet veel overblijft voor de ander (Espinoza & Walston, 2005).

*Soms is hij net een vreemde voor me.
Dan kan ik hem niet bereiken. Het is
verschrikkelijk, een machteloos gevoel. Hij
hoort me wel, maar ik geloof dat hij me op
zulke momenten niet meer begrijpt. Dan
gedraagt hij zich alsof hij alleen is.*

J. Bernlef (1985)

De impact van een chronische aandoening op de relatie en de seksualiteit bij senioren is wellicht het meest uitgesproken wanneer men geconfronteerd wordt met een af andere vorm van dementie of een andere aandoening die de cognitieve mogelijkheden van de patiënt beperkt en/of diens persoonlijkheid aantast (Butcher, Holkup & Buckwater, 2001). Er bestaan verschillende ziektes en aandoeningen die kunnen leiden tot dementie. De DSM 5, een internationaal gebruikte handleiding voor psychiatrische diagnoses, onderscheidt 12 verschillende oorzaken van dementie (American Psychiatric Association, 2013). De vaakst voorkomende aandoeningen zijn op latere leeftijd een (1) ziekte van Alzheimer, (2) vasculaire cognitieve stoornis en (3) dementie met Lewy lichaampjes.

Een ziekte van Alzheimer wordt gekenmerkt door geheugenmoeilijkheden en problemen bij de woordvinding. Er is meestal een geleidelijke achteruitgang van het functioneren. De symptomen van een vasculaire cognitieve stoornis zijn afhankelijk van de locatie van de hersenschade op basis van verstoppingen van bloedvaten in de hersenen of hersenbloedingen. Meestal zijn er moeilijkheden met betrekking tot aandacht en de snelheid waarmee informatie verwerkt wordt. Er is bij deze aandoening typisch een stapsgewijze achteruitgang. Kenmerkend bij een dementie met Lewy lichaampjes zijn aandachtschommelingen en fluctuaties in de alertheid, stoornissen van de slaap met bewegingen ter hoogte van de benen (*Rem Sleep*

Behaviour Disorder, RSBD) en levendige dromen. Ge-regeld treden extrapiramidale symptomen op, zoals een tremor, vertraging, verminderde soepelheid bij de bewegingen, een afgevlakte mimiek en hypofonie. Tot slot hebben mensen met dit type dementie niet zelden moeilijkheden in de hogere orde visuele verwerking, waarbij voorwerpen verkeerd herkend worden of de ruimtelijke schatting verstoord is. Aansluitend treden visuele hallucinaties op. Bij mensen jonger dan de leeftijd van 65 jaar treedt relatief gezien vaker een frontotemporale degeneratie (FTD) op. Typerend voor de gedragsvariant van FTD zijn symptomen van ontremming, waarbij mensen ook de fijngevoeligheid kunnen verliezen voor wat gepast is in sociale situaties (decorumverlies) of uitgesproken apathie. Ziekte-inzicht ontbreekt meestal (Benbow, Marriot, Morley & Walsh, 1993). Er zijn ook talige varianten van FTD, waarbij in de eerste plaats taalproductie is aangetast (primair non-fluente afasie) of de semantiek en daarmee samenhangend het taalbegrip (semantische dementie).

Bij een gevorderde dementie of een cerebrovasculair accident waarbij de taalfunctie is aangetast (een vorm van afasie) zal de communicatie met de patiënt erg onder druk komen te staan. Vaak gaan de nuances dan snel verloren met daaraan gekoppeld de intimiteit op verbaal niveau (het echte intieme, persoonlijke gesprek).

Maar helaas is er vaak meer aan de hand. Hoewel in de DSM 5 nog steeds de nadruk wordt gelegd op cognitieve veranderingen als gevolg van dementie, is duidelijk gebleken dat ook gedrag en persoonlijkheid kunnen worden aangetast, in sommige gevallen nog voor het optreden van de eerste cognitieve symptomen, waardoor in het beginstadium van een dementieel proces weleens psychosociale verklaringen gezocht worden door familie en zelfs door professionele hulpverleners (Van Assche & Van de Ven, 2016). Eén van de eerste symptomen van een ziekte van Alzheimer, merkbaar tot twee jaar voor de diagnose, is sociaal teruggetrokken worden (Jost & Grossberg, 1996). Bij de ziekte van Parkinson ziet men afgevlakte emoties, of net omgekeerd affectabiliteit met een toegenomen angst en depressiviteit (Witjas et al., 2002). Bovendien hebben neurologische symptomen, zoals rigiditeit, niet alleen een invloed op de motoriek, maar ook op het denken. Dit wordt door partners al eens geïnterpreteerd als 'koppigheid'.

Hij zei: "Pijp me."

Ik zei: "Pardon?"

Hij zei met een afschuwelijk accent: "Je weet toch wel hoe je moet pijpen? Je doet gewoon je mond open, net als je kut – en zuigt."

Daarna keek hij me aan alsof hij wilde zeggen: nu weet je waar je aan toe bent, nu weet je met wie je te maken hebt.

Ik ging er maar van uit dat hij een slechte dag had, of dat het aan de medicijnen lag.

Julian Barnes (2011)

De zorg voor een demente partner verandert het samenleven op indringende wijze. Zoals we hierboven reeds hebben besproken, biedt een min of meer harmonieuze relatie op oudere leeftijd tal van voordelen op het gebied van welzijn en gezondheid; zo worden verlieservaringen doorgaans genomen beter geïncasseerd. Maar dit voordeel dreigt te verdwijnen wanneer de zieke partner niet langer een valide gesprekspartner is met wie men lief en leed delen kan. Bovendien kan men zich voorstellen dat het voeren van een discussie, en zeker het maken van ruzie, een haast onmogelijke bezigheid wordt. Hoe kan men immers scherp uit de hoek komen tegenover iemand die zich niet meer kan weren, die uitgeteld tegen het canvas ligt. De relatie verdampt onder meer omdat de voordelen van de constructieve tegenspraak verdwijnen, alsook de mogelijkheden om mekaar op een gelijkwaardig en genuanceerd niveau te troosten.

In de klinische praktijk kunnen drie vormen van stress opgemerkt worden in de zorg voor een familielid met dementie (Van de Ven, 2014). Vooreerst is er de *zorgstress*, waarbij men tal van huishoudelijke verantwoordelijkheden en zorgtaken op zich moet nemen; vooral voor de gezonde partner die voorheen deze taken niet of nauwelijks opnam, vergt dit een grote aanpassing. Daarnaast is er de *relatiestress*: langdurige zorg kan ook spanning teweeg brengen tussen de patiënt en diens zorgverlenende partner. Zo worden de inspanningen van deze mantelzorger niet steeds in dankbaarheid of met begrip aanvaard. Het meest belastende aspect van deze relatiestress is wellicht het feit dat men meer dan eens de macht moet overnemen: de patiënt is immers vaak niet in staat om de juiste beslissingen te nemen over het eigen welzijn. Deze stress is dan ook het grootst wanneer in het koppel juist deze partner, die voordien omtrent belangrijke zaken doorgaans het laatste woord had, dementeert. Tenslotte is er de *netwerkstress*: langdurige zorg kan ook spanningen teweeg brengen tussen familieleden onderling, met name tussen de gezonde partner en de volwassen kinderen; zo zal in sommige families de gezonde ouder vanwege zijn kinderen te weinig steun ervaren of juist extreme investeringen eisen.

In deze context spreekt men ook van anticiperend

rouwen (Cheung, Ho, Cheung, Lam & Tse, 2018). Men kan vaststellen dat de gezonde partner niet enkel rouwt om het verlies van de mentale gezondheid van de demente patiënt, maar evenzeer op voorhand rouwt door het besef dat de volgende stap het definitieve afscheid, namelijk de dood, betekent. Binnen dit anticiperend rouwen spelen, naast een uitgesproken depressiviteit, gevoelens van schuld en kwaadheid meestal een prominente rol. Die gevoelens kunnen op verschillende manieren duidelijk worden tijdens een gesprek. Zo kunnen schuldgevoelens betrekking hebben op de geschiedenis van het ziekteproces ("Heb ik wel tijdig medische hulp gezocht?"), maar zullen ze meer dan eens te maken hebben met de geschiedenis van de relatie ("Waarom ben ik tekort geschoten?... "Nu kan hij zich niet meer verdedigen en kunnen oude conflicten niet meer worden besproken."). Agressieve gevoelens richten zich op het lot (of op God), op de professionele hulpverleners, maar meer dan eens ook op de demente partner zelf (door zijn ziekte zit ik nu in deze penibele situatie). Het spreekt voor zich dat het bewust percipieren van agressie-gevoelens op zijn beurt aanleiding geeft tot schuldgevoelens.

Dat deze verschillende vormen van stress en dit anticiperend rouwen een grote impact hebben op de intimiteit, tederheid, erotiek en seksualiteit hoeft geen betoog. Maar er is meer. Bij vele patiënten die we tegenkomen in de praktijk heeft de dementie een grote invloed op het seksuele verlangen en gedrag. Zo ziet men bij sommige personen met dementie een uitgesproken ontremming, waarbij meermaals gedrag optreedt dat haaks staat op het gedrag van de betrokkene gedurende de jaren voordien (Ahmed et al., 2018). Het is voor de gezonde partner dan ook een helse opgave om hiermee om te gaan op een wijze waarbij men enerzijds respect toont voor (het verlangen van) de patiënt en anderzijds opkomt voor de eigen gevoelens en leefbaarheid.

Een 64-jarige dame vertelt: "Het seksuele leven staat bij ons al zo'n vijftien jaar op een laag pitje. Zowel voor mijn man als voor mij leek dit geen groot probleem; we hadden er beiden vrede mee. Maar enkele maanden geleden veranderde dit spectaculair: elke avond als we naar bed gingen wou hij seks. Ik zie hem nog graag, dus - hoe moet ik het zeggen - stond ik dat toe. Maar dit hield ik niet vol. Het was ook vreemd... het leek wel een vreemde. Dit werd voor mij enorm belastend. En ik kon daarover met niemand praten. We hebben een zeer goed contact met onze kinderen, maar dit wou ik hen besparen. Ook de huisarts wist van niks. Dit is eenzaamheid! Wanneer we, na heel wat omzwervingen in de professionele hulpverlening, uiteindelijk te horen kregen dat mijn man leed aan fronto-temporale

dementie was dat tezelfdertijd een verschrikking... en - hoe raar het ook klinkt - een opluchting. Nu kon ik het ten minste begrijpen...

Bij andere personen met dementie ziet men daarentegen een uitgesproken remming waarbij elke seksuele aandrift verdwijnt (Bronner, Aharon-Peretz, & Hassin-Baer, 2015). Het spreekt voor zich dat ook hier vele gezonde partners gekweld worden door gevoelens van eenzaamheid en machteloosheid.

Een 71-jarige dame komt in psychotherapie. Ze meldt zich aan met gevoelens van angst en verdriet die te maken hebben met de dementering van haar echtgenoot die lijdt aan de ziekte van Alzheimer. In het derde gesprek komt het thema seksualiteit aan de orde. Ze vertelt: "Mijn man en ik hebben altijd een erg lieflijke relatie gehad. We konden niet van mekaar afblijven. De laatste jaren was het toppunt van de week zaterdagochtend... eerst samen koffie drinken en de krant lezen... dan samen uitgebreid onder de douche. En nu, sinds hij deze verschrikkelijke ziekte heeft... als ik hem aanraak, wijst hij mij af... ik mag zelfs niet meer naar hem wijzen... Wees maar zeker: dit is eenzaamheid."

Na scheiding of overlijden

Het is vanzelfsprekend dat het ontbreken van een partner een grote invloed heeft op intimiteit en seksualiteit, bij vrouwen nog meer dan bij mannen (Deacon, Mini-chiello, & Plummer, 1995). Uiteraard ziet men hier bij senioren grote verschillen in de levensloop: sommigen hebben het grootste deel van hun leven zonder partner doorgebracht, anderen zijn op latere leeftijd uit de echt gescheiden of zijn alleenstaande na het overlijden van de levensgezel. Wat de intimiteit betreft kunnen vele oudere alleenstaanden - gelukkig maar - terugvallen op een vertrouwenspersoon. Dit is een goede vriend, een vriendin of een familielid met wie men gesprekken over persoonlijke bezorgdheden kan voeren. En vele ouderen willen het bij deze vorm van intimiteit houden; vriendschap wordt voor hen een belangrijk goed. Daarnaast wordt tederheid beleefd bijvoorbeeld in het contact met kleinkinderen. Een nieuwe relatie beschouwen zij als overbodig, soms zelfs als een bedreiging voor de gemoedsrust.

Wanneer men naast intimiteit ook seksualiteit wenst, kan men zich wagen aan een nieuwe relatie. Dit is vaak een complexe aangelegenheid, op de eerste plaats omdat mensen, na een scheiding of een overlijden, tijd nodig hebben om het verlies te verwerken; enkel als men zich goed in zijn vel voelt en de wonden enigszins zijn geheeld, kan men die stap zetten. Blijft natuurlijk de vraag hoe men als senior potentiële partners ontmoet.

Verkrampd op zoek gaan blijkt hier niet de beste strategie, wel zich tussen de mensen begeven en zien wie er op je pad komt. We merken dat vele ouderen hierin een grote creativiteit aan de dag leggen: men sluit zich aan bij culturele verenigingen en zoekt nieuwe hobby's. Ook de dansgelegenheden waar vele senioren zich verzamelen, zijn erg in trek. Daarnaast is er de laatste jaren ook het internet met de datingsites, waarvan sommige zich heel specifiek tot ouderen richten. En op verliefdheid staat geen leeftijd; soms vindt men iemand met wie het klikt. En wie niet waagt, niet wint. Maar zoals op alle leeftijden zal dit in het begin de nodige onzekerheid meebrengen. De valkuilen zijn bekend, zoals het vergelijken van de nieuwe met de vroegere partner of het koesteren en uitspreken van té hoge verwachtingen. Het vinden van een op elkaar afgestemd tempo is één van de uitdagingen.

Een specifiek aandachtspunt vormt de communicatie met de kinderen. Hun bezorgdheid heeft meestal te maken met de angst voor de emotionele schade die de ouder bij een eventuele mislukking van de nieuwe relatie kan oplopen. Maar soms spelen ook andere motieven, zoals de verering van de overleden ouder of de zorg voor het familiepatrimonium. Hoe dan ook, de wijze waarop de oudere en diens kinderen met dit knelpunt aan de slag gaan, wordt sterk gekleurd door de geschiedenis van de familiale relaties en meer bepaald hoe men - ondanks alle bezorgdheden - de grens tussen de generaties én de persoonlijke keuzes van elke betrokkene respecteert (Van Assche, 2015).

Het aantal ouderen dat een nieuwe seksuele relatie aangaat, is moeilijk te schatten. Dat heeft onder meer te maken met de observatie dat velen kiezen voor alternatieve relatievormen, zoals het ongehuwd samenwonen of de 'lat-relatie', *living apart together*, waarbij het nogal eens gaat om discrete tot geheim gehouden contacten.

Aandachtspunten voor de professionele hulpverlening

*Heer geef mij kuisheid,
Maar nog niet onmiddellijk.*

Augustinus (2009)

Een eerste aandachtspunt voor de professionele hulpverlening betreft het proces van psychotherapie. Bij het werken met senioren zal de psychotherapeut vaak (veel) jonger zijn dan zijn cliënt. Dit kan tot gevolg hebben dat die therapeut sommige heikele thema's, en de seksualiteit is er zo één, schroomvallig uit de weg gaat. Dit is hoegenaamd niet aangewezen: ervaring leert ons dat ouderen best 'tegen een stootje kunnen', zowel in individuele therapeutische contacten als binnen een koppeltherapie. Er is zelfs meer: dikwijls ervaart de patiënt een zekere opluchting wanneer hij of zij merkt dat de therapeut het thema seksualiteit ter sprake durft te

brengen.

Maar een seksueel probleem is meestal niet de eerste vraag of de aanmeldingsklacht. Als de oudere patiënt dit al te berde brengt, gebeurt dit meestal pas in de derde of vierde sessie. Eerst heeft hij of zij immers diagnostisch werk met de therapeut te verrichten, waarbij de patiënt op drie vragen een antwoord zoekt: Kent die zijn vak? Kan die tegen een stoot? Is die te vertrouwen? In het verdere verloop van de gesprekken zal de therapeut steeds respect tonen voor de particuliere seksuele en relationele geschiedenis en zal deze zeker niet te snel reageren vanuit de eigen normen en verwachtingen, die gezien zijn of haar jongere leeftijd vaak ingegeven zijn door een romantisch beeld van liefde, relatie en seks (Van Assche, 2015).

In de begeleiding van hulpbehoevende ouderen kunnen tal van hulpverleners (en dan vooral verpleegkundigen en zorgkundigen) voor 'hete vuren' komen te staan. Dit heeft onder andere te maken met het uitgangspunt van een goede begeleiding, namelijk dat men streeft naar een vertrouwensband met de oudere, waarbij empathisch luisteren en troosten een belangrijke plaats innemen. Dit kan uiteraard tot misverstanden leiden, waarbij seksuele gevoelens de oudere kunnen stuwten naar grensoverschrijdend gedrag. Hier deskundig mee omgaan - waarbij men de eigen grenzen respecteert en tezelfdertijd respect heeft voor de seksuele verlangens van de senior - is geen eenvoudige opgave, zeker niet voor beginnende hulpverleners. Onder andere om die reden is het aangewezen dat teams in de thuiszorg, in ziekenhuizen en in woonzorgcentra, beroep kunnen doen op coaching door een ervaren klinisch ouderenpsycholoog. Daarnaast kan het ontwikkelen van een algemeen beleid in verband met seksualiteit bij oudere cliënten helpend zijn. Het PLISSIT model is één voorbeeld van de manier waarop een algemeen kader voor 'omgang met seksualiteit' kan geconceptualiseerd worden (Annon, 1976). Het onderscheidt verschillende niveaus waarop een interventie kan gebeuren (zie Tabel 1).

Vanuit de bezorgdheid dat iedereen, en dus ook de oudere patiënt of bewoner, recht heeft op tegemoetko-

ming aan intieme en seksuele verlangens, is er ook seksuele dienstverlening voor hulpbehoevende ouderen. In Vlaanderen is er Aditi, een organisatie die zich richt op een seksualiteits- en intimiteitszorg op maat (Aditi). Deze organisatie biedt informatie en ondersteuning aan instellingen en organiseert opleidingen. Daarnaast is het ook mogelijk om via Aditi beroep te doen op een seksuele dienstverlener. Deze dienstverleners worden overigens opgeleid om te werken met personen met een beperking. Ook in Nederland zijn er enkele organisaties bezig met deze vorm van seksuele hulpverlening (Stichting voor Alternatieve Relatiebemiddeling).

Conclusie

De voorbije decennia werden gekenmerkt door een demografische verschuiving in de Westerse landen, die resulteert in een groot aantal 65-plussers en een nog grotere toename in het aantal 80-plussers. Dat mensen voor het eerst in de geschiedenis zo oud kunnen worden, is op zich goed nieuws. Het stelt de hulpverlener wel voor een aantal uitdagingen. Hoe moeten we seksuele verlangens begrijpen bij oudere cliënten? Wat zijn aandachtspunten in een relatietherapie? Dit zijn slechts twee voorbeelden uit een reeks van mogelijke vragen. Dit artikel bedoelde toe te lichten dat de meeste ouderen een relatief grote tevredenheid ervaren in hun (seksuele) relatie, ook al is de frequentie van de seksuele activiteit laag. Er zijn weliswaar psychische en lichamelijke veranderingen die optreden bij het ouder worden en deze hebben een invloed op het doorlopen van de seksuele responscyclus. Bovendien is de algemene kwetsbaarheid groter bij hoogbejaarden, wat ervoor zorgt dat seksuele activiteit bij velen minder vlot verloopt dan op jonge leeftijd. Seksuele creativiteit zal daarbij van belang zijn. Ook openheid van de - meestal jongere - hulpverlener ten aanzien van vragen in verband met seksueel disfunctioneren van een oudere cliënt is cruciaal. Het PLISSIT model kan hierbij helpend zijn. Wanneer de noodzaak bestaat aan meer gespecialiseerde medische ondersteuning, dient men zelfs bij de oudste ouderen door te verwijzen naar een seksuoloog, in de eerste plaats wanneer zij zelf een vraag

Tabel 1. Toelichting van het PLISSIT model

P	Permission	Iedereen in de organisatie geeft toestemming om aandacht te hebben voor intimiteit en seksualiteit
LI	Limited information	De meeste medewerkers kunnen algemene informatie geven over seksualiteit en de relatie met veroudering of ziekte
SS	Specific Suggestions	Sommige medewerkers kunnen specifieke suggesties geven vanuit hun rol of functie en collega's zijn hiervan op de hoogte
IT	Intensive Therapy	Enkel kunnen intensieve therapie geven (zoals een seksuoloog en/of relatietherapeut)

hebben naar hulp. Zoals op elke leeftijd, bestaat er ook bij ouderen variatie in hoeveel belang men hecht aan seksualiteit. Dat er ruimer in de maatschappij aandacht is voor het seksuele welzijn van ouderen, blijkt uit het bestaan van verenigingen zoals Aditi, die het mogelijk maken voor een hulpbehoevende oudere om een bevredigend seksueel leven te leiden. Er is echter nog veel ruimte voor verbetering in de ouderenzorg zoals die heden georganiseerd is. Zo is het bijvoorbeeld nog allesbehalve vanzelfsprekend dat ouderen in verpleeghuizen voldoende privacy krijgen om een seksueel leven verder te zetten of uit te bouwen. Hiervoor zijn veranderingen in infrastructuur en in de houding van hulpverleners nodig, maar dit dient ook in het beleid van een instelling vorm te krijgen.

Literatuur

- Annon, J. (1976). The PLISSIT Model: a proposed conceptual scheme for the behavioural treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2, 1-15.
- Aditi, *wie zijn we?* (z.j.) Geraadpleegd op 2 januari 2019 via <http://aditi-vzw.be/nl/over-ons/wie-zijn-we/>
- Ahmed, R. M., Goldberg, Z. L., Kaizik, C., Kiernan, M. C., Hodges, J. R., Piquet, O., & Irish, M. (2018). Neural correlates of changes in sexual function in frontotemporal dementia: Implications for reward and physiological functioning. *Journal of Neurology*, 265, 2562-2572.
- Augustinus, A. & White, C. (2009). *Belijdenissen*. Eindhoven: Damon Vof.
- Averett, P. & Jenkins, C. (2012). Review of the literature on older lesbians: Implications for education, practice, and research. *Journal of Applied Gerontology*, 31(4), 537-561.
- Averett, P., Yoon, I. & Jenkins, C. L. (2011). Older lesbians: Experiences of aging, discrimination and resilience. *Journal of Women & Aging*, 23(3), 216-232.
- Bai, Q., Xu, Q. Q., Jiang, H., Zhang, W. L., Zhu, J. C. (2004). Prevalence and risk factors of erectile dysfunction in three cities of China: A community-based study. *Asian Journal of Andrology*, 6(4), 343-348.
- Barbach, L. G. (2000). *The pause: Positive approaches to perimenopause and menopause. Revised edition*. New York: Plume.
- Barnes, J. (2011). *Alsof het voorbij is*. Amsterdam/Antwerpen: Atlas.
- Basson, R. J., Rucker, B. M., Laird, P. G., & Conry, R. (2001). Sexuality of women with diabetes. *Journal of Sexual & Reproductive Medicine*, 1(1), 11-20.
- Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D. & Skoog, I. (2008). Secular trends in self-reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70-year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *BMJ (online)* 337(7662):a279.
- Benbow, S. M., Marriott, A., Morley, M., Walsh, S. (1993). Family therapy and dementia: Review and clinical experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 717-725.
- Benbow, S. M., & Beeston, D. (2012). Sexuality, aging, and dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1026-1033.
- Bernlef, J. (1985). *Hersenschimmen*. Amsterdam: Querido.
- Bober, S. L., & Varela, V. S. (2012). Sexuality in adult cancer survivors: Challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*, 30(30), 3712-3719.
- Bretschneider, J. G., & McCoy, N. L. (1988). Sexual interest and behaviour in healthy 80- to 102-year-olds. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 109-129.
- Brodsky, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-228.
- Bronner, G., Aharon-Peretz, J., & Hassin-Baer, S. (2015). Sexuality in patients with Parkinson's disease, Alzheimer's disease, and other dementias. *Handbook of Clinical Neurology*, 130, 297-323.
- Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C. E., Byers, S., Graham, C., Nobre, P., Wylie, K. (2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 538-571.
- Carani, C., Isidori, A. M., Granata, A., Carosa, E., Maggi, M., Lenzi, A., & Jannini, E. A. (2005). Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(12), 6472-6479.
- Cheung, D. S. K., Ho, K. H. M., Cheung, T. F., Lam, S. C., & Tse, M. M. Y. (2018). Anticipatory grief of spousal and adult children caregivers of people with dementia. *BMC Palliative Care*, 17(1), 124.
- Crawford, M., & Popp, D. (2003). Sexual double standards: A review and methodological critique of two decades of research. *Journal of Sex Research*, 40(1), 13-26.
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Hershberger, S. L., & O'Connell, T. S. (2001). Aspects of mental health among older lesbian, gay, and bisexual adults. *Aging & Mental Health*, 5(2), 149-158.
- Deacon, S., Minichiello, V., & Plummer, D. (1995). Sexuality and older people: Revisiting the assumptions. *Educational Gerontology*, 21, 497-513.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed.) (2013). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Drummond de Andrade, C. (2006). *De liefde, natuurlijk*. Utrecht: De Arbeidspers.
- Elsschot, W. (1992). *Het Huwelijk. Uit Verzameld werk*. Amsterdam: Querido.
- Espinoza, S., & Walston, J. D. (2005). Frailty in older adults: Insights and interventions. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 72(12), 1105.
- Freud, S. (2010). *Three contributions to the theory of sex*. New York: Cosimo.
- Gils, G. (1977). *Een handvol ingewanden*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Hackett, G., Krychman, M., Baldwin, D., Bennett, N., El-Zawahry, A., Grazzotti, A., ... & Incrocci, L. (2016). Coronary heart disease, diabetes, and sexuality in men. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 887-904.
- Hamamura, T. (2012). Are cultures becoming more individualistic? A cross-temporal comparison of individualism-collectivism in the United States and Japan. *Personality and Social Psychology Review*, 16(1), 3-24.
- Harman, S. M. (2003). Testosterone, sexuality, and erectile function in aging men. *Journal of Andrology*, 24(6), s42-45.
- Helgason, A. R., Adolfsson, J., Dickman, P., Arver, S., Fredrikson, M., Göthberg, M., & Steinbeck, G. (1996). Sexual desire, erection, orgasm and ejaculatory functions and their importance to elderly Swedish men: A population-based study. *Age & Ageing*, 25, 285-291.
- Jost, B. C., & Grossberg, G. T. (1996). The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: A natural history study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(9), 1078-1081.
- Kalra, G., Subramanyam, A., & Pinto, C. (2011). Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(4), 300-306.
- Klein, M., & Robbins, R. (1999). *Let me count the ways: Discovering great sex without intercourse*. New York: Tarcher.
- Kobelt, G., Texier-Richard, B., Mimoun, S., Woronoff, A. S., Bertholon, D. R., Perdriger, A., ... & Combe, B. (2012). Rheumatoid arthritis and sexuality: a patient survey in France. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(1), 170.
- Kunzmann, U., & Baltes, P. B. (2003). Wisdom-related knowledge: Affective, motivational, and interpersonal correlates. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 29(9), 1104-1119.
- Kuypers, L., & Fokkema, T. (2010). Loneliness among older lesbian, gay,

- and bisexual adults: The role of minority stress. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1171-1180.
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muirheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357, 762-774.
- Lindau, S. T., Tang, H., Gomero, A., Vable, A., Huang, E. S., Drum, M. L., ... & Chin, M. H. (2010). Sexuality among middle-aged and older adults with diagnosed and undiagnosed diabetes: a national, population-based study. *Diabetes Care*, 33(10), 2202-2210.
- Margelisch, K., Schneewind, K. A., Violette, J., & Perrig-Chiello, P. (2017). Marital stability, satisfaction and well-being in old age: Variability and continuity in long-term continuously married older persons. *Aging & Mental Health*, 21(4), 389-398.
- Mulligan, T., Retchin, S. M., Chinchilli, V. M., & Bettinger, C. B. (1988). The role of aging and chronic disease in sexual dysfunction. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 520-524.
- Newman, A. M. (2007). Arthritis and sexuality. *Nursing Clinics of North America*, 42(4), 621-630.
- Nowosielski, K., Drosdzol, A., Sipiński, A., Kowalczyk, R., & Skrzypulec, V. (2010). Diabetes mellitus and sexuality. Does it really matter? *The journal of Sexual Medicine*, 7(2), 723-735.
- Pfeiffer, E., Verwoerd, A., & Wang, H. S. (1969). The natural history of sexual behavior in a biologically advantaged group of aged individuals. *Journal of Gerontology*, 24, 193-198.
- Rastogi, S., Rodriguez, J. J., Kapur, V., & Schwarz, E. R. (2005). Why do patients with heart failure suffer from erectile dysfunction? A critical review and suggestions on how to approach this problem. *International Journal of Impotence Research*, 17(S1), S25.
- Spence, S. H. (1992). Psychosexual dysfunction in the elderly. *Behaviour Change*, 9(2), 55-64.
- Stichting voor Alternatieve Relatiebemiddeling. (z.j.) Geraadpleegd op 3 januari 2019 via <https://www.stichtingsar.nl/index.html>
- Vaillant, C. O., & Vaillant, G. E. (1993). Is the U-curve of marital satisfaction an illusion? A 40-year study of marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 230-239.
- Van Assche, L. (2015). *Partnerrelatie, intimiteit en seksualiteit in de tweede levenshelft*. Antwerpen: Garant.
- Van Assche, L. & Van de Ven, L. (2016). Partnerrelaties en beginnend psycho-organisch lijden. *Geron*, 18(3), 55-57.
- Van de Ven, L. (2014). *Troost*. Antwerpen: Garant.
- Van Ussel, J. M. W. (1982). *Geschiedenis van het seksuele probleem*. Amsterdam: Boom.
- Verschuren, J. E., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H., & Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *Journal of Sex Research*, 47(2-3), 153-170.
- Waite, L. J., Laumann, E. O., Das, A., Schumm, L. P. (2009). Sexuality: Measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the National Social Life, Health, and Aging Study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(Suppl. 1), i56-66.
- Wilmoth, M. C. (2007). Sexuality: A critical component of quality of life in chronic disease. *Nursing Clinics of North America*, 42(4), 507-514.
- Winn, R. L., & Newton, N. (1982). Sexuality in aging: A study of 106 cultures. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 283-298.
- Witjas, T., Kaphan, E., Azulay, J. P., Blin, O., Ceccaldi, M., Pouget, J., ... & Chérif, A. A. (2002). Nonmotor fluctuations in Parkinson's disease: frequent and disabling. *Neurology*, 59(3), 408-413.

Summary

Relationships and sexuality in later life

Sexuality in old age has long been considered a taboo subject, especially in older individuals with chronic disease and disability. Even though there is an increasing awareness of the importance of the theme, there is still need for more scientific and clinical attention. In this paper, we discuss recent findings concerning long-term relationships and sexual function in later life. We look at the impact of frequently occurring illnesses on sexuality in old age. Specifically, the impact of dementia on physical and emotional intimacy is considered. Also, developmental tasks for older couples are clarified. Next, we elaborate on challenges faced by individuals who become single after a divorce or the decease of a partner. The current paper discusses theoretical assumptions based on empirical research and inspired by clinical practice. We have attempted to highlight the main challenges for professionals who are working with older individuals.

Keywords: Old Age, Relationship, Sexuality, Therapy

Trefwoorden: Ouderen, Partnerrelatie, Seksualiteit, Hulpverlening