

# Hulpverleners moeten onderwerp seksualiteit bespreekbaar maken

Mw. Y. van Baardwijk, teamleider SBWU, eigenaar Praktijk voor Seksuele Coaching

Yvonne van Baardwijk werkt parttime als teamleider bij de SBWU (Stichting Beschermd Wonen Utrecht) De SBWU biedt begeleiding en huisvesting aan mensen met psychiatrische en/of verslavingsproblemen. Daarnaast begeleidt zij mensen met seksuele problemen vanuit haar eigen praktijk: Senga | Praktijk voor Seksuele Coaching. Yvonne verzorgt trainingen binnen de GGZ op het gebied van seksualiteit.

## Visie

Iedereen heeft met seksualiteit te maken; zowel hulpverleners als patiënten. Yvonne is ervan overtuigd dat alle professionele hulpverleners over vaardigheden beschikken om dit onderwerp bespreekbaar te maken. Dit artikel is geschreven om hulpverleners bewust te maken van het belang van het bespreken van seksualiteit. Yvonne hoopt dat dit artikel dat extra duwtje in de rug geeft, zodat iedere hulpverlener het onderwerp durft aan te snijden. Tevens reikt zij handvatten aan hoe je dit in de praktijk kan brengen. Het uitgangspunt hierbij is: je kunt niets verkeerd doen zolang je goed luistert naar je patiënt en hem respectvol benadert.

## Seksualiteit bespreekbaar maken

Het bespreekbaar maken van het thema seksualiteit is voor veel hulpverleners lastig. We vinden het eng, het komt te dicht bij of we weten niet hoe we het gesprek moeten aanvangen. We ontkennen de aanwezigheid van problemen op dit gebied en vermijden het thema. Dat is jammer. Onze patiënten hebben ook, net als wij, behoefte aan contact, intimiteit en seksualiteit.

Hulpverleners die seksualiteit wel bespreken erkennen dat het thema een levensgebied is dat aandacht verdient. Zij vinden dat het tot hun takenpakket behoort en vertrouwen op hun vaardigheden als hulpverlener om dit thema bespreekbaar te maken.

Psychiatrische patiënten ondervinden meer seksuele problemen door hun ziekte of door medicijngebruik. Dit zie je ook terug bij mensen met een chronische lichamelijke ziekte. De misvatting is vaak dat deze mensen wel wat anders aan het hoofd hebben dan seksualiteit. De aandacht gaat meestal uit naar andere levensgebieden. Het thema seksualiteit krijgt hierdoor onvoldoende aandacht. Dat is een gemis als je bedenkt dat een prettige seksuele beleving een positieve uitwerking heeft op lichaam en geest. Hulpverleners zijn geneigd om zich te richten op het ziektebeeld van de patiënt, of dit nou een lichamelijke

of geestelijke ziekte is. Vanuit professioneel oogpunt is het belangrijk om het ziektebeeld voor ogen te houden. Niettemin is het goed om te kijken naar de wensen en mogelijkheden van een patiënt. Er is maar één manier om daar achter te komen... het gesprek aangaan.

## Kunnen wij seksuele problemen verhelpen?

Wij kunnen er niet voor zorgen dat een patiënt geneest van een chronische aandoening. Wel kunnen wij zorgen voor ondersteuning in het ziekteproces. Wij kunnen patiënten helpen door naar ze te luisteren. Indien je jouw (professionele) sociale vaardigheden inzet, kun je al veel betekenen voor je patiënt. Je hoeft niet gespecialiseerd te zijn in dit onderwerp om iemand te helpen. Ik ga hierbij uit van het PLISSIT-model. PLISSIT staat voor:

Permission  
Limited Information  
Specific Suggestion  
Intensive Therapy

Het PLISSIT-model is een gestructureerde aanpak dat wordt gebruikt om seksualiteit bespreekbaar te maken of om antwoord te geven op vragen over seksuele zorgen of problemen.

Uitgangspunten van het PLISSIT-model:

- ♦ Iedere hulpverlener kan seksualiteit bespreekbaar maken.
- ♦ De hulpverlener is van grote waarde in het creëren van gelegenheid om over seksualiteit te kunnen praten. Pas daarna kan voorlichting of begeleiding worden gegeven.

## PLISSIT-model

Het model kenmerkt zich door vier fasen:

1. Het geven van toestemming aan de patiënt om over seksualiteit te praten;
2. Het geven van informatie;

3. Het geven van advies;
4. Gespecialiseerde behandeling.

### 1. Het geven van toestemming om over seksualiteit te praten

Toestemming geven is in eerste plaats luisteren. Elke vorm van hulpverlening staat of valt met de vaardigheden van een hulpverlener om goed te luisteren. Het is belangrijk om je bewust te zijn van je eigen referentiekader met betrekking tot seksualiteit. Door afstand te nemen van je eigen normen en waarden, kun je aandachtig luisteren zonder te oordelen. In deze fase geef je de patiënt de mogelijkheid om over zijn relatie en of seksualiteit te praten.

Toestemming geven is ook 'geruststellen' en 'aanmoedigen'. Soms willen patiënten alleen maar weten of hun problemen normaal zijn. Toestemming geven lost niet alle seksuele en relationele problemen op. Het helpt voornamelijk om de bezorgdheid van patiënten over (hun) verlangens, gevoelens en gedragingen weg te nemen.

*Ik ben van mening dat iedere hulpverlener deze eerste fase van het PLISSIT-model vanuit zijn professionaliteit kan uitvoeren. Mocht je hier geen vertrouwen in hebben, dan is het wellicht goed om te onderzoeken wat deze drempel veroorzaakt.*

### 2. Het geven van informatie

Het geven van beperkte informatie is de tweede fase in het PLISSIT-model. Seksuele problemen hebben immers vaak te maken met onvoldoende kennis of verkeerde opvattingen. Hulpverlening bestaat daarom voor een groot deel uit het geven van informatie. Dit betekent voor de hulpverlener dat hij een zekere seksuologische bagage dient te hebben.



*Naar mijn idee heeft vrijwel iedereen, met enige levenservaring voldoende bagage op dit gebied. Daarnaast kun je gebruik maken van informatiefolders, internet etc. De website van Rutgers WPF leent zich hier uitstekend voor. ([www.rutgerswpf.nl](http://www.rutgerswpf.nl))*

### 3. Het geven van advies

Alhoewel je deze fase (zelfstandig) kan uitvoeren, zul je in veel gevallen in deze fase doorverwijzen omdat de deskundigheid ontbreekt. In tegenstelling tot de eerste twee fasen, is het voor het geven van advies belangrijk om eerst informatie over het probleem in te winnen. Het is belangrijk om een beeld te krijgen van de geschiedenis of ontwikkeling van het seksuele probleem.

### 4. Gespecialiseerde behandeling

Deze fase wordt, in de regel, uitgevoerd door een deskundige die is opgeleid op het gebied van seksuologische hulpverlening. Het geven van advies en/of intensieve therapie zijn directe pogingen om de patiënt te helpen zijn gedrag aan te passen zodat gestelde doelen kunnen worden gehaald. Het PLISSIT-model laat zien dat je niet alles zelf hoeft te doen. Het is goed om te weten wat jij kan en tot welke stap van het PLISSIT-model jij kan én wil gaan. Vervolgens is het goed om te weten wanneer en aan wie jij je patiënten kan doorverwijzen.

Alhoewel jij als hulpverlener niet het probleem (de beperking, ziekte) kan wegnemen, kun jij zaken wel bespreekbaar maken. Jij kunt ondersteuning bieden door te praten over de lichamelijke of psychische effecten van de ziekte. Een chronische aandoening heeft vaak ook indirect veel effect op seksualiteit. Je kunt hierbij denken aan lichamelijke ongemakken (pijn, moeheid, incontinentie, droogheid slijmvliezen), uiterlijke veranderingen (gewichtstoename) etc.

### Casus

Vorig jaar begeleidde ik een patiënt van 34 jaar, gediagnosticeerd met schizofrenie. Hij had zijn eerste psychose op 25-jarige leeftijd.

In eerste instantie vroeg ik in hoeverre hij tevreden was over zijn sociale netwerk en vervolgens naar eventuele wensen op het gebied van een intieme relatie. Hij gaf aan voor zijn eerste psychose een seksuele relatie gehad te hebben. Hij vertelde dat zijn leven is opgesplitst in twee delen: vóór en ná zijn eerste psychose. Voor de psychose was hij een spontane jongeman die gemakkelijk contact legde, ook bij de dames. Nu was alles veranderd: hij is angstiger in contact met anderen en ook zijn uiterlijk is door de medicatie veranderd. Zo is hij ruim 25 kilo aangekomen waardoor hij zich onzeker voelt over zijn lijf. Samen stonden we stil bij de veranderingen die schizofrenie met zich mee hadden gebracht en het verlies wat hij heeft geleden.

Ik merkte daarna dat hij soms zelf over seksualiteit begon. Een terugkerend onderwerp was zijn onzeker-

heden met betrekking tot zijn lijf. Blijkbaar had ik laten merken dat ik bereid was om hierover te praten; naar mijn idee al een hele winst. Dit steunde mij om tijdens een gesprek over verandering van medicatie door te vragen naar de bijwerkingen op seksueel vlak. Ik heb gevraagd of hij daar meer informatie over wilde, maar hij gaf met een glimlach aan al paar keer 'gegoogled' te hebben.

Op deze manier kun je zien dat fase 1 en 2 van het PLISSIT-model goed zijn uit te voeren. Indien mijn patiënt meer advies nodig en/of vragen zou hebben, dan was het een optie geweest om door te verwijzen naar zijn psychiater. Maar in dit geval was luisteren en geruststellen voldoende. Mocht hij nog eens verder willen praten, dan weet hij nu dat hij ook bij mij aan het juiste adres is.

### Hoe breng ik seksualiteit in gesprek?

Rode koontjes, gestotter en gegiechel... Hoe ga je het gesprek aan?

De meeste mensen vinden het moeilijk om seksualiteit te bespreken met een patiënt. Alhoewel rode blossen en gestotter niet prettig zijn, zou ik je willen adviseren om je daar niet door te laten weerhouden. Sterker nog: maak er gebruik van. Indien jij het moeilijk vindt om het thema te bespreken, kun je dit delen en je kwetsbaar opstellen. Je kunt als hulpverlener 'spelen' met afstand/nabijheid en dit functioneel inzetten. Zowel jij als jouw patiënt vinden het wellicht moeilijk om te bespreken: dat hebben jullie gemeen!

Op deze manier schep je een prettige en gelijkwaardige sfeer waarin je het gesprek aangaat. Uiteraard bewaak jij zowel de grenzen van jezelf als die van jouw patiënt en maak je dit indien nodig bespreekbaar.

Om seksualiteit bespreekbaar te maken is het belangrijk dat je ziet wanneer een gelegenheid zich voordoet zodat je daar gebruik van kan maken. Wacht hierbij niet totdat jouw patiënt erover begint, want de kans is groot dat hij dat niet durft. Ik ben van mening dat het aan de hulpverlener is om het gesprek aan te knopen. Op deze manier geef jij toestemming aan de patiënt om over dit thema te praten (fase 1 PLISSIT-model). Je kunt gebruikmaken van talrijke bruggetjes. Bij de volgende onderwerpen kun je makkelijk bruggen slaan: sociale contacten, lichamelijke ongemakken, uiterlijke veranderingen, medicijngebruik et cetera.



Het vergt wellicht wat lef, maar je zult zien dat het steeds gemakkelijker wordt.

### Samengevat

- ♦ Mensen met chronische aandoeningen (lichamelijk/geestelijk) ondervinden meer seksuele problemen.
- ♦ Iedereen kan seksualiteit bespreken met behulp van het PLISSIT-model. Kijk tot waar jouw professionaliteit reikt en wanneer je doorverwijst.
- ♦ Creëer een veilige, gelijkwaardige sfeer en snij het thema aan. Maak gebruik van bruggetjes voor een natuurlijk verloop van het gesprek.
- ♦ Vertrouw op je vaardigheden als professioneel hulpverlener en bedenk: ik kan niets fout doen zolang ik aandachtig luister en mijn patiënt respectvol benader.

Mocht je nog vragen hebben of informatie willen dan kun je deze stellen aan Yvonne van Baardwijk via haar website [www.senga.nu](http://www.senga.nu) of rechtstreeks via haar e-mail adres: [info@senga.nu](mailto:info@senga.nu).



**morgen** kunt u haar gerust weer een vraag stellen

**Bel de gratis KWF Kanker Infolijn**  
**0800 - 022 66 22**  
Al uw persoonlijke vragen over kanker persoonlijk beantwoord

iedereen verdient een morgen