

column Willeke Bezemer

'Geen zin' hebben we allemaal wel

Ik kan tegenwoordig geen gezondheidsblad meer openstaan of ik lees iets over 'Female Sexual Dysfunction'. Met hoofdletters en afgekort tot FSD. Het oogt als iets nieuws en - vanwege die hoofdletters - van groot gewicht. FSD slaat op de gewone seksuele problemen van vrouwen. Die zijn: geen of weinig zin, geen of weinig opwinding, geen orgasme, pijn bij het vrijen en vaginisme. Met andere woorden: FSD is de verzamelnaam voor alle seksuele disfuncties van vrouwen, op een hoopje gegooid. Dat het op gewone problemen slaat, blijkt ook wel uit de frequentie waarmee FSD zou voortkomen. In menig artikel lees ik dat 43 procent van de vrouwen hier last van heeft - ze baseren zich kennelijk allemaal op hetzelfde onderzoek. Dat FSD

Antidepressiva zijn beruchte libidoremmers.

heel gewoon is, blijkt verder uit de geruststelling die in alle artikelen wordt gegeven. Want 'iedere vrouw kan tijdens haar leven last kan krijgen van FSD'. Dat lijkt mij ook! Volgens mij is een percentages van 43 zelfs een ernstige onderschatting. Want stel dat je zo rond je 20ste seksueel actief wordt en ermee ophoudt op je 70ste (ik ga maar even uit van ronde getallen), dan duurt je seksuele carrière dus vijftig jaar. En dan moet ik geloven dat slechts 43 procent van al die vrouwen in die vijftig jaar onderweg wat seksuele avontuur zou oplopen? Neem alleen al het libidoverlies van zwangere vrouwen, om maar te zwijgen van jonge moeders. Dat duurt soms jaren.

Ook ziekte kan debet zijn aan libidoverlies en opwindingsproblemen. Soms is de ziekte de oorzaak zoals bij diabetes, andere keren hebben libidoverlies of opwindingsproblemen met de symptomen te maken. Denk maar aan de astmapatiënt die seks vermindert uit angst voor benauwdheid en de reumapatiënt die de zin vergaat vanwege pijn. Ook snapt iedereen dat het hoofd van de meeste kankerpatiënten niet echt naar vrijen staat. Verder hebben veel medicijnen bijwerkingen. Slaapmiddelen, rustgevende medicijnen en antidepressiva zijn beruchte libidoremmers. Zelfs orale anticonceptie heeft soms dit effect. En drank. Een beetje alcohol verhoogt de zin, maar een beetje méér heeft het tegenovergestelde effect.

Dat zijn alleen nog maar de fysiieke oorzaken van FSD. Belang-

riker is wat 'tussen de oren' kan plaatsvinden. Stress en emotionele belasting doen de zin in seks vergaan. En omdat ik me niet kan voorstellen dat vijftig jaar van een leven voorbijgaan zonder stress, neem ik zomaar aan dat véél vrouwen ergens in hun leven langer durend libidoverlies oplopen. Stergevallen, relatieproblemen, kinderen, werk en werkloosheid, financiële problemen, een depressieve partner, ruzie met familie, vrienden en burens. Stress, stress, stress.

Ik ben er dan ook van overtuigd dat alle vrouwen op enig moment in hun leven een periode van FSD doormaken. Niet zomaar *een keer* - *ije* geen zin of pijn bij het vrijen, maar gedurende een langere periode. Zo was het en zo is het. Waarom dan nu zo benadrukt dat weliswaar veel vrouwen

FSD kunnen ervaren, maar echt niet iedereen? Ik vrees dat ik het antwoord wel heb: de lobby van de farmaceutische industrie. Ze creëren een probleem (FSD), benadrukken dat veel vrouwen het kunnen ervaren (43 procent), maar geven ook aan dat het normaler is om het niet te hebben (57 procent). Gelukkig is de oplossing nabij. Want lezen wij niet óók berichten over de ontwikkeling van een soort Viagra voor vrouwen?

TIPS EN MOGELIJKHEDEN

Incontinentieslips bieden uitkomst

De meest voorkomende behandelingen bij incontinentie:

■ **Bekkenfysiotherapie**
Doel van deze therapie is dat u de bekkenbodemspieren weer op een bewuste manier leert gebruiken. U leert ze aanspannen en ontspannen op het moment waarop dat nodig is.

■ **Blastraining**
Doelstelling van de training is weer een zo'n normaal mogelijk plaspatroon te bereiken. Het is aan te raden dat een arts, bekkenfysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige u helpt bij deze training.

■ **Toiletgedrag**
Veel mensen die last hebben van urineverlies plassen niet goed uit. Hierdoor ontstaat de kans dat er urine achterblijft in de blaas. Om goed uit te plassen, moet worden gelet op juist toiletgedrag. Rechtop zitten, bekkenbodem ontspannen, zodat u in één

keer uitplast. Niet persen; hierdoor gaat de plaspuis juist dicht.

■ **Hulpmiddelen**
Hulpmiddelen zoals verbanden, luiers, incontinentieslips en katheters lossen de oorzaak van het probleem niet op, maar kunnen wel een uitkomst zijn.

■ **Medicijnen bij overactieve blaas**
Bij een overactieve blaas wordt de blaas buiten uw wil om geprikkeld en samengetrokken. Medicijnen kunnen ervoor zorgen dat u de blaas weer onder controle krijgt.

■ **Pessarrium**
Een ring of pessarium kan een verzakte blaas of verzakte baarmoeder weer op de juiste plaats terugbrengen.

■ **Operaties**
Afhankelijk van de aard van de verzaking zijn er verschillende soorten operaties. Een gynaecoloog of uroloog kan u daarover informeren.

BRON WWW.BEKKENBODEM.NL

onder 1400 vrouwen tussen de 45 en 85 jaar oud in Brielle. Zij vulden een vragenlijst in en 650 van deze vrouwen kregen ook inwendig onderzoek. De resultaten van het onderzoek waren schokkend. Slechts een kwart van de vrouwen was continent, de rest had problemen. „Een hele grote groep,” zegt Slieker-Ten Hove. „Vooral als je bedenkt dat het merendeel van deze vrouwen geen hulp zoekt. Er is veel stil leed.”

Plotselinge druk in de buik opvangen blijkt ook moeilijk voor vrouwen met sterke bekkenbodemspieren.

Opvallend in het onderzoek was dat ook vrouwen met sterke bekkenbodemspieren slecht in staat waren plotselinge druk in de buik op te vangen. „Nu we dat weten, kunnen we daar ook gericht op trainen. Want die reflex is weer aan te leren.” De missie van Slieker-Ten Hove is nu om vrouwen goed en duidelijk voor te lichten over problemen en wat ze zelf kunnen doen, alleen of met een bekkenfysiotherapeut. „Het gaat niet vanzelf over, maar gelukkig is er iets te doen aan incontinentie- en verzakingsproblemen,” zegt Slieker-Ten Hove. „Als iemand eenmaal een verzakking heeft, is dat niet meer terug te draaien. Maar het is wel mogelijk om de klachten te verminderen en de verzakking te stagneren, anders gaat het van kwaad tot erger. Door het doen van oefeningen met de bekkenbodemspieren kan het aantal operaties op termijn hopelijk worden teruggedrongen.”

In haar proefschrift identificeerde Slieker-Ten Hove een risicogroep: vrouwen die een grote kans hebben op een verzakking met bijbehorende problemen. „Deze vrouwen voldoen aan drie criteria. Het eerste criterium heeft te maken met erfelijkheid. Hun moeder heeft een verzakking. Het tweede kenmerk is het

zien of voelen van een balletje in de vagina tijdens de zwangerschap. Dat duidt op een verzakking. En het derde kenmerk is het doen van zwaar lichamelijk werk.

„En dat doen bijna alle jonge moeders. Want behalve de baby, die de hele dag wordt rondgezuuld, hebben ze vaak nog een peuter die ook wil worden opgetild. En de kindervragen. De boodschappen moeten in één keer de auto uit, want de baby huilt, en ga zo maar door.”

Preventie is voor deze vrouwen belangrijk, omdat ze vrijwel zeker problemen krijgen. Vrouwen die in de risicogroep zitten, zouden zich al tijdens de zwangerschap - maar vooral daarna - actief met hun bekkenbodem moeten bezighouden. Dat kan door het simpelweg doen van oefeningen, aanspannen van de bekkenbodem die omhoog moet gaan en niet naar buiten, en het trainen van de reflex door tijdens het hoesten of nieseen bewust de spieren aan te spannen. Ook vrouwen die niet in de risicogroep vallen, doen er verstandig aan deze oefeningen te doen.

„En vrouwen die al last hebben van incontinentie moeten vooral niet blijven rondlopen met hun problemen,” adviseert Slieker-Ten Hove. „Ga naar de huisarts of naar een bekkenfysiotherapeut. Want het leven wordt een stuk leuker als de problemen zijn opgelost en je je niet langer hoeft te generen voor een ongelukje.”

Meer informatie:

- www.bekkenbodem.nl
- www.bekkenbodem.net (vereniging voor bekkenbodempatiënten)
- www.bekkenfysiotherapie.nl (adressen van bekkenfysiotherapeuten)



FOTO JOOST HOVING