



## **Seksuologie**

Oefenpakket & begrippenlijst seksuologie

50-10-166

PSYCHOLOGIE BACHELOR 2

**\* 8403021 \***



## JoHo Samenvattingen

JoHo biedt een compleet pakket samenvattingen aan. In dé studentenwinkels van Nederland vind je bijvoorbeeld uitgebreide boekuittreksels, stamplijsten, handige schema's, samenvattingen van arresten, collegeaantekeningen en oude tentamens met uitwerkingen. Deze producten zijn aanvullend op je lesstof en studieboeken, besparen je tijd, vergroten je slagingskans en worden niet voor niets door vrijwel iedere student in de grote studentensteden al jaren als onmisbaar ervaren!

Kijk voor het actuele aanbod op JoHo.nl

Bij de samenstelling van de samenvattingen proberen we zoveel mogelijk de kwaliteit te waarborgen. We kunnen echter geen verantwoordelijkheid aanvaarden voor het gebruik ervan. De materialen dienen als hulpmiddel en niet als vervanging van bijvoorbeeld het volgen van onderwijs of het bestuderen van boeken.

## Hoe te verkrijgen?

- In het JoHo center  
*Het volledige aanbod is hardcopy verkrijgbaar in het JoHo center van jouw stad. Hoge kortingen voor JoHo leden.*
- Online via JoHo.nl  
*Een groot gedeelte van het aanbod is ook online gratis te downloaden voor JoHo leden.*

## Werken voor JoHo

JoHo zoekt voortdurend afgestudeerden voor het maken en controleren van de samenvattingen.

## JoHo centers

Je vindt de JoHo centers in Amsterdam, Den Haag, Groningen, Leiden, Rotterdam en Utrecht. Voor adressen en openingstijden, kijk op JoHo.nl

# The World of JoHo



JoHo **helpt** wereldwijd talent te ontwikkelen, kennis over te dragen en samen te werken.

JoHo **werkt** wereldwijd voor studenten, reizigers, vrijwilligers, expats en ondernemers.

JoHo **geeft** wereldwijd kortingen, hulp, advies, bemiddeling en gratis aidsen.

## **Inhoudsopgave**

**Oefenvragen B t/m N**

**Begrippenlijst A t/m N**

## Oefenvragen

### B. De geschiedenis

*Waarom stelden Masters en Johnson in hun therapie geen surrogaatpartner voor een vrouw beschikbaar maar wel bij de man? (blz. 19)*

Omdat Masters en Johnson meenden dat seksuele effectiviteit voor vrouwen niet noodzakelijk is voor de voortplanting en omdat vrouwen ten gevolge van hun socialisatie meer behoefte hebben aan warmte en expressie van wederzijdse emotionele reacties.

*Waardoor veranderde de definitie van seks inhoudelijk van voortplanting naar seks met instemming? (blz. 20)*

Doordat de APA homoseksualiteit niet langer als mentale stoornis bestempelde.

*Noem de twee grote zienswijzen op seksuologie en hun kernpunten. (blz. 20 t/m 22)*

1. Seksualiteit als sociaal-maatschappelijk product. De maatschappelijke regulering bepaalt wat mensen als seksualiteit ervaren, geeft aan welke betekenis seksualiteit heeft en bepaalt in welke mate mannen en vrouwen het recht hebben hun eigen seksualiteit vorm te geven.
2. Seksualiteit als biologische benadering. Door seksuele reproductie ontstaat een grote genetische diversiteit. Om dit te realiseren, hebben mannen en vrouwen een verschillende investering te maken. Vrouwen hebben een beperkte vruchtbaarheids capaciteit (door een zwangerschap van 9 maanden) en mannen hebben een relatief onbeperkte vruchtbaarheids capaciteit. Om succesvol te kunnen reproduceren zullen vrouwen terughoudender moeten zijn.

*Wat leidt tot het heen en weer pendelen tussen de twee grote zienswijzen wat betreft seks?*

In de jaren '70 heerste de opvatting dat seksualiteit in sterke mate sociaal en maatschappelijk bepaald was. Effectieve psychologische interventies boden dan ook een goed instrument om op individueel niveau veranderingen te bewerkstelligen, waardoor mensen leerden hun eigen seksualiteit vorm te geven.

Sinds 1985 is de invloed van de psycholoog afgenomen, mogelijk door een tekort aan bewijs over effectiviteit van behandeling; door de hermedicalisering van de seksuologie; de snellere acceptatie van biomedische interventies ten opzichte van psychologische interventies; en de slechtere opleidingen tot seksuoloog.

De huisarts werd door de komst van de pil niet alleen voorschrijver, maar ook voorlichter en adviseur. Daarom kreeg seks onder huisartsen meer aandacht en werden er cursussen ontwikkeld. Hiernaast werd er betere medicatie ontwikkeld voor seksuele disfuncties.

### C. Wetenschappelijk onderzoek

*Geef bij het essentialistische model, het sociaal-constructionistische model en het biopsychosociale model kort de inhoudt weer en welke onderzoeksmethoden het best gebruikt kunnen worden.*

1. Bij het essentialistische model wordt ervan uit gegaan dat bepaalde verschijnselen

natuurlijk, onvermijdelijk en universeel zijn. Dergelijke theorieën kunnen onderzocht worden met experimentele methoden door de hypothesen te toetsen die in een eerdere onderzoeksfase ontwikkeld zijn. Hierbij kan vragenlijst- en interviewonderzoek een rol spelen.

2. Sociaal-constructionistische theorieën hebben als uitgangspunt dat de mens de buitenwereld beleefd door de ogen van de sociale omgeving en niet objectief. De bestaande wereld kan een mens alleen waarnemen door zijn bestaande schema's. Ook seksuologie is een product van de cultuur, waarover scripts bestaan (wat is normaal, met wie, hoe moet het er uit zien). Om deze te onderzoeken wordt gebruik gemaakt van interviews, zelfrapportage en inhoudsanalyses.
3. De biopsychosociale theorieën van seksualiteit zijn in feite een combinatie van het essentialisme en het sociaal-constructionisme. Seksuologie valt volgens deze theorie niet te verklaren vanuit een strikt biologisch of psychologisch kader. Er moet dus sprake zijn van een meervoudige bepaling, waarbij beide onderzoeksmethoden gebruikt kunnen worden.

*Waarom is er naar geneesmiddelen beter en meer onderzoek gedaan dan naar psychologische behandelingen?*

Behandelingen (farmaceutisch of psychologisch) hebben een bepaald effect op een cliënt. Naast de feitelijke werking van de behandeling is ook het vertrouwen in de behandeling en de relatie met de arts van invloed op het herstel. Bij geneesmiddelen is het effect van deze nonspecifieke factoren makkelijk mee te nemen door placebo-onderzoek. Placebo-onderzoek is moeilijk bij psychologische behandelingen omdat niet duidelijk is hoe de placebo-behandeling er uit zou moeten zien, zonder ongeloofwaardig te worden.

*Noem een voordeel en een nadeel van klinisch onderzoek ten opzichte van niet-klinisch onderzoek.*

Voordeel: Klinisch onderzoek heeft een grotere ecologische realiteitswaarde. Doordat de omstandigheden waaronder het onderzoek wordt uitgevoerd in verschillende opzichten hetzelfde zijn als die van de dagelijkse klinische praktijk. Hierdoor worden de mogelijkheden om de bevindingen naar deze dagelijkse praktijk te generaliseren aanzienlijk vergroot, waarmee de externe validiteit toeneemt.

Nadeel: Om een effect goed te kunnen meten, moeten de onderzoeksgroepen uit deelnemers bestaan met zoveel mogelijk dezelfde kenmerken. Dit is moeilijk te bereiken, waardoor een risico ontstaat voor een daling van de interne validiteit.

*Noem een voordeel en een nadeel van observationeel onderzoek.*

Voordeel: Experimentele interventies zijn niet altijd mogelijk, waardoor observatie een goed alternatief instrument kan zijn (zoals bij de invloed van een chronische ziekte).

Nadeel: bij observationeel onderzoek speelt interpretatie een belangrijke rol. Dit is een gevaar voor de interne en externe validiteit.

*Noem een voordeel en een nadeel van zelfrapportage onderzoek.*

Voordelen: Het is goedkoop en het kost weinig tijd. Er kunnen constructen mee gemeten worden die de innerlijke beleving van iemand betreffen. Ook kan er vastgesteld worden dat een bepaalde situatie een probleem vormt voor iemand. Dit wordt uit observatie of experimenteel onderzoek niet altijd duidelijk.

Nadelen: de interne en externe validiteit is niet te verzekeren. Een respondent kan namelijk sociaal

wenselijke antwoorden geven of de vraagvorm niet begrijpen.

*Noem een voordeel en een nadeel van psychofysiologisch onderzoek.*

Voordeel: Variabelen zijn nauwkeurig te isoleren waardoor er betere verbanden gelegd kunnen worden. Dit leidt tot een hoge meetprecisie.

Nadeel: Het onderzoek kan leiden tot een te grote focus op fysieke metingen. Het is belangrijk om de bijbehorende subjectieve ervaring mee te nemen in de analyse. Ook vindt dit type onderzoek plaats in laboratoria en onderzoekskamers, waardoor de reactie van de proefpersoon kan verschillen met de dagelijkse praktijk.

## **D. De biologische kant van seksualiteit**

*Bespreek de normale embryonale ontwikkeling van de geslachtsorganen voor zowel de man als de vrouw.*

Als de celkernen een X en Y-chromosoom bevatten, ontstaat een testis. Als ze twee X-chromosomen bevatten ontstaat een ovarium. Tot vijf weken na de conceptie zijn de genitalia voor man en vrouw hetzelfde: ze bevatten twee genitale plooien, twee buizen van Wolff en twee buizen van Müller.

Seksuele differentiatie vindt plaats doordat tijdens de embryonale ontwikkeling de testes wel en de ovaria niet sturend werken in de morfologische ontwikkeling: zonder sturing groeit de foetus dus automatisch uit tot een vrouw.

De sturing bij het mannelijke embryo: de genitale plooien ontwikkelen zich tot testes. Bij ongeveer acht weken beginnen de Leydig-cellen in de testes met de productie van testosteron, onder invloed van een gonadotrofine uit de placenta (HCG). Testosteron is het actieve hormoon voor differentiatie en groei van de buizen van Wolff. Uit deze buizen ontstaan later vasa deferentia (zaadleiters), epididymidos (bijballen) en vesiculae seminales (zaadblaasjes). Later groeien de mannelijke uitwendige genitalia: penis en scrotum (balzak). In die fase worden de testes aangestuurd door de gonadotrofinen LH en FH. De nog onrijpe Sertoli-cellen in de foetale testes maken AMH, dat aanzet tot de blokkering van de aanmaak van de buizen van Müller. Bij de vrouwelijke foetus ontwikkelen de buizen van Müller zich tot uterus (baarmoeder), tubae uterinae (eileiders) en het diepe deel van de vagina.

Tot de negende week kunnen de uitwendige genitalia differentiëren tot beide geslachten. Aanvankelijk bestaan er een tuberculum genitale, genitale plooien en genitale zwellingen. Deze differentiëren tot de glans, de urethrale plooien, die de urethrale spleet omgeven, en de labioscrotale zwelling. Voor de differentiatie van de mannelijke sinus urogenitalis en de mannelijke uitwendige genitalia is testosteron nodig, in het bijzonder de metaboliet dihydrotestosteron (DHT). Zoals gezegd zijn er voor de vrouwelijke differentiatie van de uitwendige genitalia geen hormonen nodig.

*Noem twee fysiologische verschillen tussen het mannelijk en vrouwelijk orgasme.*

Ten eerste is de vrouw in staat verschillende orgasmen kort na elkaar te hebben als doorgedaan wordt met seksuele stimulatie. De meeste mannen ervaren een refractaire periode waarin seksuele stimulatie niet effectief is en hun erectie en seksuele opwindning uitblijven.

Ten tweede is de vrouw in staat een orgasme langer te beleven. In de bijzondere gevallen kan er een 'status orgasmus' optreden die tussen de 20 en 60 seconden kan aanhouden.

*Bespreek de psychosomatische cirkel van seks (van Bancroft).*

Het schema benadrukt het cirkelvormige karakter van het psychosomatisch systeem. Cognitieve factoren, alsmede tactiele prikkels worden verondersteld bepaalde centra in het limbisch systeem

en in het ruggenmerg te beïnvloeden, te 'prikkelen'. Deze centra zijn vervolgens verantwoordelijk voor het al dan niet optreden van veranderingen in genitalia of elders in het lichaam. Bewustwording van deze lichamelijke veranderingen kan stimulerend of remmend werken. Deze bewustwording maakt de cirkel rond. Het is belangrijk te beseffen dat op elk punt in de cirkel zowel stimulerende als remmende mechanismen invloed kunnen hebben (plussen en minnen in het figuur). Wanneer het systeem positief geactiveerd is, 'ontrolt' het zich totdat een orgasme optreedt, waarna, speciaal bij de man, een tijdelijk 'uitschakelmechanisme' werkzaam is.

*Leg uit waardoor de productie van geslachtshormonen wordt beïnvloed en hoe de negatieve feedbackloop werkt.*

De hypothalamus bevat neurosecretore cellen die GnRH afscheiden. GnRH zorgt ervoor dat de gonadotrofinen (gonadestimulerende hormonen) LH en FSH worden aangemaakt. Deze hormonen zetten de gonaden aan, waardoor bij de man testosteron wordt geproduceerd en bij vrouwen oestradiol, progesteron en testosteron. Hoge concentraties geslachtshormonen hebben een remmend effect op GnRH. Hierdoor vermindert de productie van geslachtshormonen in de gonaden. Lage concentraties stimuleren juist het vrijkomen van GnRH.

*Waardoor kan onze genderidentiteit verschillen van ons fysieke gender?*

Dit ontstaat door structuurverschillen in de hersenen. Factoren die interfereren met de interactie tussen hormonen en de zich ontwikkelende hersensystemen kunnen onze genderidentiteit beïnvloeden. Aangezien de seksuele differentiatie van de genitalia veel vroeger in de ontwikkeling plaatsvindt (namelijk in de eerste twee maanden van de zwangerschap) dan de seksuele differentiatie van de hersenen (beginnend in de tweede helfte van de zwangerschap tot aan de volwassenheid), kunnen beide processen onafhankelijk van elkaar beïnvloed worden.

## E. De psychologische oriëntaties

*Deel het mannelijk en vrouwelijk orgasme in naar adaptatie, bijeffect of ruis en leg uit waarom.*

Het mannelijk orgasme is adaptatie, omdat het onderdeel is van de ejaculatie en zodoende bijdraagt aan genetisch reproductief succes.

Het vrouwelijk orgasme is een bijeffect omdat het niet leidt tot een groter genetisch reproductief succes. Of: het vrouwelijk orgasme is een adaptatie omdat het de hechting tussen twee partners in een langetermijnrelatie zou versterken (kan dus zowel adaptatie als bijeffect zijn).

*Geef aan bij welke sekse het proces van seksuele selectie het sterkst aanwezig is en leg uit waarom.*

De sekse met de hoogste ouderschapsinvestering zal relatief gezien het meest interseksuele selectie gebruiken. De verklaring daarvoor is dat de sekse die het meeste investeert er het meeste belang bij heeft om kieskeurig te zijn, zodat de kansen op genetisch reproductief succes vergroot worden. Aangezien een zwangerschap negen maanden duurt en vrouwen daardoor een beperkte vruchtbaarheids capaciteit hebben, hebben ze er evolutionair belang bij om zo aantrekkelijk mogelijk te zijn – en dus onder elkaar te concurreren – voor de genetisch beste mannen. Tevens hebben ze er belang bij om kieskeurig te zijn, zodat ze de tijd hebben om vast te stellen of een potentiële partner een genetisch goede partner is. Omgekeerd zal de sekse met de laagste investering in het ouderschap vooral intraseksuele competitie vertonen. Bij de mens is dat de man, die met een bijna onbegrensde vruchtbaarheids capaciteit in staat is met een eenmalige seksuele daad een bevruchting te bewerkstelligen. Toegang tot meer vrouwen en dus competitie met andere mannen om hen deze toegang te onthouden, verhoogt dan de kans op genetisch reproductief succes.



*Noem de vijf relaties tussen de Big Five en seksueel gedrag.*

1. Openheid is positief gecorreleerd met een sterkere seksuele motivatie en meer aandacht voor en preoccupatie met het seksuele.
2. Consciëntieusheid is positief gecorreleerd met minder aandacht voor en preoccupatie met seksualiteit.
3. Extraversie is positief gecorreleerd met een sterkere seksuele motivatie, meer aandacht en preoccupatie en negatief gecorreleerd met seksuele angst.
4. Aardigheid is negatief gecorreleerd met seksuele motivatie, aandacht en preoccupatie.
5. Neuroticisme is positief gecorreleerd met seksuele angst en negatief gecorreleerd met seksuele motivatie, aandacht en seksuele satisfactie.

## F. De seksuele levensloop

*Bespreek de ontwikkeling van genderidentiteit in de leeftijd van 0 tot 12 jaar.*

Voor het eerste levensjaar kunnen baby's het verschil zien tussen een man en vrouw. Tussen het tweede en derde jaar gaan kinderen beseffen dat ze zelf een jongetje of meisje zijn en tot welke sekse anderen behoren. Tussen het derde en vierde jaar dringt door dat gender een constant gegeven is. Kinderen weten welk gedrag mannelijk en vrouwelijk is en ze zijn hierbij beter op de hoogte van de eigen rol dan van die van de andere sekse. In deze leeftijd gaan leeftijdsgenoten een steeds grotere invloed uitoefenen op genderrolgedrag. Vanaf het zesde jaar wordt de voorkeur voor het spelen met kinderen van de eigen sekse sterker. Doordat er culturen binnen jongens- en meisjesgroepen ontstaan, doen de seksen ieder hun eigen ervaringen op. De relaties van jongens zijn hiërarchisch en competitief; ze lopen vaak te koop met hun kennis van seksualiteit. Meisjes spelen in kleinere groepen en paren, hierbij gaat het om samenwerken en aardig zijn.

*Noem de 6 ontwikkelingsfasen van intieme relaties..*

1. De kennismakingstijd
2. Gaan samenwonen of trouwen, de eerste tijd samen
3. De geboorte en opvoeding van jonge kinderen
4. Midlifeproblemen en de opvoeding van adolescenten
5. Samen overblijven als de kinderen het huis uitgaan
6. Pensionering, samen oud worden, grootouders worden.

*Relaties krijgen vaak geleidelijk aan een meer vriendschappelijk karakter en dat heeft invloed op de beleving van seksualiteit. Leg uit waar het verschil tussen vriendschap en seksuele aantrekkingskracht op gebaseerd is..*

In vriendschap zoekt men bevestiging van zichzelf. Men zoekt ondersteuning voor eigen ideeën en opvattingen en bevestiging in de keuzen die men maakt. Dit kan gaan over politieke voorkeur, beroep, kledingkeuze. Vriendschap is dus gebaseerd op overeenstemming, op gelijkheid en werkt egoversterkend en identiteitsbevestigend.

Seksuele aantrekkingskracht heeft een andere basis dan vriendschap. Iemand die men seksueel aantrekkelijk vindt blijkt altijd belangrijke kenmerken te hebben die men zelf niet heeft. Bij seksuele aantrekkingskracht wordt de eigen identiteit overschreden. Seksualiteit wordt door Tripp in het kader van een ruilmodel geplaatst: men exporteert bepaalde kenmerken die de ander niet heeft maar wel aantrekkelijk vindt en men importeert aantrekkelijke kenmerken van de ander waar men zelf niet over beschikt.

*Noem twee punten waar de vrijfrequentie door wordt beïnvloed.*

Seksuele en relationele satisfactie, relatieduur (niet zozeer door leeftijd).

## G. Seksuele diversiteit

*Noem enkele voorbeelden van seksuele diversiteit tussen de seksen.*

Vrouwen willen hun partners langer en beter kennen voordat ze er seks mee willen. Ook geven ze sterker de voorkeur aan relationele in tegenstelling tot recreatieve seks. Vrouwen hechten meer belang aan de sociale en economische status van hun partner.

Mannen vinden jeugdigheid en lichamelijke aantrekkelijkheid van hun partners belangrijker dan vrouwen. Mannen zijn jaloers om seksuele ontrouw van de vrouw en vrouwen zijn jaloers om emotionele ontrouw. Het seksuele verlangen van mannen is groter dan van vrouwen, mannen willen dikwijls vaker seks dan ze hebben. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen meer kunnen (ze zijn minder afhankelijk van coïtus voor seksuele opwindning, zijn gevoelig voor een bredere range van seksuele stimuli en zijn vaker in staat tot meervoudige orgasmen) en dat mannen meer willen (Baumeister en Tice).

*Welke mogelijke reden wordt gegeven voor de 150-jarige cyclus in seksuele permissiviteit?*

De incidentie van soa. Bij een vrijere seksuele moraal en complexere seksuele netwerken ontstaat een grotere verspreiding van soa. Die doet vervolgens de roep om beperking, abstinentie en huwelijks trouw aanzwellen. Is de soa-incidentie dientengevolge weer omlaag gegaan, dan waant men zich weer veilig en herneemt men de verloren vrijheid. Zo is er sprake van een slingerbeweging.

## H. Genderproblematiek

*Noem de 7 kenmerken waarop primaire en secundaire transseksuelen verschillen.*

Primair	Secundair
Lage aanmeldingsleeftijd	Hoge aanmeldingsleeftijd
Levenslang cross-gendergedrag	Later begin cross-gendergedrag
Minder psychische problemen	Meer psychische problemen
Geen fetisjistische seksuele opwindning	Wel fetisjistische seksuele opwindning
Goede postoperatieve uitkomst	Minder goede postoperatieve uitkomst
Homoseksueel of seksueel gericht op personen eigen biologische geslacht	Heteroseksueel of seksueel gericht op van het personen van het andere biologische geslacht

*Geef een mogelijke reden waarom de incidentie van genderdysforie bij mannen hoger ligt dan bij vrouwen.*

Zowel jongens als meisjes identificeren zich in de vroegste fase van hun leven met de moeder. Daarna moeten jongens, om masculien te worden, zich de-identificeren. Meisjes hoeven dit niet te doen waardoor dit ook geen 'identiteitsproblematiek' op kan leveren.

*Leg uit wat de eerste en tweede diagnostische fasen bij genderproblemen inhoudt.*

Bij de eerste diagnostische fase wordt er een uitvoerige anamnese afgenomen. Daarnaast wordt veel aandacht besteed aan de psychoseksuele ontwikkeling van de betrokkene. Het seksuele gedrag, de seksuele oriëntatie en het lichaamsbeeld komen aan bod. Er wordt een diagnostisch profiel opgesteld aan de hand van de assen van de DSM IV. Zo kan er een beeld gevormd worden van het functioneren en eventuele co-morbiditeit. Het is belangrijk om alternatieve diagnoses te overwegen omdat deze misschien behandeld kunnen worden met minder ingrijpende methoden.

De tweede diagnostische fase bevat de real life test, waarin de persoon een tijdlang dient te leven

in de rol van het gewenste geslacht zonder dat deze reeds een operatie ondergaan heeft. Soms wordt hiernaast wel met een hormoonbehandeling gestart en in sommige centra is psychotherapie hierbij verplicht.

## I. De hulpverleningsrelatie

*Leg uit wat er verstaan wordt met de 'werkalliantie' tussen hulpverlener en cliënt.*

De hulpverlener en cliënt werken samen om de machteloosheid te doorbreken die de cliënt verhinderen om het leerproces met succes te verlopen. De hulpverleningsrelatie fungeert dus niet alleen als sociale context van verandering, maar ook als instrument tot verandering. Gezien dit instrumentele karakter van de hulpverleningsrelatie wordt er binnen de psychotherapie gesproken van de werkalliantie tussen hulpverlener en cliënt.

*Beschrijf de vier basale functies van de hulpverleningsrelatie zoals beschreven door Cormier & Hackney.*

- De hulpverleningsrelatie biedt een veilige situatie voor de cliënt om zich te kunnen uiten en zich kwetsbaar te kunnen opstellen.
- De hulpverleningsrelatie is een medium om sterke gevoelens bij de cliënt op te roepen en de cliënt te helpen deze gevoelens onder controle te krijgen.
- De hulpverleningsrelatie kan voor de cliënt een sterk bekrachtigende en motiverende functie hebben. De cliënt krijgt mogelijk het gevoel er niet alleen voor te staan.
- De hulpverleningsrelatie kan een modelfunctie vervullen. De cliënt kan zien hoe plezierig en nuttig een interpersoonlijke relatie kan zijn als binnen zo'n relatie op een constructieve manier wordt gewerkt aan het oplossen van problemen.

## J. Diagnostiek en interventies

*Noem de twee soorten lichamelijk onderzoek en hun doel.*

Diagnostisch onderzoek: dit dient ter vaststelling of uitsluiting van lichamelijke factoren die het seksuele probleem veroorzaken, bijdragen of een gevolg ervan zijn. Educatief en/of therapeutisch seksuologisch onderzoek: dit heeft tot doel om de patiënt te informeren over de eigen seksuele anatomie en fysiologie en inzicht te verschaffen in de mogelijke lichamelijke oorzaken van het seksuele probleem.

*Benoem en beschrijf de vijf perioden in de historie van de psychologische interventies bij seksuele problemen.*

Psychoanalytische periode	< 1970. Seksuele problemen werden opgevat als symptomatologie van onopgeloste en onbewuste conflicten uit de kindertijd. Behandeling was individueel en gericht op bewustwording.
Gedragstherapeutische aanpak	Eind 1950. Seksuele disfunctie werd beschouwd als geconditioneerde respons. Behandeling was gericht op symptomen en het uitdoven van faalangst.
Masters en Johnson-periode	Partnerrelatietherapie, met een behandeling van onder andere sensate focus oefeningen.
Neo-Masters en Johnson-periode	Integratie van de methode van Masters en

	Johnson met de gedragstherapeutische en analytische principes.
Psychobiologische periode	Midden 1980. Een samenkomst van biologische aspecten en psychodynamische, gedragstherapeutische en cognitieve therapie, bij individuen, relaties of groepen.

*Noem twee vormen van behandeling gebaseerd op het leertheoretische model en beschrijf deze.*  
 Systematische desensitisatie: dit richt zich op het verminderen van de geconditioneerde angst door contraconditionering met behulp van relaxatie.

Exposure in vivo: hierbij wordt het aangeleerde vermijdingsgedrag opgeheven, waarna de angst die opkomt kan uitdoven.

## K. Seksuele disfuncties bij vrouwen

*Geef aan of een seksuele aversiestoornis ontstaat door preparatorische conditionering (verwachtingsleren) of door evaluatieve conditionering (uiting van sociaal leren) en leg uit waarom.*  
 Een seksuele aversiestoornis ontstaat door evaluatieve conditionering.

Angst verwijst naar de verwachting dat iets beangstigends gaat komen, zoals pijn. Deze angst ontstaat door preparatorische conditionering. Vrouwen met een aversiestoornis ervaren niet zozeer angst, als wel gevoelens van afkeer, walging. Dit ontstaat door evaluatieve conditionering.

## L. Seksuele disfuncties bij mannen

*Leg uit waarom het belangrijk is om te kijken of de erectie tot stand kan komen tijdens de slaap bij mannen met een erectiele disfunctie?*

Dit is om uit te sluiten dat de disfunctie somatisch van aard is. Als er 's nachts wel een erectie optreedt, is het mechanisme nog intact. Er kan hiermee onderscheid gemaakt worden tussen een psychogene en een somatische erectiestoornis.

*Waarom is psychodiagnostiek belangrijk bij seksuele klachten?*

Ten eerste kan er comorbide psychopathologie opgespoord worden. Ten tweede kan gerichte psychodiagnostiek de aanwezigheid van cruciale psychologische factoren in de specifieke etiologie van de verschillende disfuncties in kaart brengen, zodat hieraan in de psychologische behandeling gepaste aandacht kan worden besteed.

## M. Parafilieën en aanverwante stoornissen

*Wat is het belangrijkste verschil tussen de DSM-IV en de DSM-IV-TR wat betreft parafilieën en geef hierbij een voorbeeld van een diagnose die soms niet gesteld kon worden op basis van de criteria van de DSM-IV?*

In de DSM-IV wordt als diagnostisch criterium genoemd dat de fantasieën, impulsen of gedragingen moeten resulteren in lijden dat klinisch van belang is of in beperkingen in het sociale beroepsmatige functioneren of op een ander belangrijk gebied. Dit criterium is niet meer van toepassing in de DSM-IV-TR, omdat het voorheen zo was dat bijv. de diagnose pedofilie niet kon worden gesteld als de diegene er zelf niet onder leed en er geen sociale beperkingen door ondervond.

Geef vier mogelijke verklaringen tussen de man-vrouwratio (30:1) in prevalentie van parafilieën.

1. Mannen zouden een grotere biologische plasticiteit hebben en daardoor makkelijker door een brede waaier van psychoseksuele stimuli geconditioneerd worden.
2. Ten gevolge van hun grotere visuele (seksuele) gevoeligheid zouden mannen een grotere parafiele kwetsbaarheid hebben dan vrouwen.
3. Omdat mannen zich in tegenstelling tot vrouwen ontwikkelingspsychologisch dienen te de-identificeren met hun eerste verzorgende object, een vrouw (hun moeder), zouden ze een grotere kans hebben op de ontwikkeling van een parafilie.
4. In tegenstelling tot de drie voorgaande hypothesen, stelt deze zienswijze dat mannen en vrouwen intrinsiek niet verschillen. Maar dat de seksualiteit van vrouwen sociaal minder geaccepteerd is, waardoor ze hun parafiele verlangens minder gemakkelijk erkennen en uiten. Zodat het op het eerste gezicht lijkt dat parafilieën meer voorkomen bij mannen. Zo wordt bijvoorbeeld de hypothese geopperd dat seksueel exhibitionisme bij vrouwen veel meer geaccepteerd is dan bij mannen in de westerse wereld.

Leg uit wat een hofmakingsstoornis inhoudt, noem de fases van het hofmaken en noem bij elke fase een bijbehorende parafilie.

Een hofmakingsstoornis is een stoornis in de normale seksuele interactiesequentie. De fases zijn: waarnemen van potentiële partner, pretactiele interactie, tactiele interactie en genitale eenwording. Voyeurisme is een verstoring van de eerste fase, exhibitionisme van de tweede fase, frotteurisme in de derde fase en preferentiële verkrachting is een verstoring van de laatste fase.

Beschrijf de zes modules waaruit een cognitief-gedragstherapeutische behandeling van parafilieën bestaat.

- a. Het reduceren van ongepaste seksuele opwinding en het aanleren van gepaste seksuele opwinding.
- b. Het aanleren of optimaliseren van sociale vaardigheden.
- c. Het bewerken van cognitieve processen als waarden, attitudes en schema's die een parafiele expressie bevorderen.
- d. Het aanleren of optimaliseren van relationele vaardigheden (met bijzondere aandacht voor intimiteit en hechting).
- e. Het leren omgaan met of oplossen van de uitdagingen van levenslooptaken (zoals werkloosheid en verveling).
- f. Terugvalpreventie; doel van deze component is het vertrouwd maken van de cliënt met het idee dat het waarschijnlijk is dat het parafiele verlangen opnieuw de kop zal opsteken, maar dat dit met adequate coping-strategieën noch tot parafiel gedrag, noch tot interne attributies van falen hoeft te leiden.

## N. Psychiatrie en seksualiteit

Welke stappen kan men ondernemen bij seksuele bijwerkingen van psychiatrische medicatie?

- Erkennen en bespreken van de disfunctie. Belangrijk daarbij de informatie dat het om een bijwerking gaat (na stoppen met de medicatie, verdwijnt de klacht).
- Wachten op spontane remissie.
- Verlagen van de dosis.
- Een medicatievrij interval voor het vrijen (weekend drug holiday).
- Overstappen naar een ander antidepressivum.
- Toevoegen van een farmacologisch antidotum.

- Seksuologische begeleiding.

## Begrippenlijst

### A. Inleiding

Dimorf voortplantingssysteem	Voortplantingssysteem waarbij iedere ouder de helft van het genetisch materiaal aanlevert.
Seksedimorfisme	Sekse wordt bepaald door twee X-chromosomen (meisje) of X- en Y-chromosoom (jongen)

### B. De geschiedenis

'Psychopathia Sexualis'	Beroemd boek gepubliceerd door Duitse psychiater Richard von Krafft-Ebing (1886), waarin veel seksuele afwijkingen beschreven worden.
Heteroseksuele coïtus	Gemeenschap tussen man en vrouw
<b>Psychoanalytische theorie over seksuele ontwikkeling</b>	Theorie van Sigmund Freud over seksualiteit
Libido	Biologisch instinct tot seksualiteit, psychologisch gerepresenteerd
Seksuele object	De persoon (of object) tot wie we ons aangetrokken voelen
Seksuele doel	De handeling waartoe we ons gedreven voelen (dat volgens Freud heteroseksuele coïtus is)
Pre-genitale fasen	Orale, anaal-sadistische en fallische fase, tussen het tweede en het vijfde jaar
Latentiefase	Tussen het zesde en twaalfde jaar
Genitale fase	Vanaf het twaalfde jaar
<b>Geschiedenis seksuologie</b>	
'Zeitschrift für Sexualwissenschaft'	1908 – Eerste seksuologische wetenschappelijke maandblad, onder redactie van de arts Magnus Hirschfeld (heeft één jaar bestaan) 1914 – 1924: doorstart, onder leiding van Iwan Bloch en Alfred Eulenburg
Arztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenik	1913 – seksuologische vereniging, onder leiding van Hirschfeld, Bloch en Eulenburg
Internationale Gesellschaft für Sexualeforschung	1913 – Concurrerende internationale vereniging, onder leiding van Albert Moll
Institut für Sexualwissenschaft	1919 – Eerste seksuologisch onderzoeksinstituut, met onderzoeks- preventie en hulpverleningsactiviteiten
Institute for Sex Research	1947 – Instituut opgezet door zoöloog Alfred Kinsey. Om een cursus seksuologie te kunnen geven, heeft hij onderzoek gedaan bij zo'n 16.000 mannen en vrouwen. Hier kwamen schokkende bevindingen uit die Kinsey weergaf

	in zijn werken <i>Sexual behavior in the human male</i> en <i>Sexual behavior in the human female</i> .
Zevenpuntsschaal / Kinseyschaal	Schaal met 0 als exclusieve heteroseksualiteit, 6 als exclusieve homoseksualiteit en 1-5 als tussenliggende posities.
'Hormones and behavior'	1948 – Boek van psycholoog Frank Beach die hiermee de grondlegger is van gedragsendocrinologie
Gedragsendocrinologie	De wetenschap die bij dier en mens de samenhang bestudeert van hormonen en (seksueel) gedrag
Psycholoog John Money	Invloedrijke persoon die onderzoek deed naar de ontwikkeling van genderidentiteit.
Gender	Definitie: 'By the term, gender role, we mean all those things that a person says or does to disclose himself or herself as having the status of boy or man, girl or woman, respectively. It includes, but is not restricted to sexuality in the sense of eroticism.'
'Human sexual response en Human sexual inadequacy'	Twee werken van de gynaecoloog William Masters en zijn onderzoekspartner Virginia Johnson over de seksuele responscyclus.
Seksuele responscyclus	De menselijke (fysiologische en psychologische) reactiewijze op seksuele prikkels, met de vier fasen: opwindings-, plateau-, orgasme- en herstel- of ontspanningsfase.
Sekstherapie	Gedragstherapeutische benadering van seksuele disfuncties. Hierbij is de seksuele partner een essentiële factor.
Lonnie Barbach	Zij ontwikkelde groepstherapieën voor vrouwen met orgasmeproblematiek, waarin masturbatie centraal stond. De seksuele partner werd niet in behandeling genomen.
Normale seks	Is veranderd van voortplanting (dus heteroseksueel coïtus) naar seks met instemming. Dit kwam doordat de APA homoseksualiteit van 1974 niet langer als mentale stoornis beschouwde.
'Sexual conduct: The social sources of human sexuality'	Boek van sociologen John Gagnon en William Simon. Volgens hen is seksueel gedrag sociaal (rol)gedrag dat door middel van cultureel bepaalde scripts tot stand komt.
Script	Een scenario dat een situatie als seksueel definiëert, dat de actoren benoemt, hun rollen voorschrijft en een verhaallijn bepaalt.
International Academy of Sex Research (IASR)	1971 – Vereniging opgericht door psychiater Richard Green. De doelstelling was het bevorderen van interdisciplinair seksuologisch

	onderzoek.
'Archives of Sexual Behavior'	1971 – Start van een nieuw wetenschappelijk tijdschrift, met Green als hoofdredacteur.
Impactfactor van een tijdschrift	Het totaal aantal keer dat artikelen uit het tijdschrift worden geciteerd gedurende de twee voorgaande jaren, gedeeld door het totale aantal artikelen dat de voorgaande twee jaar gepubliceerd werd.
'Het volkomen huwelijk'	1926 – bestseller door gynaecoloog Theodoor van de Velde. In dit boek geeft hij biologische, medische en psychologische informatie over het seksueel functioneren van man en vrouw. Het boek gaf een positief beeld van seks, in plaats van de toen heersende visie dat seks zondig en slecht was.
Vierdimensionale conceptualisatie van seksualiteit	Door Coen van Emde Boas, beschrijving van vier dimensies: de procreatieve functie, de lustdimensie, de relationele dimensie en de institutionele dimensie. Gezonde seksualiteit vereist een integratie van deze vier dimensies.
Ars amandi	De kunst van het liefhebben.
Emancipatie	Het bewerkstelligen van maatschappelijke veranderingen zodat individuen hun recht op een eigen seksualiteitsbeleving kunnen vormgeven.
Seksuele revolutie	Periode tussen 1960 en 1975 waarin grote proseksuele gedragsveranderingen optraden.
Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (Nisso)	1967 – directeur was socioloog Ben Witte. Nisso had als doelstelling door middel van onderzoek bijdragen tot een beleid dat de optimale seksualiteitsbeleving bevordert. En daarnaast de hulpverlening die de factoren opheft die op de beleving van de seksualiteit belemmeren..
Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (NVSH)	1946 – de vereniging propageerde het genieten van seksualiteit en stelde dat goede seks gezondheidsbevorderend was. Uit de NVSH kwam in 1969 de Rutgers Stichting naar voren die in 2001 met Nisso samensmolt tot Rutgers Nisso groep.
'Real-time MRI-onderzoek'	Onderzoek naar de anatomie en fysiologie van de seksuele respons tijdens coïtus en masturbatie met behulp van een MRI scanner.
Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS)	1981 – psychologe Willeke Bezemer als voorzitter van de vereniging die als doelstelling het waarborgen en bevorderen van de kwaliteit van de seksuologie en het stimuleren van interdisciplinaire samenwerking.
Nederlandse Vereniging voor Impotentieonderzoek (NVIO) (sinds 2001 de	1997 – psychiater Michiel Hengeveld als initiatiefnemer, streeft ernaar om alle kennis en



Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuele Disfuncties, WVSD))	kunde van medici én gedragswetenschappers op het gebied van erectieproblematiek te bundelen.
Vereniging voor Forensische Seksuologie (VFS)	1997 – psycholoog Frenken als initiatiefnemer, met als doel het verbeteren van de kwaliteit van de forensische seksuologie.
Gentse traditie	1963 – door moraalfilosoof Jaap Kruithof en historicus Jos van Ussel, zij schreven het boek 'Jeugd voor de muur'. Volgens hen gaan seksuele moeilijkheden verder dan het genitale. Ze hebben hun wortels in dieptepsychologische en sociaal-economische oorzaken: ze streven naar emancipatie en een sociogenetische visie.
Sociogenetische visie	De opvatting dat de meeste seksuele problemen hun oorsprong vinden in maatschappelijke (economische) condities die mensen belemmeren hun seksuele ontwikkeling en ontplooiing.
Leuvens Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen	1959 – Opgericht door kardinaal Suenens. Het instituut heeft een levensbeschouwelijke doelstelling.

### C. Wetenschappelijk onderzoek

Interne validiteit	Het vertrouwen dat men kan stellen in de geldigheid van de conclusies van een onderzoek.
Externe validiteit	De mate waarin bevindingen ook geldig zijn voor anderen (generaliseerbaarheid)
Betrouwbaarheid	De mate van overeenkomst van een observatie of meting binnen een onderzoekssetting met de 'ware' grootte of sterkte van het betreffende verschijnsel.
Positivistische wetenschapsopvatting	Volgens deze opvatting is het doel van een wetenschappelijke theorie om met behulp van een afgebakende verzameling concepten een bepaald fenomeen te verklaren.
Postmodernisme	Deze stroming benadrukt dat waarde vrije, universele en objectieve gegevens niet bestaan, maar dat deze gegevens altijd het resultaat zijn van het kijken naar de wereld met een bepaalde bril.
Essentialistische theorieën	Deze gaan ervan uit dat bepaalde verschijnselen natuurlijk, onvermijdelijk en universeel zijn.
Klinisch onderzoek	Onderzoek naar seksualiteit van personen waarop de klinisch seksuologische praktijkvoering zich richt.
- Descriptief onderzoek	Het beschrijven van fenomenen op het gebied van de seksualiteit die relevant en

	vatbaar zijn voor verdere theorievorming. Idiografische descriptie draait om het beschrijven van unieke, niet herhaalbare verschijnselen. Nomothetisch onderzoek zoekt naar algemene wetmatigheden binnen een bepaald domein, waarbij beschrijvend onderzoek kan worden gebruikt.
- Exploratief onderzoek	Bij dit onderzoek wordt er gezocht naar feiten en relaties wat deels wordt geleid door verwachtingen en voorkennis. Hierdoor kunnen hypothesen ontwikkeld worden.
- Experimenteel-klinisch onderzoek	Hierbij stelt men bij een klinische steekproef vast wat het effect is van een interventie of manipulatie op afhankelijke variabelen. Er kan gebruik worden gemaakt van een controlegroep.
- Quasi-experimenteel onderzoek	Soms is random toewijzing aan verschillende (controle)groepen niet mogelijk. Dan kan er vooraf getoetst worden of er grote verschillen zijn tussen proefpersonen. Als die er niet zijn mag men dit beschouwen als random toewijzing.
- Toepassingsgericht onderzoek	Dit onderzoek probeert de bevindingen in echte situaties te repliceren (werkt de behandeling ook in de praktijk).
Observationeel onderzoek	Dit onderzoek richt zich op verschijnselen zoals die zich in 'natuurlijke' settings voordoen. Er worden geen ingrepen gedaan (niet-interveniëren).
- Observatieonderzoek in engere zin	Gegevensverzameling door directe observatie.
- Longitudinaal onderzoek (van het observationele type)	Dezelfde proefpersonen worden over langere tijd gevolgd en vaak worden dezelfde variabelen gemeten. (bijv. om de 5 jaar worden dezelfde metingen herhaald)
Zelfrapportage	Hierbij rapporteert de proefpersoon zelf bepaalde zaken. Dit instrument maakt dus gebruik van het inzicht, de interpretatie en evaluatie van het individu zelf.
- Psychometrische validatie	Het is belangrijk dat een vragenlijst meet wat de onderzoeker wil meten. Er zijn beoogde constructen (zoals zelfbeeld), maar er moet getest worden of de vragenlijst wel echt op dit construct gericht is, door middel van psychometrische validatie. Hiermee worden de meetfouten (error) en vertekening (bias) geminimaliseerd.
- Betrouwbaarheid	Dit is de mate waarin de vragenlijst

<p>Test-hertestbetrouwbaarheid</p> <p>Interne consistentie Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid Parallelvormen</p>	<p>consistente resultaten oplevert. De betrouwbaarheid van een vragenlijst wordt bepaald aan de hand van de uitkomst van herhaalde metingen met het instrument. Dit kan gedaan worden door test-hertestbetrouwbaarheid, interne consistentie, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en parallelvormen.</p> <p>Hierbij vult een persoon de vragenlijst twee of meer keer in. Als er tussen de testen door geen belangrijke veranderingen zijn geweest, zou de test tot identieke resultaten moeten leiden.</p> <p>Hierbij wordt gekeken of verschillende vragen hetzelfde construct meten. Er wordt gekeken of de test bij verschillende beoordelaars dezelfde resultaten oplevert. Dit zijn meerdere versies van één test om leereffecten te voorkomen.</p>
<p>- Validiteit</p> <p>Inhoudsvaliditeit</p> <p>Criteriumvaliditeit</p> <p>Constructvaliditeit</p>	<p>Dit is de mate waarin een test meet wat men wil meten.</p> <p>De vragen dienen een goede afspiegeling te zijn van de verschillende aspecten van het bedoelde construct.</p> <p>Dit is de mate waarin de score op de test iets zegt over het niet-observeerbare construct dat het beoogt te meten.</p> <p>Hierbij wordt gemeten of de vragenlijst die een construct meet, overeenkomt met een andere vragenlijst over het construct.</p>
<p>- Experimenteel onderzoek</p> <p>Matching</p> <p>Psychofysiologisch onderzoek</p> <p>Marker</p> <p>Vaginale fotoplethysmograaf</p>	<p>Bij dit onderzoek wordt een deel van de steekproef random toegewezen aan de behandelgroep en een ander deel krijgt een alternatieve of geen behandeling.</p> <p>Matching is het verdelen van bepaalde kenmerken over groepen. Men kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat er in de groepen evenveel vrouwen van 50+ zitten.</p> <p>Bij dit type onderzoek gaat het om relaties tussen verschijnselen in het psychologische en fysiologische domein.</p> <p>Als een bepaalde psychologische activiteit samenhangt met een bepaalde fysiologische reactie, dan heet die reactie een marker.</p> <p>Een meetinstrument dat de vorm heeft van een tampon. Het bevat een lichtbron en een lichtsensor. Naarmate de vaginawand als gevolg van seksuele prikkeling meer doorbloed is, wordt er meer licht van de</p>

	lichtbron door de vaginawand weerkaatst. Dat weerkaatste licht wordt opgevangen door de lichtsensor en in een elektrisch signaal omgezet. Hiermee kan de opwinding bij de vrouw gemeten worden.
Medisch Ethische Commissie (MEC)	Dit is een commissie waaraan onder bepaalde omstandigheden en bij bepaalde types onderzoek onderzoeksvoorstellen moeten worden voorgelegd. De commissie toetst dan eventuele bezwaren van het onderzoek.

## D. De biologische kant van seksualiteit

Seksueel functioneren	Lustvol genitaal gedrag (coïtus en masturbatie), seksuele en erotische partnerkeuze, seksueel fantaseren, seksuele identiteit en genderidentiteit/-rol.
Genderidentiteit	Je een man of een vrouw voelen en je zodanig gedragen.
Alternatieve seksuele responscyclus	Al eerder werd de seksuele responscyclus van Masters en Johnson besproken (zie H2). Sommige seksuologen vinden deze cyclus te beperkt. Basson geeft een alternatieve responscyclus waarbij seksuele motivatie is gestoeld op intimiteit.
Biopsychosociale seksuele differentiatie van de man	De man heeft XY-geslachtschromosomen. Het Y-chromosoom laat de gonaden (geslachtsklieren) ontwikkelen tot testikels (dit wordt de 'vertaling' van het genetische geslacht in het gonadale geslacht genoemd). Deze foetale testes maken het anti-Müllerhormoon (AMH) dat de ontwikkeling van de buizen van Müller blokkeert, en testosteron dat zorgt voor de differentiatie van de in- en uitwendige genitalia en de masculinisatie van de hersenen. Daarnaast zijn sociale invloeden van belang voor de ontwikkeling van genderidentiteit.
Biopsychosociale seksuele differentiatie van de vrouw	De vrouw heeft XX-geslachtschromosomen. Hierdoor ontwikkelen de gonaden zich tot eierstokken. Deze foetale ovaria produceren geen hormonen. De hersenen en de in- en uitwendige genitalia van de foetus ontwikkelen zich automatisch in een vrouwelijke richting. Ook hier spelen sociale invloeden een grote rol bij de ontwikkeling van genderidentiteit.

Pubertijd	De pubertijd is een levensfase waarin secundaire geslachtskenmerken zich ontwikkelen, een groeispuurt optreedt en geslachtsrijpheid wordt bereikt.
Secundaire geslachtskenmerken	Borsten, oksel- en pubishaar, vrouwelijke onderhuidse vetverdeling, menstruatie en groeispuurt.
Hormoon GnRH (gonadotrophin releasing hormone)	Dit hormoon wordt aangemaakt bij de start van de pubertijd. Het hormoon komt via de hypofysesteelbloedvaten terecht in de hypofysevoorkwab, die vervolgens LH en FSH gaat produceren en afgeven.
Hormonen LH (luteïnisatiehormoon) en FSH (follikelstimulerend hormoon)	Dit zijn gonadotrofinen: zij zetten de gonaden aan tot de productie van geslachtshormonen (oestrogenen en progesteron uit de ovaria en testosteron uit de testikels).
Gonaden	Geslachtsklieren (testes en ovaria)
Geslachtshormonen (oestrogenen, progesteron en testosteron)	Deze zorgen voor het ontstaan van de secundaire geslachtskenmerken.
Pubertas praecox	Te vroege pubertijd. Hiervan is sprake bij meisjes als het begin van de borstgroei valt voor het 8 <sup>e</sup> jaar (normaal=10 jaar en 8 maanden). Bij jongens geldt dit als de testes gaan groeien voor het 9 <sup>e</sup> jaar (normaal= 11 jaar en 6 maanden).
GnRH-agonisten	Een agonist is een remming van een bepaald hormoon. De GnRH- agonist kan toegediend worden aan een kind dat te vroeg in de pubertijd raakt. Wanneer dit gebeurt is het kind te snel uitgegroeid waardoor het (te) klein blijft. Ook kunnen er psychosociale problemen ontstaan. De agonisten zorgen ervoor dat het proces gestopt wordt waardoor de ovaria testes tijdelijk ophouden met de aanmaak van geslachtshormonen.
Pubertas retardata	Vertraagde pubertijd. Hiervan is sprake bij meisjes als het begin van de borstgroei valt na 13,4 jaar en bij jongens wanneer er geen testisgroei is op de leeftijd van 14 jaar.
Premenstrueel syndroom (PMS)	Het cyclisch terugkeren van 'onprettige' symptomen, die beginnen na de ovulatie en vrij plotseling verdwijnen met het doorzetten van de menstruatie.
Female androgen insufficiency	Een tekort aan androgenen bij de vrouw, waardoor zij een verminderd libido, stemmingswisselingen, verminderde energie en welbevinden ervaart.
Climacterium (de overgang)	Vrouw: dit is een periode tussen de 45 en 55 jaar waarbij het menstrueren onregelmatig

	<p>wordt of zelfs wegblijft, ook kan het heviger en langduriger zijn. De ovaria stoppen met de productie van oestrogenen en progesteron, waardoor de hypofyse meer FSH en LH gaat afgeven.</p> <p>Man: vanaf 50 jaar treedt er een vermindering op van de testosteronproductie door de testes en een verminderde LH-respons op dit hypoandrogenisme.</p>
Postmenopauze	In deze periode heeft de vrouw haar laatste menstruatie gehad. De concentraties van oestrogenen en progesteron zijn zeer laag en van androgenen iets lager dan voor de menopauze. De huid, uterus, labia, vagina en borsten zijn doelwitorganen van de geslachtshormonen, waardoor ze in de postmenopauze atrofisch worden.
Uterus	Baarmoeder
Labia	Schaamlippen, labia majora: buitenste schaamlippen, labia minora: binnenste schaamlippen
Preputium	Voorhuid (zowel bij mannen als vrouwen)
Seks-blos	Verschuiven van bobbelige rode vlekjes (vanaf het epigastrium (bovenbuik) tot in de hals). Deze kunnen ontstaan bij seksuele opwinding.
Scrotum	Balzak
Testes	Teelballen
Vrouwelijk orgasme	Het orgasme is een psychofysiologische ervaring die plaats vindt binnen en betekenisvol wordt door een context van psychosociale invloed. Fysiologisch gezien is het een korte periode van fysieke ontspanning van de vasocongestie en myotonische toegenomen waardes als reactie op seksuele stimuli. Psychologisch gezien is het een subjectieve ervaring van een hoogtepunt in de fysieke reactie op seksuele stimuli.
Solofase (van de seksuele responscyclus)	De verlangens-, plateau- en orgasmefasen zijn solofasen waarbij de mens meer naar binnen gericht is, namelijk meer gericht op zichzelf en de eigen gevoelens.
Interactiefase (van de seksuele responscyclus)	De opwindings- en herstelfase zijn interactiefasen waarbij de mens meer naar buiten gericht is, namelijk op de partner.
Psychosomatische cirkel van seks (Bancroft)	Deze cirkel geeft de samenhang tussen psychologie en fysiologie tijdens de seksuele

	respons. Het begint bij cognitieve factoren die centra in het limbisch systeem. Deze centra zorgen voor veranderingen in de genitalia. Als de mens zich bewust wordt van deze veranderingen, kan dit zorgen voor stimulatie of remming (dit is overigens bij alle verbindingen in de cirkel zo), er kan dus overal een positief of negatief effect optreden.
Geslachtssteroïden	Dit zijn geslachtshormonen. De voornaamste typen zijn androgenen, oestrogenen en progestagenen.
Androgenen	De voornaamste androgenen zijn testosteron, dihydrotestosteron (DHT) en androsteendion.
Oestrogenen	Het voornaamste oestrogeen is oestradiol-17 $\beta$ , bij de vrouw vooral geproduceerd door het ovarium. Bij de man en de postmenopauzale vrouw wordt het vooral geproduceerd door omzetting van androsteendion of testosteren.
Progestagenen	De voornaamste progestageen is progesteron, wat voornamelijk komt uit het corpus luteum.
Corpus luteum	Dit ontstaat in het ovarium uit de follikel, nadat ovulatie heeft plaatsgevonden. Dit wordt ook wel het gele lichaam genoemd dat achterblijft.
Dysgenesie (gestoorde ontwikkeling) van de gonaden  - Ovariële dysgenesie  - Testiculaire dysgenesie (syndroom van Klinefelter)  - Asymmetrische dysgenesie  - Vrouwelijk pseudo-hermafroditisme	Dit wordt veroorzaakt door een abnormale embryonale/foetale ontwikkeling van de gonade, meestal als gevolg van afwijkingen in het chromosomenpatroon. Het chromosomenpatroon kan XO/XY zijn, of 45-XO (syndroom van Turner). De inwendige genitalia zijn vrouwelijk (hoewel de ovaria soms ook Leydig-cellen kunnen bevatten), maar de uitwendige genitalia kunnen vermannelijkt zijn. Het chromosomenpatroon is 47-XXY. Deze mannen hebben kleine testes en zijn onvruchtbaar door het ontbreken van zaadcellen. De gonade ontbreekt aan één kant of er juist ovarieel en testiculair weefsel aanwezig (echte hermafrodieten). Deze vrouwen hebben een 46-XX chromosomenpatroon, ovaria en vrouwelijke inwendige genitalia. De uitwendige genitalia zijn vermannelijkt door een overmaat aan androgenen tijdens de embryonale/foetale

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mannelijk pseudo-hermafroditisme</li> </ul>	<p>ontwikkeling. Deze mannen hebben het XY-chromosomenpatroon en aan beide kanten een testis in de buikholte. De uitwendige genitalia zien er vrouwelijk uit.</p>
<p>Specifieke aangeboren genitale afwijkingen bij mannen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Micropenis</li> <li>- Cryptorchisme</li> <li>- Hypospadie</li> <li>- Fimosis</li> </ul>	<p>De penislengte ligt meer dan 2,5 SD onder het gemiddelde voor de leeftijd. Eén of beide testes zijn niet in het scrotum gelegen (indalingsstoornis). Hierbij is de uitgang van de urethra (de urinebuis) aan de onderkant van de penis gepositioneerd. Vernauwing van de voorhuid zodat hij niet normaal over de glans penis kan worden teruggeschoven. Ernstige fimosis kan leiden tot erectie- en coïtusproblemen.</p>
<p>Specifieke aangeboren genitale afwijkingen bij vrouwen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hymen imperforatus</li> <li>- Vaginale agenese</li> <li>- Vaginaseptum</li> </ul>	<p>Bij een niet geperforeerd hymen (maagdenvlies) kan het menstratiebloed niet afvloeien. Afwezigheid van de vagina, berust op een ontwikkelingsstoornis van de buizen van Müller. Twee vaginale schedes, gescheiden door een septum (tussenschot).</p>
<p>Mannelijke genitalia uitwendig (deze ook kunnen benoemen in een afbeelding)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penis</li> <li>- Corpora cavernosa</li> <li>- Corpus spongiosum</li> <li>- Glans penis</li> <li>- Preputium</li> <li>- Frenulum</li> <li>- Glandulae preputiales</li> <li>- Fascie van Buck</li> <li>- Tunica albuginea</li> <li>- Ligg. Suspensoria en Fundiforme</li> </ul>	<p>Bestaat uit zwelweefsel, gegroepeerd in drie compartimenten (linker en rechter corpus cavernosum en een centraal corpus spongiosum). Zwelweefsel dat is aangehecht op de caudale rand van het benige bekken. Zwelweefsel dat is aangehecht met zijn verwijde basis (bulbus penis) op het diafragma urogenitale. Eikel, dit is de distale voortzetting van het corpus spongiosum. Voorhuid. Toompje, riempje die de voorhuid verbindt met de rest van de penis. Kleine kliertjes aan de basis van de glans. Stevige bindweefsel laag onder een dun laagje bindweefsel. Buitenste laag van de zwellichamen. Twee ligamenten die betrokken zijn bij de ophanging van de penis aan de buik.</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- M. bulbospongiosi en mm. ischiocavernosi</li> <li>- Urethra</li> <li>- Scrotum</li> </ul>	<p>Dwarsgestreepte spieren die reflexmatig en bewust aangespannen kunnen worden, zijn betrokken bij erectie en ejaculatie.</p> <p>Urinebuis, onderverdeeld in pars prostatica (sluit aan op de blaas), pars intermedia (kort deel dat de bekkenbodem passeert) en pars spongiosa (hierin monden afvoerbuisjes uit). Balzak waarin de testis en epididymis (bijbal) liggen opgeslagen.</p>
<p>Mannelijke genitalia inwendig</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Testis</li> <li>- Epididymis</li> <li>- Ductus deferens</li> <li>- Vesiculae seminales</li> <li>- Prostata</li> <li>- Glandulae bulbo-urethrales</li> </ul>	<p>Zaadbal, waarvan het grootste deel (80-90%) wordt ingenomen door de tubuli seminiferi (buisjes waarin de spermatozoön tot ontwikkeling komen).</p> <p>Bijbal, een gekronkelde buis die rond de testis ligt.</p> <p>Zaadleider, 35-50 cm lang, die de epididymis met de urethra verbindt.</p> <p>Zakjes waarin de productie plaatsvindt van een vloeistof die het grootste deel van het ejaculaat vormt.</p> <p>Klier zo groot als een kastanje.</p> <p>Klieren van Cowper, scheidt helder en slijmerig secreet af in de beginfase van seksuele opwinding (voorvocht).</p>
<p>Vrouwelijke genitalia uitwendig</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vulva</li> <li>- Labia pudendi</li> <li>- Vestibulum vaginae</li> <li>- Clitoris</li> <li>- Bulbi vestibuli</li> <li>- Glandulae vestibulares majores (klieren van Bartholin)</li> <li>- Glandulae vestibulares minores (kleine voorhofklieren)</li> <li>- Urethra femina</li> </ul>	<p>Het geheel van mons pubis (venusheuvel), labia pudendi, clitoris, vestibulum vaginae, bulbus vestibuli en glandulae vestibulares. Schaamlippen (majora = groot, minora = klein).</p> <p>Voorhof van de schede, de ruimte tussen de labia minora. Hier liggen de uitmondingen van de vagina, urethra, glandulae vestibulares majores en minores.</p> <p>Bestaat uit zwelweefsel omgeven door een stevige laag bindweefsel met spiervezels en elastische vezels. De glans is voorzien van zenuwuiteindjes, waardoor deze erotisch gevoelig is.</p> <p>Zwellichamen van het voorhof, liggen in de basis van de labia majora en staan in verbinding met de glans.</p> <p>Deze klieren scheiden laat in de opwindingsfase een geringe hoeveelheid secreet af.</p> <p>Deze liggen in het gehele vestibulum vaginae en kunnen vestibulum en labia bevochtigen.</p> <p>Urinebuis, welke eindigt ongeveer 2,5 cm</p>

- Mammae	dorsaal van de glans clitoridis. Borsten, met tepel (papilla mammae) en tepelhof (areola mammae).
Vrouwelijke genitalia inwendig - Vagina	Elastische buis, uitstrekkend van hymen tot voorbij de cervix uteri. Döderleinse bacillen zorgen ervoor dat het milieu zuur is waardoor schadelijke organismen niet kunnen gedijen.
- G-spot	2-4 cm groot erotisch gevoelig gebied, diep in de voorwand van de vagina. Er bestaan twijfels of dit gebied daadwerkelijk bestaat.
- Uterus	Baarmoeder, waarvan de positie mede door de vulling van urineblaas en rectum wordt bepaald.
- Tubae uterinae	Eileiders.
- Ovaria	Eierstokken.
Bekkenbodem - Diafragma pelvis	Deze bestaat uit spieren, bindweefselplaten en ligamenten. Verloopt trechtervormig van de binnenkant van het bekken en heilbeen naar het perineum. De m. pubococcygeus is binnen de seksuologie het belangrijkste deel van de mm. Levatoris ani, aangezien een deel van deze spier een lus vormt rond de vagina.
- Diafragma urogenitale	Driehoekige plaat van bindweefsel en kleine spieren. Deze sluit de bekkenbodem af aan de ventrale zijde.
- Perineale spieren	Zoals mm. ischiocavernosi, mm. bulbospongiosi en mm. bulbocavernosi.
Hypothalamus	Een hersengebied dat bestaat uit een groot aantal structureel, functioneel en chemisch gespecialiseerde groepen hersencellen die 'nuclei' genoemd worden.
Neurosecretie	Afgeven van hormonen aan de bloedbaan.
Neurotransmissie	Het overbrengen van chemische boodschappen, gebeurt door middel van aminozuren (GABA=remmend, glutamaat=stimulerend), aminen, acetylcholin en neuropeptide.
SDN-POA	Seksueel dimorfe kern voor het preoptische gebied.
BST	Bed nucleus van de stria terminalis.
SON	Nucleus supra-opticus, een neurosecretoire kern.
PVN	Nucleus paraventricularis.
Afferente informatie	Sensibele informatie (naar het zenuwstelsel toe).

Efferente informatie	Autonome en somatomotorische informatie (uitgaande van het zenuwstelsel), met een somatisch gedeelte (het willekeurige deel van het zenuwstelsel) en het autonome gedeelte (onwillekeurig).
----------------------	---

## E. De psychologische oriëntaties

<p>1. Evolutionair psychologisch perspectief op seksualiteit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptatie</li> <li>- Psychologische adaptatie (evolved psychological mechanism)</li> <li>- Nevenproduct</li> <li>- Ruis</li> <li>- Ultimate factoren</li> <li>- Proximate factoren</li> </ul>	<p>Een perspectief kijkend naar de consequentie van de evolutie, om door toepassing de menselijke psyche en gedragingen te begrijpen.</p> <p>Responsmechanisme dat een specifiek probleem heeft opgelost (door aan te passen).</p> <p>Psychologisch mechanisme dat het resultaat van een evolutionair selectieproces waardoor een specifiek evolutionair probleem opgelost en het genetisch reproductieve succes groter werd (zoals het streven naar status, jaloezie, enz.).</p> <p>Responsmechanisme dat zelf geen oplossing is voor een probleem, maar een bijeffect is van adaptatie.</p> <p>Random-effecten van het evolutieproces die geen bijdrage leveren aan genetisch reproductief succes.</p> <p>Verwijzen naar verklaringen voor de evolutionaire geschiedenis van een gedrag en naar de wijze waarop dat gedrag bijgedragen heeft aan evolutionaire adaptatie</p> <p>Verwijzen naar de factoren in het hier en nu die datzelfde gedrag beïnvloeden.</p>
<p>Buss' theorie van de seksuele strategieën</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouderschapsinvesteringstheorie</li> </ul>	<p>De visie dat de menselijke soort niet gekenmerkt wordt door monogamie en dat mannen en vrouwen zowel kortetermijn- als langetermijn paringsstrategieën hebben.</p> <p>Mannen zijn echter meer dan vrouwen seksueel gemotiveerd door en aangetrokken tot kortetermijnseks met verschillende vrouwen, terwijl vrouwen meer dan mannen gemotiveerd zijn door en seksueel aangetrokken tot seks binnen langetermijnpartnerschap.</p> <p>Elke investering door een ouder in een nakomeling die leidt tot een hogere overlevingskans van de nakomeling, en daardoor ook leidt tot een hogere kans op</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seksuele selectie</li> <li>- Korte termijnproblemen man</li> <li>- Lange termijnproblemen man</li> <li>- Problemen vrouw</li> </ul>	<p>genetische reproductie. Met als gevolg dat dezelfde inspanning niet meer geleverd kan worden voor een andere nakomeling. Evolutionaire selectie van kenmerken waardoor een reproductief voordeel ontstaat. Twee vormen: intraseksuele competitie (concurrentie tussen leden van dezelfde seks en interseksuele selectie (proces van partnerselectie).</p> <p>Het maximaliseren van het aantal potentiële vrouwelijke partners, het identificeren van seksueel toegankelijke vrouwen, het herkennen van vruchtbare vrouwen, een minimum aan betrokkenheid en investering. Voordelen voor de vrouw hiervan zijn dat er onmiddellijke beschikbaarheid van baten is (voedsel en bescherming), de vrouw heeft kans op seks met een bescherming van een man voor het geval haar partner iets overkomt. Identificeren van vruchtbare vrouwen, statistische zekerheid van vaderschap zo hoog mogelijk maken, en het herkennen van vrouwen met goede ouderschapsvaardigheden.</p> <p>Het herkennen van mannen die in staat zijn om middelen van bestaan te verwerven en die deze middelen willen investeren in hun partner en nakomelingen. Het identificeren van mannen die bereid zijn tot een langdurige partnerrelatie, en tot het bieden van bescherming tegen agressie van anderen, en goede opvoedingskwaliteiten hebben.</p>
<p>Malamuths theorie van seksueel geweld (confluence model of sexual aggression)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criminogeen traject</li> </ul>	<p>Verkrachting is een seksuele strategie die bijdraagt aan genetisch succesvolle reproductie van mannen, enerzijds doordat meer vrouwen bevrucht kunnen worden, anderzijds doordat bij zwangerschap ten gevolge van verkrachting andere mannen geen toegang meer hebben tot de zwangere vrouw.</p> <p>Hierbij is seksuele agressie door een volwassen man het 'gevolg' van seksuele promiscuïteit, mits die seksuele promiscuïteit voortkomt uit een delinquente levensstijl. Deze levensstijl wordt beïnvloed door een frequente en als normaal voorgestelde gewelddadigheid tussen de ouders en door misbruik van de betreffende persoon in zijn kinderjaren.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gender(socialisatie)traject</li> </ul>	<p>Hierbij laten positieve attitudes tegenover geweld en vijandige masculiniteit (het hoger waarderen van mannelijkheid boven vrouwelijkheid en een vijandige attitude tegenover vrouwen) de kans op seksuele agressie tegenover vrouwen duidelijk toenemen.</p>
<p>2. Informatieverwerkingsperspectief</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seksueel systeem</li> <li>- Seksuele stimulus</li> <li>- Marker van seksuele opwinding</li> <li>- Incentive-motivatietheorie</li> <li>- Somatische motorische systeem</li> </ul>	<p>De eerder besproken seksuele respons cyclus is een product van een complex onderliggend seksueel systeem. Dit verwijst naar de psychobiologische make-up van mensen waardoor ze de capaciteit/gevoeligheid hebben om seksueel te kunnen responderen. Een stimulus wordt zowel verwerkt langs een automatische en onbewuste route als een bewuste route. De hoofdprocessen zijn enerzijds evaluatie, interpretatie en waardering van seksuele stimuli en anderzijds het voorbereiden en uitvoeren van een seksuele respons. Een stimulus die het seksuele systeem activeert (aanleiding geeft tot een bewuste seksuele ervaring). Dit gebeurt door de activatie van het werkgeheugen, die aandacht richt op de stimulus en informatie uit het geheugen trekt en integreert. Een bewust toegankelijke herinnering geeft betekenis aan de seksuele stimulus en het niet bewust toegankelijke geheugen activeert emotionele opwinding. Vervolgens wordt dit geëvalueerd.</p> <p>Genitale reacties (toename van de doorbloeding van de geslachtsdelen). De seksuele ervaring wordt gedeeltelijk bepaald door de genitale seksuele opwinding. De activatie van seksuele opwinding verloopt onbewust.</p> <p>Deze theorie stelt dat het seksuele verlangen gewekt wordt door de aantrekkelijkheid van mogelijke beloningen en de ermee gepaarde gaande emoties. Die beloningen kunnen in de buitenwereld liggen of virtueel opgeroepen worden door middel van fantasie en taal. De incentive is het doel (zoals intimiteit, macht of klaarkomen). Een tweede dimensie geeft de kracht of intensiteit waarmee de doelen worden nagestreefd aan het energetische aspect van de motivatie.</p> <p>Dit systeem reguleert willekeurige</p>

<p>(SMS)</p> <p>- Emotionele motorische systeem</p> <p>(EMS)</p>	<p>bewegingen en wordt aangestuurd vanuit de motorische cortex en de hersenstam. Dit systeem reguleert onwillekeurige emotionele gedragspatronen en wordt aangestuurd door het limbische systeem.</p>
<p>3. Sociaal-psychologisch perspectief: Byrne's gedragsequentiemodel</p> <p>- Erotofobie</p> <p>- Erotofilie</p> <p>- Type A gedrag</p> <p>Sociaal uitwisselingsperspectief</p> <p>- Billijkheidstheorie</p> <p>- Interdependentietheorie</p> <p>- Interpersoonlijk model van seksuele satisfactie</p>	<p>Dit model specificeert hoe seksualiteit in het algemeen werkt, als hoe verschillen tussen mensen in seksueel gedrag tot stand komen. Er zijn zeven hoofdgroepen die seksualiteit bij iedereen sturen: affect, evaluatie, cognitie verwachtingen, verbeelding, fysiologische opwinding en karakteristieke gedragspatronen. Verschillen tussen mensen worden bepaald door persoonlijkheidstrekken (die ontstaan door leerervaringen).</p> <p>Een trek van negatieve reacties op seksuele stimuli.</p> <p>Een trek van positieve reacties op seksuele stimuli.</p> <p>Gevoelens van vijandigheid en tijdsdruk, en een competitief georiënteerd prestatiestreven</p> <p>De visie dat relaties gekenmerkt worden door een specifieke dynamiek van psychologische kosten en baten. Basisprincipes: sociaal gedrag is een reeks van interpersoonlijke transacties of uitwisselingen; individuen streven ernaar hun baten te maximaliseren en hun kosten te minimaliseren; als individuen baten van anderen ontvangen, streven ze ernaar deze baten op een evenredige wijze te beantwoorden.</p> <p>Deze analyseert de dynamiek van een partnerrelatie vanuit de mate van billijkheid (equity) binnen de relatie.</p> <p>Dit treedt op als een partner een grote afhankelijkheid ervaart binnen een relatie en alternatieven als moeilijker bereikbaar ervaart.</p> <p>De seksuele satisfactie wordt bepaald door de uitkomst van de volgende vergelijking: 1. baten – kosten, 2. de vergelijkingsstandaard voor baten – de vergelijkingsstandaard voor kosten, 3. gelijkwaardigheid van baten – gelijkwaardigheid van kosten.</p>

## F. De seksuele levensloop

Biopsychosociaal model van seksualiteit (Bancroft)	Drie gebieden (genderidentiteit, seksuele respons en relatievorming) ontwikkelen zich tot en met de kindertijd relatief onafhankelijk van elkaar. De integratie die uiteindelijk leidt tot een volwassen seksualiteit begint pas in de adolescentie.
Symbolisch interactionisme	Bij deze theorie ligt de nadruk op de actieve rol van het individu in de eigen ontwikkeling, zonder de invloeden van buitenaf te negeren (zoals het model van Bancroft doet).
Sexual script-theorie (Simon en Gagnon)	Seksuele scripts zijn mentale representaties van de regels en betekenissen van seksualiteit. Aan de hand van ervaringen vormt iemand ideeën over welk seksueel gedrag gepast is, welke effecten hiervan en reacties hierop te verwachten zijn en hoe men zich hierbij zou moeten voelen. Bij weinig ervaring wordt gedrag meer vormgegeven volgens culturele scripts.
Trapsgewijze interactiecarrière (Rademakers en Straver)	Model voor de seksuele ontwikkeling van jongeren. Bestaat uit het gevoelig zijn voor gevoelens en wensen van de ander, het kennen van eigen gevoelens en wensen en erover kunnen communiceren en realiseren ervan.
Model voor de seksuele levensloop (Van Zessen)	Ook hier staat de ontwikkeling van interactiecompetentie centraal. Aanvulling is het belang dat wordt toegekend aan de invloed van iemands persoonlijke geschiedenis (zoals gezinsklimaat, seksuele opvoeding, enz.). Hierdoor ontwikkelt zich een seksuele betekenisgeving die ervoor zorgt dat men seksuele situaties uitkiest.
Genderidentiteit	De ontwikkeling van het je man of vrouw voelen staat onder invloed van biologische en omgevingsfactoren.
Adrenarche	Het moment dat de bijnierschors geslachtshormonen gaat aanmaken.

## G. Seksuele diversiteit

Female erotic plasticity	Situationele, contextuele en interactionele factoren lijken het seksuele gedrag van vrouwen relatief sterk te beïnvloeden.
Holebi	Groep van homoseksuele mannen, lesbische vrouwen en biseksuele personen.
Inversiemodel	De hypothese dat homoseksuele mannen in

	vergelijking met heteroseksuele mannen vrouwelijker zouden zijn en lesbische vrouwen in vergelijking met heteroseksuele vrouwen juist mannelijker.
Dubbele seksuele moraal	De strengere restrictie op de seksualiteit en seksuele autonomie van vrouwen dan die van mannen.
Masculiene samenleving	Moralistische samenlevingen en minder open over seks dan een feminiene samenleving (zoals Japan, Oostenrijk, Italië, Zwitserland en de VS).
Feminiene samenleving	Huwelijk is minder heilig en partners minder afhankelijk van elkaar. Seks en liefde liggen dicht bij elkaar en vrouwelijk seksueel initiatief is meer geaccepteerd (zoals Nederland, Zweden en Noorwegen).
Essentialistische perspectieven van seksualiteit	Deze perspectieven verwijzen naar een innerlijke essentie en worden gehanteerd bij evidentie voor crossculturele en/of historische universaliteit.
Sociaal-constructionistische perspectieven van seksualiteit	Deze perspectieven verwijzen naar de invloed van cultuur en sociale context en worden gehanteerd bij evidentie voor variabiliteit. Normen en waarden spelen een grote rol, de seksuele ideologie wordt benadrukt.

## H. Genderproblematiek

Genderproblemen	Moelijkheden die personen kunnen ervaren als gevolg van een discrepantie tussen hun biologische geslacht en genderidentiteit.
Gender	De psychologische aspecten van het biologische geslacht.
Genderidentiteit	Hoe men zichzelf benoemt en beleeft; het subjectieve gevoel om tot één van beide genders te behoren.
Genderrol	Het observeerbare gedrag dat volgens maatschappelijke normen mannelijk of vrouwelijk wordt genoemd.
Cross-genderidentiteit	Genderidentiteit is niet in overeenstemming met het lichamelijke geslacht.
Genderdysforie	Het gevoel van onbehagen dat door de persoon zelf wordt toegeschreven aan de incongruentie tussen zijn of haar genderidentiteit enerzijds en het lichamelijke geslacht anderzijds.
Transseksualiteit	Dysforie, gekenmerkt door de wens tot geslachtsaanpassing.



Transvestitisme	Episodische vorm van genderdysforie.
Genderidentiteitsstoornis (GIS)	<p>Volgens de DSM-IV-TR:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Een sterke en aanhoudende crossgenderidentificatie. De stoornis wordt duidelijk door verschijnselen zoals de geuite wens tot de andere sekse te horen, het frequent doorgaan voor iemand van de andere sekse, het verlangen te leven of behandeld te worden als iemand van de andere seks of de overtuiging dat men de typische gevoelens en reacties van de andere seks heeft.</li> <li>2. Het zich voortdurend niet op zijn of haar gemak voelen met zijn of haar sekse, het gevoel hebben dat het niet juist is zich volgens de genderrol van deze sekse te gedragen. De stoornis wordt duidelijk door verschijnselen als een preoccupatie met het kwijt willen raken van de primaire en secundaire geslachtskenmerken of de overtuiging dat men met de verkeerde sekse geboren is.</li> <li>3. De stoornis komt niet gelijktijdig voor met een lichamelijke intersekseaandoening.</li> <li>4. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.</li> </ol>
Primaire transseksueel	Homoseksueel (eigen biologische geslacht), eearly onset, levenslang en meer extreem cross-gendergedrag, minder psychische problemen.
Secundaire transseksueel	Heteroseksueel, late onset, meer psychische problemen.
Bipotentialiteit	Een organisme kan zich volgens een mannelijk of vrouwelijk patroon ontwikkelen.
Psychoanalytische visie op genderontwikkeling  - Core gender identity	Genderdifferentiatie is afgeleid van hetzij de waarneming van het anatomische geslachtsverschil, hetzij het eigen lichaamsbewustzijn (genital awareness). Er is een genetisch bepaalde biologische kracht, die haar oorsprong heeft in de neurofysiologische organisatie van de hersenen. Hiernaast fungeert de anatomie van de uitwendige geslachtsorganen, die verantwoordelijk is voor de

- Profeminiteit	<p>geslachtstoewijzing bij de geboorte, maar ook voor de ontwikkeling van het lichaamsschema en het zelfgevoel. Ten slotte speelt ook de ouder-kindrelatie een belangrijke rol in het tot stand komen van kerngenderidentiteit (houding van de moeder ten opzichte van het geslacht waar het kind toe behoort, de waarneming die het kind van deze houding heeft, enz.).</p> <p>Zowel jongens als meisjes identificeren zich in de vroegste fase van hun leven met de moeder. Daarna moeten jongens, om masculien te worden, zich de-identificeren. Meisjes hoeven dit niet te doen.</p>
Sociaal-cognitieve leertheorie	Baby's weten al vroeg het verschil tussen een man en een vrouw. Kennis over gender leidt tot gedragskeuzen. Hierdoor ontstaat rolgedrag.
Biologische factoren van GIS	Er zijn nooit grote hormonale verschillen gevonden bij mensen met GIS. Een uitzondering is de groep VM-transseksuelen (van vrouw naar man), waarbij endocriene stoornissen waargenomen zijn.
Psychologische factoren van GIS	Genderproblemen zouden een gevolg zijn van een symbiotische relatie tussen moeder en zoon, zodat het kind niet weet 'waar hij zijn moeder verlaat en zichzelf begint' (Stoller). Anderen spreken dit beeld tegen. Het zou ook kunnen komen door separatieangst, of een vorm van dissociatie na een trauma.
Maatschappelijke factoren	Intolerantie van de maatschappij zou bij homoseksuele mannen kunnen leiden tot genderdysforie.
Psychologische interventies bij een kind met GIS	Sociale vaardigheden verbeteren waardoor het kind beter tegen pesterijen kan, of juist meer richting kinderen van dezelfde sekse trekt en hier op gaat lijken.
Hormonale interventies bij een kind met GIS	Behandeling die de ontwikkeling van de eigen secundaire geslachtskenmerken blokkeert (door bijv. LHRH-agonisten).
Psychologische interventies bij een volwassene met GIS	Kan gericht zijn op het beter begrijpen en hanteren van thema's in het leven die te maken hebben met mannelijkheid en vrouwelijkheid en het uitproberen van alternatieve oplossingen (zoals parttime leven in het andere geslacht). Het kan ook een aanvulling vormen op de geslachtsaanpassende behandeling.
Hormonale interventies bij een volwassene	Behandeling met LHRH-agonisten (bij MV-

met GIS	transseksuelen).
Operaties	<p>Bij MV-transseksuelen vindt een creatie van de neovagina plaats, met verwijdering van de penis en testikels. Eventueel kan ook een borstvergroting worden gedaan.</p> <p>Bij VM-transseksuelen wordt overgegaan tot borstverkleining, hysterectomie, ovariëctomie en vaginectomie. De door androgenen gegroeide clitoris wordt getransformeerd tot microfallus. Hierbij kan een erectieprothese worden geplaatst.</p>

## I. De hulpverleningsrelatie

Aspecifieke factoren	Factoren die niet kenmerkend zijn voor een bepaalde vorm van therapie. Maar universele factoren die bijdragen aan een goede hulpverleningsrelatie (zoals empathie).
Therapeutisch contract	Een contract waarin mondeling, soms ook schriftelijk, soms expliciet en gedetailleerd, maar vaker impliciet en globaal, vastligt wat beide partijen van elkaar kunnen en mogen verwachten en waar de grenzen liggen.
Professionele houding	Deze bestaat uit persoonlijke kwaliteiten (betrokkenheid, empathie, respectvol, enz.), maar ook ethische, normatieve en juridische kaders.
Functionaliteit	De hulpverlener formuleert doelen voor de hulpverlening en gaat planmatig en transparant te werk bij het realiseren van deze doelen.
Hulpvraag op metaniveau / opheffen van demoralisatie	Men komt met een specifieke klacht, maar wil hiernaast hulp om de machteloosheid te bestrijden als men er zelf niet uitkomt (het is belangrijk dat de cliënt zich weer competent gaat voelen).
Werkalliantie	Deze term benadrukt het instrumentele karakter van de hulpverleningsrelatie, waarin wordt samengewerkt om het leerproces met succes te doorlopen.
Valide informatie	Informatie die betrouwbaar, waarheidsgetrouw en bruikbaar is.
Betrouwbare informatie	Hier is geen echte maat voor, dus betrouwbaarheid is af te leiden uit de manier waarop de hulpverlener zijn cliënt bevroegt over het probleem en de manier waarop de cliënt zijn verhaal aan de hulpverlener vertelt.
Protocollaire werkwijze	Gestandaardiseerd te werk gaan, concentreren op feitelijke informatie.
Nauwkeurigheid	De informatie die door de hulpverlener wordt verkregen mag geen vaagheden of onduidelijkheden bevatten.
Empathie	Het vermogen om je te verplaatsen in de belevingswereld van een ander, de ervaringen van de ander daardoor te kunnen begrijpen en dit begrip ook aan de ander te laten blijken.
Respect	Het accepteren van de opvattingen, gevoelens en gedragingen van de cliënt en hem wat dat betreft in zijn waarde laten. Ook bestaat dit uit erkenning van autonomie van

	de cliënt.
Integriteit	Echtheid van de hulpverlener wat kan zorgen voor vertrouwen. Integriteit heeft te maken met een evenwicht tussen een dynamische en beschouwende manier van optreden (spontaniteit vs. zelfdiscipline, ernst vs. speelsheid, openheid vs. terughoudendheid).
Grenzen bewaken	Behoud van distantie in het therapeutisch contact is nodig om de greep te houden op de eigen emoties. Een hulpverlener moet er voor waken dat de relatie niet doorschiet in emotionele betrokkenheid of zelfs een intimiteitaspect krijgt.
Compliance	Therapietrouw, of iemand inzet en motivatie toont voor het volgen van de therapie. (dus of iemand op tijd komt en zijn huiswerk doet).
Therapeutische kracht	De non-specifieke factor die ervoor zorgt dat de vele passieve processen die de therapeutische effectiviteit teniet kunnen doen, worden overwonnen.

## J. Diagnostiek en interventies

Seksuele disfunctie	Zijn ingedeeld op basis van de vier fasen van de seksuele responscyclus (verlangen, opwinding, orgasme en resolutie). Er moet sprake zijn van merkbaar lijden of interpersoonlijke moeilijkheden.
Klinische diagnostiek	Het zoeken naar een antwoord op de vraag hoe de cliënt het best kan worden geholpen. Dit hoeft dus niet perse het toekennen van een DSM-diagnose te zijn.
Diagnostische cyclus	Dit is een proces waarbij men in theorie werkt van klachtanalyse naar probleemanalyse, ernstanalyse, oorzaakanalyse en tot slot indicatieanalyse. In de praktijk is dit proces cyclus en kan dus in meerdere volgordes verlopen.
Romantische visie op het diagnostisch proces	De klinische blik staat centraal, er wordt gewerkt met intuïtie (die niet met regels te vatten is), deze is minder valide.
Rationalistische visie op het diagnostisch proces	De objectieve procedure staat centraal, waar testen en statistiek bij hoort, deze is minder relevant gebleken in de klinische praktijk.
Seksuele diagnostiek	Bestaat uit een anamnese, vaak aangevuld met lichamelijk en/of psychologisch onderzoek. Men is zich bewust van de beperkingen van het klinisch oordeel en maakt gebruik van instrumenten (tests).

LOPS	Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie.
COTAN en NIP	Commissie Testaangelegenheden, valt onder het Nederlands Instituut van Psychologen. Deze commissie heeft een beoordelingssysteem voor psychologische tests ontwikkeld (aan de hand van testconstructie, kwaliteit, normen, betrouwbaarheid, begrips- en criteriumvaliditeit).
Bruikbaarheid van een test	Test beoordelen aan de hand van potentiële gebruikers, te onderzoeken personen, in welk kader (onderzoek, hulpverlening) en wat de belasting en opbrengst is voor gebruikers en onderzochten van de test (dit is een aanvulling van de schrijver op de criteria van de COTAN).
Seksuele anamnese	Bestaat uit analyse van het probleem, de gevolgen en last van de klacht, het beloop van het probleem, comorbiditeit, voorgeschiedenis, wensen en verwachtingen en bijkomende factoren (medicatie, roken, alcohol- of drugsgebruik).
VSD	Vragenlijst voor het signaleren van Seksuele Disfuncties (vroeg). Deze heeft aparte versie voor mannen en vrouwen (met een mannelijk en vrouwelijke partner, of zonder partner). Hierin komen seksuele disfuncties van het LOPS aan bod.
LIST	Leidse Impotentie Screening Test, om in de klinische praktijk na te gaan of de erectieproblemen van de respondent een organische of psychische oorzaak hebben.
GAS	Groninger Arousbility Scale, hierin worden aan seksuele opwinding gerelateerde genitale sensaties en lichaamsbeleving geoperationaliseerd.
Nisso-schalen	De vragenlijsten SBS (Seksualiteit Belevings Schalen) en ILKS (Intiem Lichamelijk Kontakt Schalen). De enige meetinstrumenten die door de COTAN zijn beoordeeld.
Medisch-seksuologisch onderzoek	Hiervoor wordt gekozen als somatische factoren mogelijk een rol spelen (diagnostisch doel), maar ook ter informatie (educatief/therapeutisch doel). Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een medisch specialist
<i>Wie is er bang voor het gynaecologisch onderzoek? (Van Lunsen)</i>	Onderzoek naar ervaringen met gynaecologisch onderzoek bij patiënten en artsen. Beide groepen bleken dit lastig te

	<p>vinden (afhankelijk van verschil in positie, kennis en macht tussen patiënt en arts).</p>
Laboratoriumonderzoek	<p>Onderzoek in een gecontroleerde laboratoriumruimte. Dit kan bijv. onderzoek zijn naar hormonen.</p>
Psychofysiologisch onderzoek	<p>Hierbij wordt seksuele opwinding maar soms ook hersenactiviteit gemeten als reactie op visuele en/of vibrotactiele stimulatie (samenhang tussen psychische en lichamelijke variabelen).</p>
<p>Psychologisch onderzoek</p> <p>Psychische problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SCL-90</li> <li>- BDI-II</li> <li>- ZIL</li> </ul> <p>Relationele problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MMQ</li> <li>- IPOV</li> </ul>	<p>Het meten van psychische en relationele factoren die van invloed kunnen zijn op de geplande interventie (als aanvulling op de mondelinge anamnese).</p> <p>Symptom Check List-90, algemene klachtenlijst bestaand uit 90 items, te gebruiken als screeningsinstrument.</p> <p>Beck Depression Inventory, zelfrapportagevragenlijst bestaand uit 21 items voor het meten van de ernst van een depressie.</p> <p>Zelfinventarisatielijst Posttraumatische Stresstoornis, bestaand uit 22 items om een indruk te krijgen van PTSD-symptomologie.</p> <p>Maudsley Marital Questionnaire, bestaand uit 20 items voor relatiesatisfactie (incl. seksualiteit) en leven in het algemeen.</p> <p>Screeningsinstrument voor relatieproblematie Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst, bestaand uit 17 items die vragen naar een inschatting van het kunnen oplossen van moeilijkheden en conflicten binnen een relatie.</p>
Indicatiestelling	<p>Het aangeven welke vorm van behandeling voor een cliënt het meest geschikt is. De cliënt wordt hierbij betrokken.</p>
Efficacy and effectiveness studies	<p>Efficacy: Studies naar de werkzaamheid</p> <p>Effectiveness: Studies naar doeltreffendheid (zodat iets niet alleen binnen onderzoek werkt maar ook naar de klinische praktijk te vertalen is).</p>
Stepped care	<p>Er wordt in eerste instantie gekozen voor de behandeling die het minst intensief is en er wordt stapje voor stapje naar een intensievere therapie gegaan als de minder intensieve vorm niet genoeg werkzaam is.</p>
Behandeling: Informatie en advies	<p>Soms kan het diagnostisch proces al een therapeutisch effect hebben. Patiënten zijn dan zelf in staat om verkregen informatie toe</p>

	te passen en hun seksueel functioneren te verbeteren.
Behandeling: Psychologische interventies - Cognitieve gedragstherapie  - Systeemtherapie	Dit is een combinatie leertheoretische en cognitieve modellen. Leertheoretische modellen gaan er vanuit dat aangeleerde angst een belemmering is voor het op gang komen van de genitale respons en richt zich op angstreductie en opheffing van vermijdingsgedrag. Het cognitieve model gaat er vanuit dat cognities aan de basis liggen van seksuele emoties en gedrag. Een probleem is niet individueel, maar interpersoonlijk. Er wordt aandacht besteedt aan kenmerken van het systeem (de relatie), zoals machtsongelijkheid, homeostatische tendensen en intimiteitproblemen.
Historie van de psychologische interventies - Psychoanalytische periode  - Gedragstherapeutische aanpak  - Masters en Johnson-periode  - Sensate focus-oefeningen  - Neo-Masters en Johnson-periode  - Psychobiologische periode	< 1970. Seksuele problemen werden opgevat als symptomatologie van onopgeloste en onbewuste conflicten uit de kindertijd. Behandeling was individueel en gericht op bewustwording. Eind 1950. Seksuele disfunctie werd beschouwd als geconditioneerde respons. Behandeling was gericht op symptomen en het uitdoven van faalangst. Partnerrelatietherapie, met een behandeling van onder andere sensate focus oefeningen. Men krijgt hiërarchisch opgebouwde oefeningen om de cliënt stil te laten staan bij eigen lichaamssensaties. Integratie van de methode van Masters en Johnson met de gedragstherapeutische en analytische principes. Midden 1980. Spectrum afkomstig uit psychodynamische, gedragstherapeutische en cognitieve therapie, bij individuen, relaties of groepen.
Behandeling: biomedische interventies - Medicamenteuze behandeling  - Fysiotherapie  - Operatieve behandeling	Er zijn medicijnen tegen erectiestoornissen op de markt. Ook wordt er onderzoek gedaan naar middelen voor vrouwen maar hieruit zijn vooralsnog geen succesvolle resultaten naar voren gekomen. Bij vrouwen met vaginisme en dyspareunie is bekkenbodempysiotherapie waarschijnlijk effectief. Dit werd aan het eind van de negentiende eeuw veel gebruikt, maar tegenwoordig



	zelden. Vaak vindt dit alleen plaats bij pijnklachten.
--	--

## K. Seksuele disfuncties bij vrouwen

Personal sexual distress	Persoonlijk ervaren hinder van seksuele problemen. Blijkt bij vrouwen niet samen te hangen met fysieke aspecten van de seksuele respons, maar met emotionele en relationele problemen.
Klachtrepresentatie	Op basis hiervan wordt vaak de diagnostische classificatie gedaan (dus op basis van symptomen in plaats van onderliggende stoornis).
Samenhang tussen DSM-diagnoses en seksuele responscyclus: - Verlangen - Opwinding  - Orgasme - Herstel	DSM-diagnoses:  Verminderd verlangen Vaginisme Seksuele aversie Opwindingsstoornis Dyspareunie Orgasmestoornis Seksuele dissatisfactie
Primaire klacht	Levenslang aanwezig.
Secundaire klacht	Verworven (plotseling of geleidelijk ontstaan gedurende het leven).
Gegeneraliseerde klacht	Treedt op in allerlei situaties.
Situationele klacht	Treedt op in een bepaalde situatie.
Directe oorzaken	Voor of tijdens het optreden van de seksuele disfunctie.
Verwijderde oorzaken	De seksuele disfunctie is een uitdrukking van een ander probleem (partnerrelaties problemen, angst- en stemmingsstoornissen, PTSD na seksueel geweld, enz.).
Verminderd seksueel verlangen / hypoactive sexual desire disorder  - Probleemoriëntatie          - Prevalentie en incidentie	Aanhoudend of recidiverend gebrek aan seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit. Voor verminderd verlangen is geen duidelijk verklaringsmodel. Sommigen vinden juist dat motivatie niet voorafgaat aan opwinding maar juist een gevolg is of samengaat met opwinding. Het zou groeien als aan de voorwaarden van een seksueel proces is voldaan (intact seksueel systeem, aanwezigheid seksuele stimuli om het systeem aan te zetten en de aanwezigheid van seksuele partners. Dit is moeilijk te zeggen vanwege de onduidelijke definitie. Ongeveer 16% van de

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etiologie</li> <li>- Anamnese, diagnostiek en indicatiestelling</li> <li>- Behandeling</li> </ul>	<p>klachten bij poliklinieken heeft te maken met seksuologie.</p> <p>Somatisch: mogelijk spelen hormonen een rol, of de gevoeligheid van de vrouw voor deze hormonen.</p> <p>Psychisch: depressieve klachten staan in verband met verminderd verlangen, zo ook relatieproblemen.</p> <p>Het ontbreken aan verlangen wordt vaak tegen iets afgezet (minder zin dan vroeger, minder zin dan de partner, enz.). Het is belangrijk om uit te zoeken of het verworven of levenslang, gegeneraliseerd of specifiek is om te weten wat behandeld moet worden.</p> <p>Kan door hormoonsubstitutie maar dit is slechts bij een kleine groep effectief.</p> <p>Relatietherapie is veelvoorkomend en orgasmetraining kan als toevoeging gebruikt worden.</p>
<p>Seksuele aversie / sexual aversion disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Probleemoriëntatie</li> <li>- Prevalentie en incidentie</li> <li>- Etiologie</li> <li>- Anamnese, diagnostiek en indicatiestelling</li> </ul>	<p>Aanhoudende of terugkerende extreme aversie voor, en vermijding van (bijna) elk genitaal seksueel contact met een seksuele partner.</p> <p>Seksuele aversie is conceptueel hetzelfde als een specifieke fobie. Het ontstaan van een seksuele aversie wordt verklaard met de leertheoretische opvatting over het ontstaan van fobieën: het tweefactorenmodel van vrees en vermijding (Mowrer). Vrees is klassiek geconditioneerd, vermijding is operant geconditioneerd. Ook kan een vrouw evaluatieve geconditioneerd raken, de walging ontstaat dan door het gedrag en inprenting van bijv. de moeder of een negatieve ervaring.</p> <p>Geen betrouwbare cijfers, maar 3% van de vrouwen met seksuele klachten, heeft klachten over aversie.</p> <p>Primaire (levenslange) aversie ontstaat vaak doordat seksualiteit al vroeg een negatieve betekenis heeft gekregen (door een orthodoxe achtergrond, seksuele trauma's, negatieve attitudes, enz.). Secundaire (verworven) aversie hangt vaak samen met andere seksuele problemen (zoals pijn).</p> <p>Informatie verzamelen over situaties die aversie oproepen, is het specifiek of gegeneraliseerd, is er sprake van PTSD.</p> <p>Bij angst: exposure aan angstinducerende</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandeling</li> </ul>	<p>stimuli. Bij walging gaat het niet om een verwachting van een vervelende gebeurtenis maar om onaangenaamheid in het algemeen. Evaluatieve conditionering kan deze betekenis wijzigen.</p>
<p>Opwindingsstoornissen / female sexual arousal disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Probleemoriëntatie</li> <li>- Prevalentie en incidentie</li> <li>- Etiologie</li> <li>- Anamnese, diagnostiek en indicatiestelling</li> <li>- Behandeling</li> </ul>	<p>Aanhoudend of terugkerend onvermogen om de adequate lubricatiezwelingsrespons van seksuele opwinding te krijgen of in stand te houden tot het eind van de seksuele activiteit. De diagnose richt zich op de fysiologie van de seksuele activiteit, niet op het genot. Hiernaast wordt gesteld dat voor een diagnose de seksuele stimulering adequaat moet zijn, wat de diagnose moeilijk te stellen maakt.</p> <p>Variëert tussen de 6 en 19% van de populatie en 2% van de vrouwen die hulp zoeken.</p> <p>Somatisch zijn er geen aanwijsbare oorzaken voor de aandoening, alleen bij vrouwen met een neurologische aandoening (dwarslaesie). Psychisch blijkt dat er geen verband is tussen subjectieve opwinding en mate van genitale respons.</p> <p>Naar subjectieve en fysiologische aspecten van opwinding vragen (aangezien die geen verband tonen). Informatie van de partner kan ook zinvol zijn, alsook informatie over medicatiegebruik.</p> <p>Medicatie (sildenafil) blijkt niet effectief (uitgezonderd vrouwen met een dwarslaesie). Het gebruik van speeksel en glijmiddel wordt veel toegepast.</p>
<p>Problemen met het orgasme / female orgasm disorder (inhibited female orgasm)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalentie en incidentie</li> <li>- Etiologie</li> <li>- Anamnese, diagnostiek en indicatiestelling</li> </ul>	<p>Aanhoudende of terugkerende vertraging, of ontbreken van een orgasme volgend op een fase met een normale seksuele opwinding. 7-10%. Een minderheid van de 'normale populatie vrouwen' komt tijdens coïtus tot een orgasme.</p> <p>Somatisch is er weinig bekend, behalve dat medicijnen, androgeentekort en aantasting van het CNS van negatieve invloed zijn. Psychische factoren kunnen negatieve attitudes zijn, schuldgevoelens, moeite met controleverlies, partnerrelatieproblemen. Duur en context zijn van belang. Volgens de DSM mag een orgasmestoornis geen gevolg zijn van de opwindingsstoornis (in de diagnose is namelijk sprake van normale</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandeling</li> </ul>	<p>opwinding). Er moet uitgezocht worden in welke fase van de seksuele respons het probleem zit.</p> <p>Masturbatietrainingen blijken erg succesvol. Deze bestaan uit educatie, visuele en kinetische exploratie van het eigen geslacht tot masturbatie.</p>
<p>Dyspareunie / dyspareunia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diepe dyspareunie</li> <li>- Oppervlakkige dyspareunie</li> <li>- Probleemoriëntatie</li> <li>- Prevalentie en incidentie</li> <li>- Etiologie</li> <li>- Anamnese, lichamelijk onderzoek en indicatiestelling</li> <li>- Behandeling</li> </ul>	<p>Aanhoudende of terugkerende genitale pijn samenhangend met de geslachtsgemeenschap bij man of vrouw. De pijn die tijdens penetratie diep in de buik wordt ervaren. Kan veroorzaakt worden door myomen of cysten.</p> <p>Pijn wordt ervaren bij het naar binnengaan in de vagina. Als er geen somatische oorzaak is, wordt gesproken van het vulvaire vestibulitis syndroom (VVS). Wanneer de pijn voorkomt zonder penetratie of aanraking, is er sprake van essentiële vulvodynie.</p> <p>Dyspareunie mag niet uitsluitend veroorzaakt worden door een tekort aan lubricatie of vaginistisch reageren. Dit is in de praktijk moeilijk vast te stellen.</p> <p>3-18% van de vrouwen. Oppervlakkige dyspareunie wordt het meest gerapporteerd. Somatische oorzaken kunnen infecties zijn of allergische reactie op bepaalde middelen.</p> <p>Psychisch kan angst voor pijn leiden tot droogheid of aanspanning.</p> <p>Aard, locatie en duur van pijn uitvragen. Vragen naar lubricatie, lichamelijk onderzoek van bekkenbodem.</p> <p>Behandeling van somatische aandoeningen (medicatie, lasertherapie, operatieve methoden), voorlichting is ook mogelijk.</p>
<p>Vaginisme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Probleemoriëntatie</li> <li>- Prevalentie en incidentie</li> </ul>	<p>Aanhoudende of terugkerende spasme van de musculatuur van het buitenste derde deel van de vagina, waardoor de geslachtsgemeenschap belemmerd wordt. Echter niet alleen geslachtsgemeenschap wordt belemmerd, maar ook bijvoorbeeld het inbrengen van een tampon gaat niet (of zeer moeizaam).</p> <p>Vaginisme valt onder de pijnstoornissen maar is dit niet perse. Een vrouw spant namelijk onwillekeurig haar spieren samen voordat penetratie plaatsvindt. Dit samenspannen zorgt op zichzelf niet voor pijn.</p> <p>0,5 – 1% van de populatie en 15% in</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etiologie</li>   <li>- Anamnese, diagnostiek en indicatiestelling</li>   <li>- Behandeling</li> </ul>	<p>poliklinieken.</p> <p>Somatisch kunnen de klachten ontstaan door congenitale afwijkingen. De meerderheid van de vrouwen met primair vaginisme voldoet ook aan VVS. Psychisch gezien is een vaginistische reactie een geconditioneerde respons op een bedreigende stimulus (penis, vinger, tampon).</p> <p>Uitvragen om welke situaties het gaat, hoe de reactie zich uit en uitsluiten van VVS als iemand nog nooit coïtus heeft gehad.</p> <p>Systematische desensitisatie (confrontatie aangaan, in werkelijkheid of in gedachten), sensate focus-oefeningen en seksuele educatie.</p>
--	---

## L. Seksuele disfuncties bij mannen

<p>Verminderd seksueel verlangen / hypoactive sexual desire disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalentie en incidentie</li> <li>- Modellen van seksueel verlangen</li>   <li>- Etiologie</li>   <li>- Anamnese, diagnostiek en indicatiestelling</li>   <li>- Behandeling</li> </ul>	<p>Aanhoudend of terugkerend gebrek aan seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit (rekening houdend met leeftijd, sekse en levenswijze). Dit zorgt voor lijden bij de man en / of zijn partner. Schattingen lopen van 0 tot 16%.</p> <p>Vroeger werd gesteld dat verlangen aan opwinding voorafging. Tegenwoordig bestaat de opvatting dat verlangen ontstaat als gevolg of als onderdeel van opwinding.</p> <p>Verminderd verlangen kan veroorzaakt worden door somatische ziekten, depressie, testosterontekort of life-events.</p> <p>Onderzoeken van de testosteronspiegel, seksuele verwachtingen, relationeel functioneren, enz.</p> <p>Bij androgeentekort kan worden begonnen met substitutie, sekstherapie, sensate-focusoefeningen.</p>
<p>Opwindingsstoornis / male erectile disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mechanisme van de erectie</li> </ul>	<p>Aanhoudend of terugkerend onvermogen om een adequate erectie te krijgen of te behouden tot de voltooiing van de seksuele activiteit. Stoornissen in de opwindingsfase uiten zich bij mannen in een erectiële disfunctie (ED).</p> <p>Een man zonder problemen die seksueel opgewonden wordt, ontwikkelt een positief affect. Hij verwacht genot te zullen ervaren en seksueel competent te zullen zijn. Bij een man met een erectiestoornis heeft de</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toeschouwersgedrag / spectatoring</li> <li>- Prevalentie en risicofactoren</li> <li>- Anamnese, diagnostiek en indicatiestelling</li> <li>- Specifieke diagnostische tests</li> <li>- Behandeling</li> </ul>	<p>verwerking van deze informatie (de verwachtingen) een remmend effect. Depressie en aandacht spelen ook een belangrijke rol.</p> <p>Overmatige aandacht voor lichamelijke sensaties tijdens seksuele prikkeling, wat seksuele opwinding belemmert.</p> <p>Ongeveer 15% van de volwassen mannen. Risicofactoren zijn leeftijd, medicijnen, somatische en psychosociale factoren en een ongezonde leefstijl.</p> <p>Uit schaamte hopen mannen vaak dat de huisarts zelf het initiatief tot gesprek neemt. De arts moet dus gevoelig zijn voor signalen. Ernst en duur wordt besproken, effect op functioneren, restfunctie (erectie in slaap, ochtend, bij pornofilm).</p> <p>Vasculair onderzoek (vaatonderzoek), neurologisch onderzoek, meting van erectie tijdens de slaap, psychofysiologisch diagnostisch onderzoek (erectie opwekken) en psychodiagnostisch onderzoek (vaststellen van psychologische of organische factoren).</p> <p>Kan met medicatie (sildenafil, apomorfine), voorlichting, counseling. Bij medicatie is het vaak een voorwaarde dat er nog wel een erectie verkregen kan worden, deze grijpen vaak aan op het in stand houden van een erectie.</p>
<p>Orgasmestoornis / male orgasmic disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalentie en incidentie</li> <li>- Etiologie</li> <li>- Behandeling</li> </ul>	<p>Aanhoudende of terugkerende vertraging, of ontbreken van een orgasme volgend op een fase met een normale seksuele opwinding tijdens de seksuele activiteit die adequaat in aandacht, intensiteit en duur was, waarbij rekening is gehouden met de leeftijd.</p> <p>Amerikaans onderzoek: 7-9% kan geen orgasme krijgen.</p> <p>Erg weinig over bekend, er lijkt wel een verband met neurologische aandoeningen. Stimulatiepatroon moet in kaart gebracht worden. Ook kan sekstherapie het orgasme tijdens masturbatie generaliseren naar het contact met de partner. Er wordt ook wel vibratie toegevoegd.</p>
<p>Voortijdige zaadlozing / premature ejaculation (PE)</p>	<p>Aanhoudende of terugkerende ejaculatie na minimale seksuele stimulatie voor, tijdens of kort na de penetratie en eerder dan betrokkene wil. Rekening houdend met factoren die de duur van de opwindingsfase</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalentie en incidentie</li> <li>- Etiologie</li> <li>- Behandeling</li> </ul>	<p>beïnvloeden, zoals leeftijd, onbekendheid met de partner of de situatie en de huidige frequentie van de seksuele contacten. Amerikaans onderzoek: 25-60%, Nederlands onderzoek: 19% ejaculeert af en toe al voor de coïtus.</p> <p>Onbekend, maar een mogelijke verklaring is dat jongens hun eerste ervaring met coïtus hebben onder gehaaste condities en grote spanning. Ook is er een verhoogde comorbiditeit met angststoornissen gevonden en blijkt de sympathische activatie van het begin van de respons al verhoogd (i.t.t. de controlegroep).</p> <p>CBT, sensate-focustherapie en farmacologische therapie. De man kan langzaam leren de sensaties van zijn lichaam te herkennen waardoor hij een orgasme aan voelt komen. Dan kan men de 'knijp-techniek' toepassen, door krachtig onder de eikel te knijpen waardoor de ejaculatiereflex stopt.</p>
<p>Pijn bij seks / dyspareunia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalentie en incidentie</li> <li>- Etiologie</li> </ul>	<p>Het aanhoudend of terugkerend optreden van genitale pijn verbonden aan de seksuele activiteit (andere soorten pijn kunnen de cyclus ook verhinderen maar vallen hier niet onder).</p> <p>Weinig bekend, mogelijk 0,2-8%.</p> <p>Lokale pijn: phimosis (vernauwde voorheid), te kort frenulum (toompje), ziekte van Peyronie (kromstand van de penis), ontstekingen (soa), overgevoelige glans (eikel), blue balls-fenomeen (pijn nadat bij hevige seksuele opwindning het orgasme is uitgebleven).</p> <p>Regionale pijn: liesbreuk, pijn in de musculus pudendus (bekkenbodem), krampen.</p> <p>Algemene pijn: orgasmehoofdpijn (ontstaat voor of tijdens het orgasme), pijn in hart- en vaatstelsel, spier- en skeletstelsel en zenuwpijnen.</p>

## M. Parafilieën en aanverwante stoornissen

Parafilieën	Terugkerende, intense seksueel opwindende fantasieën, seksuele impulsen of gedragingen, die ten minste zes maanden bestaan en betrekking hebben op niet-menselijke objecten, het lijden of vernederen
-------------	---

<p>- Prevalentie en incidentie</p> <p>- Diagnostiek</p> <p>-Behandeling</p>	<p>van zichzelf of de partner, kinderen of andere niet-instemmende personen.</p> <p>Zeer weinig bekend, evenmin over het ontstaan. Het lijkt erop dat parafilieën in de vroege adolescentie beginnen. Man :vrouwverhouding (schatting): 30:1. Wordt gedaan aan de hand van dimensies (fenomenologische, biologische, pathologische en sociale dimensie, eventueel aangevuld met strafrechtelijke en gevaarlijkheidsdimensie). Kan bestaan uit CBT (bestraffende houding keurt de persoon voor het parafiele gedrag, begrijpende houding maakt onderscheid tussen de persoon en het parafiele gedrag), psychoanalyse, hormonale en psychofarmacologische interventies (castratie, neurochirurgie en farmacologische interventies.)</p>
Sexual preference hypothesis	De eigenschap van iemand om vooral seksueel opgewonden te worden van een bepaalde objectcategorie. De parafilie wordt benaderd als een psychologische dispositie of persoonlijkheidstrekk (d.w.z. als een samenvattende beschrijving en verklarende voorspeller van iemands gedrag.
Multiplex paraphilia (Money)	Parafilie die meerdere elementen heeft en verbonden zijn rond een primaire fixatie. Iemand met meerdere parafilieën zou dus één stoornis hebben.
Exhibitionisme	Seksueel-erotische focus op het tonen van de geslachtsorganen aan een niets vermoedende vreemdeling.
Fetisjisme	Seksueel-erotische focus op niet-levende objecten.
Frotteurisme	Seksueel-erotische focus op het zonder instemming aanraken en wrijven tegen een ander persoon.
Pedofilie	Seksueel-erotische focus op prepubertaire kinderen, of kinderen jonger dan dertien jaar.
Seksueel masochisme	Seksueel-erotische focus op vernederd, geslagen, vastgebonden of anderszins gepijnigd worden.
Seksueel sadisme	Seksueel-erotische focus op het toebrengen van psychisch of lichamelijk lijden bij een slachtoffer.
Transvestisch fetisjisme	Seksueel-erotische focus op het dragen van kleding van de andere sekse.



Voyeurisme	Seksueel-erotische focus op het zonder toestemming kijken naar anderen bij seksuele activiteiten, uitkleden of naakt zijn.
<p>Niet anderszins omschreven:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Telefoonscatologie</li> <li>- Necrofilie</li> <li>- Partialisme</li> <li>- Zoöfilie</li> <li>- Coprofilie</li> <li>- Urofilie</li> <li>- Klismafilie</li> </ul>	<p>Seksueel-erotische focus op obsceniteiten over de telefoon.</p> <p>Seksueel-erotische focus op lijken.</p> <p>Seksueel-erotische focus op een bepaald lichaamsdeel.</p> <p>Seksueel-erotische focus op dieren.</p> <p>Seksueel-erotische focus op ontlasting.</p> <p>Seksueel-erotische focus op urine.</p> <p>Seksueel-erotische focus op het rectaal inbrengen van vloeistof.</p>
<p>Normaliteitstheorieën</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpersoonlijke, sociaal-psychologische of sociologische paradigma</li> <li>- Biologische en leertheoretische theorieën</li> </ul>	<p>Beschouwt een parafilie als een normale variatie van het seksueel verlangen. Deze vat deviante seksualiteit op als een overtreding van een sociale norm die door een bepaalde groep of samenleving wordt aangehangen. Seksualiteit is geen natuurlijk bepaald gegeven, maar wordt inhoudelijk vormgegeven door interactie met de sociale omgeving. Parafilieën zijn een vorm van coping-mechanismen om aan de druk van de maatschappij te ontsnappen en zich het richten op intense fysieke sensaties in het hier en nu.</p> <p>Kinsey en collega's nemen aan dat parafilieën ontstaan door toevallige conditionering van een intrinsiek plastische seksuele capaciteit. Wilson vat parafilieën op als een adaptief coping-mechanisme van mannen die bij vrouwen niet succesvol zijn.</p>
<p>(Psycho)pathologische paradigma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychopathologische conceptualisaties: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychoanalytische benaderingen</li> </ul> </li> <li>- Leertheoretische en sociaal-cognitieve visies</li> </ul>	<p>Deze vat deviante (afwijkende) seksualiteit op als het resultaat van een pathologische stoornis.</p> <p>Freud: het normale doel is heteroseksuele coïtus. Dit doel is niet standaard aanwezig, maar wordt verworven door integratie van lustgevoelige zones (vindt plaats in de psychoseksuele ontwikkelingsstadia). Dit kan alleen als onbewuste conflicten goed verwerkt worden, anders ontstaat parafiele symptomatologie.</p> <p>Parafilie ontwikkelt zich door drie hoofdprocessen. 1) De conditionering van seksuele opwindings en orgasme op een parafiel object. 2) Het onbreken van een sociale sanctionering die dit ter discussie</p>

<p>- Money's theorie van het afwijkende liefdesschema (lovemap)</p> <p>- Hofmakingsstoornissen (courtship disorders)</p> <p>- Biopathologische conceptualisaties</p>	<p>stelt waardoor de lust niet gecorrigeerd wordt</p> <p>3) Inbedding van de parafilie in de identiteit, waardoor een levenspatroon ontstaat wat steeds moeilijker te veranderen is.</p> <p>De (normale) heteroseksuele oriëntatie wordt bereikt door het ongestoord ervaren van sexual rehearsal play in de kindertijd. Kinderen vormen met spelletjes een liefdesschema (lovemap). Dit schema wordt in de pubertijd geseksualiseerd. Als deze ontwikkeling wordt verstoord, ontstaat een parafilie. Parafilieën worden gekenmerkt door</p> <p>1) een bijzondere bewustzijnstoestand (paraphilic fugue state) bij het psychologisch activeren en gedragsmatig uitvoeren van het parafiele ritueel, 2) tussen de periodes van parafiele seksuele activiteit wordt er obsessieel gefantaseerd en isoleert de persoon zich sociaal, 3) een cyclisch optredend patroon van afwisseling tussen kenmerk 1 en 2, 4) vaak hyperorgasmie.</p> <p>Stoornis in de normale seksuele interactiesequentie (waarnemen van potentiële partner, pretactiele interactie, tactiele interactie en genitale eenwording).</p> <p>Hier is de centrale hypothese dat parafilieën het resultaat zijn van een genetisch, hormonaal of hersendefect. Er wordt gedacht dat parafilieën het symptoom zijn van een cerebrale verstoring van neurotransmitters die verantwoordelijk zijn voor de regulatie van de seksualiteit. Ander uitgangspunt is dat pedofilie het resultaat is van een defect van het evolutionaire mechanisme dat de seksuele oriëntatie stuurt.</p>
--	---

## N. Psychiatrie en seksualiteit

<p>Seksueel functioneren bij psychiatrische ziektebeelden</p> <p>- Depressie</p>	<p>Psychiatrische ziektebeelden kunnen van grote invloed zijn op het seksuele leven. Seksuele interesse vermindert over het algemeen sterk bij depressie. Dit kan komen door depressiesymptomen (gedaalde zelfwaardering, moeheid, anhedonie), neurofysiologische verstoring, verstoring van welbevinden en kwaliteit van leven leidt tot depressie en seksuele disfunctie (hardship-hypothese). Ook lijkt het</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bipolaire stoornis</li> <li>- Schizofrenie</li> <li>- Angststoornissen</li> <li>- Eetstoornissen</li> <li>- Dementie</li> <li>- Autisme en pervasieve ontwikkelingsstoornissen</li> <li>- Borderline persoonlijkheidsstoornis</li> </ul>	<p>alsof het dopamine-effect stilvalt (dopamine stimuleert de stemming, behoefte aan plezier en zoeken van plezier).</p> <p>Kenmerkt zich door hevige stemmingswisselen, waarbij de seksuele behoeften vaak stijgen en intensiever beleefd worden. Dit is met name het geval tijdens de manische episode. Zie voor de depressieve episode hierboven.</p> <p>Kenmerkt zich door psychotische fasen en perioden van restsymptomen. Patiënten hebben verminderde zin, wat wel iets stijgt door medicijngebruik.</p> <p>Kunnen bestaan uit algemene angst, paniekaanvallen of fobieën. Patiënten rapporteren seksuele stoornissen en aversie. Een deel van de mannen zeggen juist een versterkte interesse en erectie te hebben. Ook faalangst is van invloed op de kwaliteit van de erectie.</p> <p>Door een aangetaste stofwisseling vindt hypogonadisme plaats waardoor zowel de menstratiecyclus als het seksuele verlanger komt stil te liggen.</p> <p>Seksualiteit bij dementie is afhankelijk van een aantal factoren, zoals de wijze waarop de seksuele relatie zich had ontwikkeld en welke partner dement wordt. Een patiënt kan seks als verkrachting ervaren (hoeft niet). Hierbij vindt met name masturbatie plaats. Soms richt het gedrag zich op anderen. Patiënten zijn vaak intens bezig met seksualiteit en relaties. Dit kan gepaard gaan met seksuele preoccupatie en minder seksuele tevredenheid.</p>
<p>Psychiatrische medicatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dopaminerg</li> <li>- Antidopaminerg</li> <li>- Serotonerg</li> <li>- Antiserotonerg</li> <li>- Noradrenerg</li> </ul>	<p>Stimuleert (direct: activeert seksuele behoefte, indirect: activeert plezier).</p> <p>Vermindert agitatie, impulsdempend (direct: remt de zin, remt seksuele activiteit, verstoort erectie, remt ejaculatie, indirect: gynaecomastie).</p> <p>Antidepressief, anxiolytisch, vaak impulsdempend (direct: remt het orgasme, indirect: droge mond, transpiratie).</p> <p>Stimuleert (direct: activeert seksueel gedrag, bevordert orgasme).</p> <p>Antidepressief, activeert (indirect: prikkelbaarheid).</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anti-adrenerg</li> <li>- Anticholinerg</li> <li>- Antihistaminerg</li> </ul>	<p>Sedeert (versuft), vermindert agitatie (direct: verstoort erectie of lubricatie, indirect: slaperigheid).</p> <p>Sedeert, vermindert agitatie (direct: verstoort erectie of lubricatie, indirect: droge mond, droge eikel of vulva, taaier sperma, transpiratie).</p> <p>Sedeert, vermindert agitatie (indirect: gewichtstoename, slaperigheid).</p>
<p>Psychotrope middelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anxiolytica</li> <li>- Antipsychotica</li> <li>- Stemmingsstabilisatoren</li> <li>- Antidepressiva</li> </ul>	<p>Deze verminderen angst (benzodiazepinen) en werken sederend (versuffend). Deze medicijnen hebben als bijwerking vertraging van het orgasme.</p> <p>Deze verminderen of stoppen psychotische verschijnselen en hevige agitatie of onrust. Bijwerkingen kunnen hyperprolactinemie zijn.</p> <p>Deze hebben een antimanische en antidepressieve werking. Bijwerkingen zijn minder zin, slechtere erectie en orgasme. Echter, soms wordt juist een verbetering gerapporteerd.</p> <p>Deze normaliseren de stemming en beïnvloeden depressieve kenmerken. Bijwerkingen zijn verstoringen van het orgasme.</p>

# Europass: Essentieel voor je internationale carrière

Wil je werken, studeren of stage lopen in het buitenland? Dan is het belangrijk dat je in het buitenland duidelijk maakt wat je weet en wat je kunt. Europass is een set gratis documenten in alle Europese talen, waarmee werknemers hun vaardigheden en talenten kunnen laten zien. De basis van Europass is het Europass CV, de Europese standaard, dat je naar wens kunt aanvullen met documenten over je taalvaardigheid, je werkervaring en je diploma's.



# europass

[www.europass.nl](http://www.europass.nl)