

SEKSUOLOGIE IN NEDERLAND: GISTEREN, VANDAAG EN MORGEN (deel 1)^o

L. Gijs, A.K. Slob, W.L. Gianotten, M. Moors-Mommers & W. Vandereycken

Dit artikel geeft een overzicht van verleden, heden en toekomst van de interdiscipline Seksuologie. In dit eerste deel wordt in historisch perspectief gekeken naar de seksuologische ontwikkelingen van de afgelopen eeuw in Nederland. Van daaruit wordt de stap naar het heden gemaakt. Eerst komen visies, verworvenheden, voorzieningen en object van de seksuologische hulpverlening aan bod. Deze wordt thans in belangrijke mate gekleurd door een toenemende aandacht voor biologisch-lichamelijke aspecten van seksuele dysfuncties. Tevens is er een overstelpende vraag naar hulp als gevolg van seksueel misbruik.

In deel twee – dat samen met de literatuur voor het gehele artikel verschijnt in het volgende nummer – wordt gestart met een overzicht van de seksuologische vorming in Nederland. Daarna wordt de blik naar de toekomst gewend: zal de seksuologie een apart specialisme of een interdiscipline worden? Tevens wordt dan stilgestaan bij de invloed van twee hedendaagse problemen: AIDS en seksueel geweld.

Ofschoon het een hachelijke onderneming is (Van Ussel, 1976) kan de seksuologie omschreven worden als de wetenschappelijke studie van "het geslachtelijk dimorfisme in de differentiatie en ontwikkeling van mannelijke en vrouwelijke individuen, determinanten van gedrag dat gerelateerd is aan het geslachtelijk dimorfisme, het liefdesleven, intieme mens-mens relaties" (Everaerd, 1981). Als term is seksuologie in 1906 door Bloch geïntroduceerd. Het is evenwel gebruikelijk de geboorte van de seksuologie in 1886 te leggen bij de verschijning van de "Psychopathia Sexualis" van Von Krafft-Ebing.

Drs L. Gijs, psycholoog. Universitair Docent, Klin. Psychologie en Gezondheid, R.U. Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht.

Dr A.K. Slob, med. fysioloog. Univ. Hoofddocent, Fak. Geneeskunde en Gezondheidswetensch., Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

Drs W.L. Gianotten, arts-psychotherapeut. Werkzaam bij Rutgers Stichting, Medische Seksuologie Academisch Ziekenhuis Utrecht, Afd. Gynaecologie, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.

Drs M. Moors-Mommers, med. publiciste. Debussylaan 3, 5242 HH Rosmalen.

Prof. Dr W. Vandereycken, psychiater-seksuoloog. Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen, Veltbornstraat 39, 3300 Tienen, België.

^o Geaccepteerd voor publikatie 22 november 1989.

Ondanks deze honderdjarige geschiedenis, en ondanks de blijvende maatschappelijke seks-interesse, blijft de seksuologie voor velen in de gezondheids- en welzijnssector een onbekend gebied. Daarom wordt in dit artikel een overzicht gegeven van deze "interdiscipline". Eerst is er een historische plaatsbepaling. Dan wordt ingegaan op de hedendaagse situatie: de seksuologische hulpverlening, gevolgd door een schets van onderzoek, onderwijs en opleiding. Tenslotte wordt stilgestaan bij de toekomst van de seksuologie.

Historisch overzicht

De internationale context

Een eerste groei- en bloeiperiode kende de seksuologie vanaf haar geboorte in 1886 tot circa 1933. In Duitsland werd pionierswerk verricht door de arts Hirschfeld, de psychiater Von Krafft-Ebing, de neuropsychiater Moll en de dermatoloog Bloch. Andere belangrijke figuren waren de Zwitserse neuropsychiater Forel, de Oostenrijkse neuroloog Freud, de Franse psycholoog Binet en de Engelse onderwijzer-arts Ellis.

Hun seksuologisch denken had een aantal kernpunten (zie Hekma, 1985; Rolies, 1981). Centraal stond het van de heteroseksuele coïtus afwijkende gedrag. "Lijders" aan dit gedrag waren ziek en behoorden daarmee niet meer tot het terrein van theologen en juristen. Met succes claimden artsen het recht moreel te definiëren wie en wat (ab)normaal of (on)gezond waren. Verondersteld werd een seksuele drift, in essentie opgevat als gericht van man tot vrouw, als puur fysiek en niet bepaald door tijd, plaats of cultuur. Bijgevolg kwam ook de behandeling van de afwijkingen van deze biologische seksuele drift de arts toe. Tenslotte werd de seksuologie rond de eeuwwisseling sterk gekenmerkt door een strijd voor sociale seksuele bevrijding, zo treffend uitgedrukt in Hirschfelds lijfspreuk "*Per scientiam ad iustitiam*".

In 1933 werd het befaamde Berlijnse "Institut für Sexualwissenschaft" van Hirschfeld vernietigd door het Nazisme. Daardoor werd het zwaartepunt van de seksuologische arbeid verplaatst naar de Verenigde Staten. Vijf prominente Amerikanen staken boven alle anderen uit: Alfred Kinsey (zoöloog), William Masters (gynaecoloog) en Virginia Johnson (psychologe), John Money (psycholoog) en Frank Beach (psychobioloog).

Kinsey en medewerkers brachten seksuele gedragingen in kaart d.m.v. uitgebreide interviews met duizenden mannen en vrouwen (Kinsey e.a., 1948; 1953). Al kreeg Kinsey zelf niet de verdiende erkenning, Masters en Johnson lukte dat wel: zij bestudeerden daadwerkelijk het vrijen van mensen in hun laboratorium (Masters & Johnson, 1966). Ook introduceerden zij een directe, kortdurende en effectieve sekstherapie (Masters & Johnson, 1970). Money (b.v. 1988a) startte in het begin van de 50-er jaren een klinisch onderzoeksprogramma naar de geslachts- en gender-

differentiatie. Zijn invloed is het sterkst voelbaar in theoretische opvattingen over de ontwikkeling van de genderidentiteit en in de behandeling van genderdysforie, interseksualiteit en parafilia. Beach (b.v. 1976) is de vader van de gedragsendocrinologie. In die hoedanigheid leverde hij niet alleen een bijdrage tot de vergelijkende seksuologie, maar bovenal tot de studie van de wederzijdse interacties van seksueel gedrag en (neuro)endocriene processen. Voor een gedetailleerd beeld van Beach's grote betekenis zij verwezen naar het uitgebreide 'In Memoriam' in *Hormones and Behavior* (1988).

Na deze heropbouw hebben velen, in het bijzonder na 1970 en vanuit talloze disciplines, hun steentje bijgedragen tot de vooral Westerse expansie van de seksuologie. Daarbij wordt deze interdiscipline sterk gekenmerkt door een dialektiek van essentialistische (bijv. Bancroft, 1989; Money, 1988a) en konstruktionistische paradigmata (Foucault, 1976; Plummer, 1975; Simon & Gagnon, 1987; Weeks, 1985). Hoewel allerlei intermediaire posities kunnen worden ingenomen (bijv. Dekker & Everaerd, 1989) laat een synthese op zich wachten.

Seksuologie in Nederland

Vanaf het begin van deze eeuw waren er contacten tussen Nederlandse en vooraanstaande Duitse seksuologen. Niet verwonderlijk dat de klemtoon lag op de seksuologische kliniek en de seksuele hervorming. Vooral homoseksualiteit en anticonceptie stonden in de belangstelling (Van Emde Boas, 1978; Tielman, 1981). De medici Aletrino en Romer en de jurist Schorer streden, ruwweg tussen 1900 en 1940, een zware strijd voor gelijkberechtiging van homoseksuelen.

Diegenen die zich vooral bezighielden met anticonceptie konden evenzeer rekenen op fors katholiek-protestants onbegrip. Hiertoe behoorden ondermeer de psychiaters Premsele en Van Emde Boas, de artsen Alette Jacobs, Rutgers en De Waard, alsmede de gynaecoloog Van de Velde. Alette Jacobs was de eerste vrouwelijke Nederlandse arts. Met de deugdelijkheidsverklaring van het pessarium in 1882 streed ze voor de verantwoordelijkheid van de vrouw inzake geboortenregeling. Zij had een spreekuur voor "het gewone volk" in de Amsterdamse Jordaan. De Waard (Groningen) en Rutgers (Rotterdam) volgden dit voorbeeld. Jan Rutgers inspireerde bovendien in het begin van deze eeuw de in 1881 opgerichte Neo Malthusiaanse Bond, die rationele geboortenbeperking voorstond. Van de Velde publiceerde in 1926 zijn bekende boek "**Het Volkoomen Huwelijk**". De auteur zelf typeerde het als een noodzakelijk doorbreken van een ongepaste stilte, omdat "te veel leed wordt geleden, dat kan worden vermeden; te veel vreugde verzuimd, die levensgeluk zou kunnen verhogen".

Na de stilstand door de tweede wereldoorlog werd de draad weer opgepakt. In 1946 werd onder de impuls van Engelschman en Van Leeuwen de "Wetenschappelijk

Cultureel en Ontspanningsvereniging Shakespeare Club" opgericht, in 1949 omgedoopt tot "Cultuur en Ontspannings-Centrum (COC)": de belangenorganisatie van homoseksuelen. En de Neo Malthusiaanse Bond ging onder de stuwende inspiratie van Storm en Nabrink verder als de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (NVSH).

In nauwere verbondenheid met de NVSH dan met het COC togen ook de seksuologen weer aan het werk. Naast hun spreekuren – veelal nog bij consultatiebureau's van de NVSH – richtten ze eind 40-er jaren het Nederlands Genootschap voor Medische Seksuologie op. Een wetenschappelijke vereniging, geleid door Holt (katholiek), Dupuis (protestant) en Van Emde Boas (humanist). Zij kregen binnen de gevestigde medische wereld geen voet aan de grond. Van erkenning als (sub)specialisme was geen sprake. En seksuologie-onderwijs bleef uit den boze. Daarom stelde de NVSH in 1969 te Amsterdam en in 1971 te Leiden twee bijzondere leerstoelen Seksuologie in, telkens binnen de Universitaire Vrouwenkliniek. Hoogleraar op beide plaatsen werde de psychiater Van Emde Boas. Daarnaast begonnen in de 70-er jaren diverse medische fakulteiten seksuologische poliklinieken en werd het seksuologie-onderwijs gestart of uitgebreid. Belangrijke mensen waren ondermeer: de arts Wibaut te Amsterdam, in Rotterdam de psychiaters Ladee, Trimbos en Sengers (1969) en de historicus Van Ussel (1968; 1970; 1976); te Utrecht de gynaecoloog Haspels. Aan de Medische Fakulteit te Utrecht werd in 1977 een bijzondere leerstoel "Medische Seksuologie" ingesteld, welke als eerste werd bezet door de psychiater Musaph.

In de periode 1945 tot 1970 werd de Seksuologische hulpverlening gedomineerd door artsen-mannen. De medische achtergrond gaf deze hulpverlening een bepaalde kleur (b.v. Levie, 1948). Naast de blijvende aandacht voor anticonceptie-problematiek was er het onderscheid tussen "kleine" en "grote" seksuologie (Van Emde Boas, 1978). De grote seksuologie omvatte vooral zogenaamde "seksuele perversies": o.m. travestie, pedofilie, fetisjisme, sadomasochisme, en voor velen toen ook nog homoseksualiteit. De kleine seksualiteit bestreek daarentegen de seksuele dysfuncties bij heteroseksuele (echt)paren. En daarmee is overduidelijk dat heteroseksualiteit de norm was: in een toen voornamelijk psychodynamisch geïnspireerde hulpverlening lag de nadruk dan ook op het nastreven van het zogenaamde "normale" man-vrouw patroon. De vrouw "hoorde" daarbij zin te hebben, de coïtus "hoorde" te lukken, "hoorde" pijnloos te zijn en de vrouw "hoorde" tijdens de coïtus een orgasme te krijgen. Als dit niet lukte was er sprake van respectievelijk libidoverlies, vaginisme, dyspareunie of anorgasmie! De man had vanzelfsprekend altijd zin, hij "hoorde" een langdurige stéevige erectie te hebben, alsmede een perfecte controle over het moment van zijn orgasme. Zo dit niet lukte was hij respectievelijk abnormaal, impotent of leed hij aan ejaculatio praecox of retardata!

Op de drempel van de jaren 70 deden zich in de organisatie van de seksuologische hulpverlening enkele zeer belangrijke wijzigingen voor. In 1986 ging de Schorerstichting van start als categoriaal bureau voor hulpverlening aan homoseksuelen. In 1969

werden de consultatieburo's van de NVSH een aparte autonome organisatie: de Rutgersstichting. En ondanks een negatief advies wat betreft geslachtsveranderende operaties van een Commissie van de Gezondheidsraad in 1965 – pas herroepen in 1979 – ging in 1972 de Stichting Nederlands Gender Centrum van start. Inhoudelijk werd de seksuologische GGZ hulpverlening toen vooral gekenmerkt door een verwoed debat over de status van homoseksualiteit (Groenendijk, 1987).

Opvallend is thans dat de grote voorvechters van zelfacceptatie (b.v. Sengers) een conventionele aanpak hadden in dit debat: zij onderschreven het primaat van de heteroseksualiteit; zij voerden enkel een methodologische en geen fundamenteel conceptuele aanval op de stelling dat homoseksualiteit een neurose is, en zij stelden, met afkeer van promiscuïteit, heteroseksuele relatiegerichtheid als norm voor seks van homoseksuelen (Groenendijk, 1987).

Gevoed door maatschappelijke gebeurtenissen als de pil, abortusliberalisatie (strijd), de consumptie-samenleving met aandacht voor rekreatieve en experimentele seks, veranderingen in genderrollen en seksuele gedragspatronen (vgl. b.v. Sex in Nederland I en II (1969; 1983), werden in Utrecht echter eind jaren 60, begin jaren 70 belangrijke nieuwe seksuologische wegen gebaad. Enerzijds werd in 1967 het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO) opgericht, met Witte als eerste directeur. Anderzijds bracht de klinisch psycholoog Everaerd aan de Rijksuniversiteit van Utrecht een creatieve Werkgroep Seksuologie tot stand. Opvallend aan deze beide programma's, die de humane seksuologie in Nederland de afgelopen 20 jaar hebben gedomineerd, waren vier zaken. 1. Seksueel gedrag is sociaal gedrag, en daarmee werd definitief afscheid genomen van seksuele-drift-conceptualisaties. 2. De studie ervan is bijgevolg beter af in handen van sociale wetenschappers. 3. De studie van seksueel gedrag dient te gebeuren via deugdelijk empirisch onderzoek. 4. Aangezien seksueel gedrag sociaal gedrag is, is de definitie van (ab)normale seks een sociale kwestie, waarbij mensen het recht hebben hun eigen seksualiteit vorm te geven: *"Als we het criterium van goed of kwaad vervolgens zoeken bij het al dan niet schade toebrengen aan een ander dan worden allerlei vormen van seksueel gedrag irrelevant en blijven als negatieve uitwassen slechts verkrachting en seksueel misbruik van kinderen"* (Witte, 1983). Kortom, het heteroseksuele primaat wordt hier verlaten! Tastbaar bewijs hiervan is b.v. de interfacultaire werkgroep Homostudies van de Rijksuniversiteit van Utrecht.

Bij bovenstaande historische schets van de "humane seksuologie" (waarop in dit artikel de nadruk ligt) dient opgemerkt te worden dat de Nederlandse "dierseksuologie", geïnspireerd door Van der Werff ten Bosch en Van de Poll, in de jaren 80 tot grote (inter)nationale bloei is gekomen (b.v. de Jonge e.a., 1988; Nieuwenhuijsen e.a., 1988; Slob e.a., 1987). De geschiedenis van deze ontwikkeling en haar verhouding tot de humane seksuologie zijn echter nog niet in kaart gebracht.

Seksuologische hulpverlening

Introductie

Tot nu toe werd een bondig overzicht geschetst van de historische ontwikkeling van de (inter)nationale seksuologie. Dat als voorspel op de belangrijke vraag: hoe is het heden ten dage gesteld met de seksuologie? Mogelijk zou het meest voor de hand liggen te starten bij de opleidingen in de seksuologie. Aangezien academische opleidingen seksuologie, nog steeds evenzeer als in het verleden, achterblijven bij ontwikkelingen in de beroepspraktijk, zullen we eerst ingaan op de seksuologische hulpverlening. Centraal staan drie vragen: 1. seksuologische hulpverlening, wat is dat? 2. welke hulpverleningsvoorzieningen zijn beschikbaar? en 3. welke seksuele problemen komen voor?

Seksuologische hulpverlening, wat is dat?

Er zijn nog steeds cliënten die denken dat de seksuol(o)g(e) gaat voordoen hoe mensen zouden moeten vrijen en er blijven doorverwijzers (!) die denken dat cliënten moeten voordoen hoe zij vrijen Dat is dus onzin. Wat is seksuologische hulpverlening dan wel? En bij welke problemen wordt ze in praktijk gebracht? *"Seksuologische hulpverlening kan omschreven worden als die hulpverlening die poogt de seksuele klacht van een cliënt te elimineren. Onder seksuele klacht wordt daarbij verstaan: de door de cliënt aan de hulpverlener voorgelegde en als onwenselijk ervaren discrepantie tussen seksuele wens en werkelijkheid"* (Gijs, 1987).

Wat de praktijk betreft dient de draad in 1970 weer opgevat te worden bij Masters en Johnson. Tot dan was er voor de behandeling van seksuele problemen geen goede therapeutische aanpak aanwezig (Friedman e.a., 1982). Met het 'revolutionaire' **"Human Sexual Inadequacy"** introduceerden M & J een kortdurende en effectieve therapie voor seksuele dysfuncties: de zogenaamde sekstherapie. Zij vond snel ingang, ook in de lage landen. En zij vormt nog steeds de belangrijkste aanzet van de hedendaagse sekstherapie (Everaerd e.a., 1990). M & J's benadering was gericht op het heteroseksuele echtpaar en vooral toegespitst op de directe oorzaken van seksuele problemen zoals faalangst, gebrekkige communicatie en gebrekkige seksuele kennis. Het paar kreeg huiswerk, bijvoorbeeld een coïtus-verbod om de faalangst te couperen. Verder werden dan sensate focus oefeningen (streel- en voel-oefeningen) gegeven om opnieuw te leren vrijen en overwaardering van de prestatie te laten verdwijnen. Uiteindelijk werden speciale technieken ingebouwd: plaagtechniek bij erectiestoornis, knijp-techniek bij gebrekkige ejaculatiecontrole en het gebruik van dilatators bij vaginisme. Doelstelling van M & J was coïtus met orgasme voor beide partners.

In de loop der jaren zijn op dit thema allerlei therapeutische variaties ontstaan. Terwijl men in Vlaanderen bijvoorbeeld het intensieve M & J-programma sterk heeft uitgewerkt (Vansteewegen e.a., 1984), is dat in Nederland nooit van de grond gekomen. Er ontstond ook variatie omdat men kritiek kreeg op de filosofie van M & J. Bij hen werden alleen paren geaccepteerd. Wie niet (meer) gehuwd was kon een andere partner meenemen of zelfs vanuit hun instituut een stand-in-partner krijgen. Dit laatste heeft hier nooit ingang gevonden (vergelijk de controverse rond Brinkman's behandeling van een cliënte met vaginisme m.b.v. een stand-in-partner (Brinkman, 1975a en b). Hier is ook meer aandacht voor de individuele cliënt, die soms (nog) geen partner heeft of die het alleen wil oplossen. Tegen die achtergrond, maar ook om economische redenen ontstonden groepsbehandelingen. Ook groeide het besef van het sekse-specifieke van sommige problemen. Zo ontstonden de pre-orgasmegroepen (Barbach, 1974) of Vrouwen leren vrijen met zichzelf-groepen (Van der Does & Van de Pool, 1978). Zo kennen we nu ook een groepsaanpak voor vaginisme (Bezeemer, 1985) en groepstherapie voor mannen met seksuele problemen (Staffeleu, 1985).

Sekstherapie is momenteel een heterogeen pakket van methodes en technieken geworden waarvoor algemene therapeutische vaardigheden vereist zijn. De sekstherapeuten van nu zijn meer dan ooit (psycho)therapeuten met specifieke seksuologische kennis (Cohen-Kettenis & Everaerd, 1988).

De magische slogan "90% psychogeen, 10% biogeen" was jarenlang het uitgangspunt van veel sekstherapeuten. De laatste 10 jaren is er evenwel een duidelijke kentering. Ingebed in een grotere bezorgdheid voor de seksuele kwaliteit van leven na ziekte, handicap en operatie is er een groeiende aandacht voor de medisch-biologische aspecten van seksuele dysfuncties. Nieuwe diagnostische methoden en urologische interventies als papaverine-injecties en erectie-prothesen (zie b.v. Gooren, 1986a; Hengeveld, 1987; Meuleman & Delaere, 1989; De Meyer & De Sy, 1986) suggereerden dat biomedische defekten heel wat meer bijdroegen aan seksuele dysfuncties dan vroeger werd gedacht "90% biogeen en 10% psychogeen" lijkt de nieuwe reclameslogan van sommigen. Al is zonneklaar dat slechts een goede psychologische én biologische evaluatie plus behandeling de beste succeskansen geeft bij seksuele dysfuncties. In dit opzicht verdient de Nederlandse Vereniging voor Impotentie Onderzoek, opgericht in 1987, waardering voor haar pogingen sekstherapeuten en biomedici tot samenspraak te brengen. Dit laatste geldt eveneens voor de in 1981 opgerichte Vereniging voor Seksuologie. Merkwaardig tenslotte is dat de hernieuwde biomedische interesse en bemoeienis vooral het mannelijk lid betreft Waar is de vrouw gebleven? Al krijgen geslachtshormonen bij vrouwelijk (dys)functiëren steeds meer aandacht; overigens met uiteenlopende resultaten (Broersen, 1988; Schreiner-Engel e.a., 1989), en is (psycho)fysiologisch seksonderzoek bij vrouwen in opmars (Rosen & Beck, 1988; Schover & Jensen, 1988).

Centraal in het denken over seksuele dysfuncties stond de "seksuele respons-cyclus", de menselijke (psychologische en fysiologische) reaktiewijze op seksuele

prikkels (vgl. Everaerd, e.a., 1990). Door Masters en Johnson (1966) ingedeeld in 4 fasen: 1. de opwindings-, 2. de plateau-, 3. de orgastische-, en 4. de ontspanningsfase. Het seksuele verlangen speelde nauwelijks een rol in hun denken. Het was Kaplan (b.v. 1979) die de 'zin in seks' als nieuwe fase toevoegde. Bovendien plaatste zij de klinische problemen met het seksuele verlangen op de voorgrond.

Naast de opkomst van de sekstherapie werden in de 70-er en 80-er jaren "nieuwe" problemen door de seksuologische hulpverlening ontgonnen: seksuele oriëntaties, gender(rol) problemen, seksualiteit bij ziekten en handicap, en seksueel geweld en incest. Sommige daarvan hebben een wat langere geschiedenis, bijvoorbeeld homoseksualiteit en transseksualiteit. Na een verwoed debat (Bayer, 1981) is homoseksualiteit geschrapt als psychopathologische stoornis (vgl. Groenendijk, 1987). In de homo-affirmatieve hulpverlening wordt dan ook getracht homoseksuele cliënten te helpen vanuit een positieve waardering van homoseksualiteit (b.v. Bontekoe & Schippers, 1988; Gelauff, 1988). Ook de geslachtsaanpassing van man naar vrouw of omgekeerd door middel van chirurgisch en hormonaal ingrijpen met psychologische begeleiding heeft na initiële tegenkanting in de jaren 80 ruime erkenning gekregen als therapeutisch antwoord op de transseksuele problematiek (Gooren, 1986b). Het ontwerpen, toepassen en systematisch evalueren van therapeutische interventietechnieken bij seksueel geweld en bij ziekte en handicap is van recenter datum. Hulpverlening aan incestslachtoffers heeft zeer zeker de meeste aandacht gekregen (b.v. Van Lichtenburg e.a., 1986). De seksuologische hulpverlening aan slachtoffers van ander seksueel geweld, bijvoorbeeld verkrachting, bevindt zich daarentegen nog in de kinderschoenen. Het zelfde geldt ook de hulpverlening aan "daders" van seksueel geweld (Kuiper, 1987; vgl. Damen & van Oosten, 1988; Frenken, 1989). Onoverzichtelijk lijkt de stand van zaken wat betreft hulp bij seksproblemen van mensen met ziekten en handicaps. Hoewel heel wat onderzoek is gedaan naar de aard van seksuele problemen bij mensen met b.v. gynaecologische kankers en dwarslaesies, blijven goede evaluatiestudies van seksuologische interventies op dit terrein al te zeldzaam (zie het Handboek Seksuele Hulpverlening voor een overzicht). De feitelijke behandeling in Nederland van de parafilia, zoals perversies tegenwoordig heten, blijft onduidelijk en controversieel (Bezemer & Drenth, 1988; Everaerd e.a., 1990).

De voorzieningen

In de eerste lijn wordt seksuologische hulp verleend door huisartsen, psychologen en maatschappelijk werkenden. Frenken (1985; 1987) vond 16 klachten per 1000 patiëntcontacten in de huisartspraktijk. Seksuele problemen horen daar dus tot de frequent voorkomende klachten. Bij gynaecologen bleek 7% van de patiënten een seksuele klacht of vraag te hebben.

Tweede-lijns seksuologische hulpverlening vindt vooral plaats in speciale afdelingen of instituten. Een vooraanstaande plaats wordt ingenomen door de Rutgersstichting. Verspreid over Nederland, met een landelijk bureau in Den Haag, beheert deze stichting 40 bureaus voor geboortenregeling en seksualiteitsvragen. Speciale multidisciplinaire seksuologieteams zijn verbonden aan de 7 grootste bureaus: Amsterdam, Arnhem, Den Haag, Eindhoven, Groningen, Rotterdam en Utrecht. Bij deze multidisciplinaire teams komt overigens ongeveer de helft van de cliënten zonder verwijzing.

In de loop der jaren hebben zich veranderingen voorgedaan in de aard van de hulpverlening. Door de "vrouwenbeweging" kreeg de seksuologische hulpverlening veel te maken met slachtoffers van incest en verkrachting. Overigens is voor de zedenpolitie de seksuologische hulpverlening (b.v. de Rutgersstichting) het verwijzingsadres voor een deel van de plegers van seksuele delicten geworden.

Door de invloed van betere seksuele informatie op school en in de massamedia, en een deskundigheidsverbetering bij een deel van de huisartsen (zeker ook dankzij de enthousiaste na- en bijscholingsactiviteiten van huisarts-seksuoloog Jan Moors) worden veel kleine problemen en vragen voorkomen of in een vroeg stadium opgelost. Het lijkt er bijgevolg op dat de ernstiger problemen nu overblijven voor de tweede-lijns hulpverlening.

Binnen enige Academische Ziekenhuizen bestaan afdelingen voor Medische Seksuologie (Amsterdam AMC, Leiden AZL, Utrecht AZU, Maastricht AZM). Hun taak is vooral de diagnostiek en behandeling van die seksuele problemen waar een organische oorzaak en/of een medisch probleem wordt vermoed. In toenemende mate houdt men zich ook bezig met de zorg voor de seksuele kwaliteit van leven bij fysieke handicaps of na mutilerende ingrepen b.v. bij kanker (Groningen AZG, Leiden AZL). In sommige grote ziekenhuizen zijn ook specialistische afdelingen (met name gynaecologische, urologische en endocrinologische) waar men zich bezighoudt met medische diagnostiek en medische hulp bij seksuele problemen.

In de niet-medische tweede-lijns hulp wordt gedeeltelijk ook voorzien door vrijgevestigde psychologen en psychiaters, en bieden sommige RIAGG's hun diensten aan. Helaas zijn de voorzieningen zeer ongelijk over het land verdeeld. In sommige delen van het land lijkt geen enkele seksuologische tweede-lijns deskundigheid aanwezig.

Naast deze algemene tweede-lijns voorzieningen zijn er ook een aantal specifieke categorale instellingen. Zo bijvoorbeeld de Schorerstichting te Amsterdam, die de seksuologische hulpverlening aan de homoseksuele populatie verzorgt. Verder kunnen ondermeer genoemd worden de Averroësstichting voor migranten, 'Teams Seksueel Misbruik' en organisaties voor 'Hulpverlening aan mensen met diverse seksuele voorkeuren'. Voor verdere informatie over deze categorale hulpverlening raadplege men het hoofdstuk 'Hulpverlenende instellingen' in het Handboek Seksuele Hulpverlening (Moors-Mommers e.a., 1983-1988).

De problemen

De uitbreiding van de seksuologische hulpverlening suggereert dat er nogal wat mensen met seksuele problemen zijn. Maar is dat ook zo? Of gaat het hier enkel om een nieuwe club welzijnsprofeten die een (groot) deel van de (vette?) koek van welzijn en geluk opeisen? Frenken (1987) inventariseerde de prevalentie van seksuele dysfuncties in Nederland. Bij de mannen zou 2% verminderd of geremd seksueel verlangen hebben (terwijl 4% van hun partners daarover klaagt), 6% zou een erectie-stoornis hebben, 18% zou problemen hebben met te vlug klaarkomen en 8% zou moeite hebben om tot een zaadlozing of orgasme te komen. Bij de vrouwen zou 6% verminderd of geremd verlangen hebben (terwijl ruim 30% van hun partners daarover klaagt), 15% heeft opwindingsproblemen en 33% zou problemen met haar orgasme hebben.

Over de prevalentie van seksuele oriëntatie- en parafilia problematiek zijn geen goede cijfers voorhanden (vgl. DSM-III-R). Bancroft (1983) suggereerde enkele jaren geleden dat problemen met homoseksualiteit afgenomen zouden zijn ten gevolge van grotere sociale tolerantie. Het blijft evenwel de vraag of dit vandaag de dag in het "AIDS-tijdperk" nog steeds geldt. Het blijft evenzeer een vraag of de toegenomen problematisering van (seksuele) sekserollen gepaard ging met een grotere of frequentere ego-dystone heteroseksualiteit. Wat de parafilia betreft is slechts duidelijk dat ze overwegend, maar niet uitsluitend, voorkomen bij mannen.

Meer is daarentegen bekend over het voorkomen van transseksualiteit. Op basis van het aantal gestarte hormoonbehandelingen bij het Academisch Ziekenhuis van de VU in Amsterdam berekenden Eklund, Gooren en Bezemer (1988) dat dit fenomeen in 1986 voorkwam bij 1 op 36.000 mensen, met een man-naar-vrouw/vrouw-naar-man ratio van 3:1. Een duidelijke toename in vergelijking met 1980: 1 op 122.500 mensen, met een man-naar-vrouw/vrouw-naar-man ratio van 4.4:1. Deze onderzoekers verklaarden die toename niet uit een werkelijke toename van transseksualiteit, maar uit het toegenomen aantal transseksuelen dat een hormoonbehandeling begint.

Hoeveel en welke seksuele problemen zich voordoen bij mensen met handicaps en ziekten is moeilijk in het algemeen te zeggen (zie het Handboek Seksuele Hulpverlening voor overzichten bij specifieke ziektebeelden; alsook Schover & Jensen, 1988). Gelet op de toegenomen gemiddelde leeftijd, met bijbehorende chronische ziekten, lijkt het echter geen te gewaagde stelling dat eenieder een goede kans heeft de negatieve interferentie van ziekte met seks zelf te ervaren in haar/zijn leven!

Drayer (1988; vgl. Drayer, 1989, en Sergeant & Everaerd, 1989) inventariseerde het voorkomen van seksueel misbruik binnen het gezin bij vrouwen. Zij rapporteerde verontrustend hoge percentages: 15.6% van de vrouwen heeft minstens één seksueel-misbruik-ervaring. Voor jongens wordt dat percentage geschat op 1.5% (Drayer, 1985; vgl. Gianotten, 1988).

Het aantal geregistreerde verkrachtingen bedroeg in 1978 5.3 en in 1982 7.4 per 100.000 inwoners. Het aantal geregistreerde aanrandingen bedroeg in diezelfde

jaren respectievelijk 11.4 en 14.3 per 100.000 inwoners (Frenken, 1984). Onbekend blijft evenwel hoe vaak verkrachting feitelijk voorkomt. Grote Amerikaanse studies duiden erop dat 15 à 44% van de volwassen vrouwen een (poging tot) verkrachting meemaakten (Koss e.a., 1987). Het generaliseren van deze aantallen naar de Nederlandse situatie is echter niet zonder meer vanzelfsprekend (Russell, 1984).

Literatuur: zie deel 2.

Summary

Sexology in The Netherlands: yesterday, today and tomorrow. Part 1.

A review of Dutch sexology's past, present and future is given. Part 1 starts with a brief historical overview of developments during the 20th century. Then, sexological practise in The Netherlands is evaluated. Topics discussed are: visions, features, organizations and the object of sexological care. Nowadays an outspoken biomedical approach in the treatment of sexual dysfunctions and a strong quest for appropriate treatments of sexual violence victims are striking trends in sexology. Part 2 (to appear in the next issue) will review the quantity and quality of sexological education and training; sexology: an interdiscipline or a specialism in its own right?; and the effects of AIDS and sexual violence on future sexology.