

## 'SEX MATTERS': INTERNATIONALE PERSPEKTIEVEN EN BIJDRAGEN UIT DE LAGE LANDEN

Luk Gijs<sup>1</sup>, Frida Bogaerts<sup>2</sup>, Greta Bolle<sup>3</sup>, Teus Brand<sup>4</sup>, Frits Bruinsma<sup>5</sup>, Joost Dekker<sup>6</sup>, Freddy Deven<sup>7</sup>, Ellen Laan<sup>8</sup>, Michiel Hengeveld<sup>9</sup>, Jan Moors<sup>10</sup>, Mariëtte Moors-Mommers<sup>11</sup>, Conny Schreuders-Bais<sup>12</sup> en Karlein Schreurs<sup>13</sup>.

*Op 'Sex Matters' werden naast de vijf hoofdvordrachten tientallen en tientallen andere presentaties gehouden. Daarvan wordt in dit artikel een overzicht gegeven. Bijzondere aandacht wordt daarbij besteed aan de bijdragen uit de Lage Landen.*

Naast de vijf hoofdvordrachten bood het congres te Amsterdam een gevarieerde waaier van seksuologische gerechten (zie ook figuur 1 pagina 160). Teveel om allemaal op te noemen, teveel om allemaal in oenschouw te nemen. Daarom wordt in dit overzicht niet gestreefd naar volledigheid, wel naar een representatieve staalkaart, met bijzondere aandacht voor Vlaamse en Nederlandse bijdragen<sup>1</sup>. Want was het Wereldcongres niet een unieke gelegenheid voor deze landen om zich internationaal te profileren?

Ter structurering van dit overzicht wordt de dagindeling van Amsterdam gevolgd. Tevens wordt getracht met gerichte literatuurverwijzingen de lezer, die meer wil weten van een bepaald onderwerp, op weg te helpen.

<sup>1</sup> Drs. L. Gijs, psycholoog, Vakgroep Psychologie en Gezondheid, Rijksuniversiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht (Nederland).

<sup>2</sup> Drs. F. Bogaerts, pedagoge-seksuologe, Universitair Ziekenhuis St. Raphael, Capucijnenvoer 33, 3000 Leuven (België).

<sup>3</sup> Drs. G. Bolle, arts-seksuologe, G. Van Haelenlaan 95, 1190 Brussel (België).

<sup>4</sup> Drs. T. Brand, arts, Medische Faculteit, Erasmusuniversiteit, Postbus 1738, 3000 DC Rotterdam (Nederland).

<sup>5</sup> Drs. F. Bruinsma, psychiater, Rutgers Stichting Utrecht, Weerdsingel WZ 10, 3513 BA Utrecht (Nederland).

<sup>6</sup> Dr. J. Dekker, psycholoog, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht (Nederland).

<sup>7</sup> Dr. F. Deven, psycholoog, Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudieën, Markiesstraat 1, 1000 Brussel (België).

<sup>8</sup> Drs. E. Laan, psychologe, Vakgroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Roeterstraat 15, 1018 WB Amsterdam (Nederland).

<sup>9</sup> Prof. dr. M. Hengeveld, psychiater, Afdeling Medische Seksuologie, F05-829, Academisch Ziekenhuis, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht (Nederland).

<sup>10</sup> Dr. J. Moors, huisarts, Debussylaan 3, 5242 HH Rosmalen (Nederland).

<sup>11</sup> Drs. M. Moors-Mommers, medisch publiciste, Debussylaan 3, 5242 HH Rosmalen (Nederland).

<sup>12</sup> Drs. C. Schreuders-Bais, arts-seksuologe, Dennenweg 2, 6881 KB Velp (Nederland).

<sup>13</sup> Drs. K. Schreurs, psychologe, Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheid, Rijksuniversiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht (Nederland).

<sup>1</sup> In de verdere tekst verwijst NL naar Nederlandse bijdrage, VL naar Vlaamse, en W naar een bijdrage uit Franstalig Brussel of Wallonië.

### Dinsdag 18 juni 1991: Workshops als voorgerecht.

Op het programma stonden een 14-tal preconferentieworkshops. Met leiders als *A. van Wageningen* (v) en *E. Plooy* (v), *W. Gianotten* (m), *J. Schippers* (m) en *M. Balkema* (v), *M. Alvarez* (v), *H. Kraan* (v), *L. Woltering* (v) en *D. Braeken* (v) droegen ze een heel duidelijk Hollands stempel. Hun inhoud was van uiteenlopende signatuur: seks in de media; de mannelijke partner in de seksuologische hulpverlening; homo-seksuele en lesbische seksualiteit; medische en gynaecologische seksproblemen; orgasme-problemen; de prostituée in jezelf: hoe haar te ontmoeten; seks en chronische ziekte; wat willen jongens nu echt; cognitieve aspecten van sekstherapie, en een vier à vijf workshops over seksueel geweld. - Vier of vijf is afhankelijk van de classificatie van Federoff's 'Paraphilia' binnen of buiten seksueel geweld. -

Of die 5 workshops over seksueel geweld de eerder onbelangrijke congresplaats van dit thema en de afwezigheid van heel wat groten uit dit veld (bijv. Russell, Koss, Burgess, Marshall, Prentky, Draijer, Nicolai en nagenoeg de gehele Nederlandse forensische seksuologie) heeft goedge maakt weten we niet! Wel was duidelijk dat sommige workshops vrij aardig de internationale stand van zaken weergaven. Zo bracht *Federoff* (m) een traditioneel overzicht van de parafilia.

Niet verrassend was er veel theoretische aandacht voor de visies van Abel (1989), Freund (en Watson, 1990) en Money (en Lamacz, 1989). Naar therapie toe ging deze psychiater sterk eclecticisch te werk: het dragen van één bril is desastreus bij deze cliënten. Niettemin was de klemtoon op biologische invalshoeken overduidelijk (zie bijv. Federoff, 1988). Dat is overigens in lijn met de Noordamerikaanse situatie waar biologische interventies zich een standaardplek hebben verworven in de behandelpraktijk (Marshall en Eccles, 1991). Dat contrasteert sterk met Nederland, waarover Everaerd en collega's (1990) onlangs schreven: "Dit, samen met de maatschappelijke afwijzing van vooral parafiel en agressief gedrag, heeft geleid tot soms als zeer agressief te kwalificeren behandelingsvormen: elektrische of olfactorische aversiebehandeling, het toedienen van anti-androgenen die het effect van testosteron inhiberen, castratie om de testosteronproductie te verminderen en psychochirurgie. In Nederland is er in vergelijking met veel andere landen weinig enthousiasme voor deze agressieve behandelingen. Ze worden zelden of helemaal niet toegepast. Effecten van deze behandelingen zijn vooral in Noord-Amerika goed onderzocht. Daarbij blijkt dat de behandeling fungeert als een vorm van sociale controle, wat het in principe ook is". Interessant genoeg presenteerden *Veenhuizen, Van Strien en Cohen-Kettenis* op 'Sex Matters' een poster over de behandeling van een adolescente exhibitionist met lithium carbonaat en psychotherapie!

Federoff, die in een hoog tempo saai te werk ging, ontliet vrij sterk een dialoog met zijn publiek en liep tevens in een brede boog om sommige fundamentele problemen heen. Zo merkte een van de deelnemers op dat hij verward was over het feit dat sommige mensen met een parafilie heel ego-dystoon en sociaal geïntegreerd leven, terwijl anderen 'knettergek' lijken. Op de vraag hoe dat theoretisch kan, antwoordde Federoff dat hij (niet-gewelddadige) ego-dystone parafiliën niet behandelde. Ze, waarbij hij verwees naar Jacques Cousteau, als geïntegreerd rubberfetishist, komen overigens niet naar de kliniek. Ook waar de overgang ligt met seksueel geweld

en wanneer een specifieke seksuele voorkeur tot seksueel geweld kan leiden, bleef te zeer onaangeroerd; al was de terminologische verwarring 'parafilia' versus 'sex offences' duidelijk present. Helemaal genegeerd werd het uitdagende werk van Marshall (Blader en Marshall, 1989; Marshall et al., 1991a en b), die recent de classificatie en therapeutische behandeling als parafilia van bepaalde seksuele patronen, bijv. exhibitionisme, radikaal ter discussie heeft gesteld. De deelnemers aan deze workshop werden er niet vrolijker op.

Enthousiaster waren de participanten aan de workshop van *Ank van Wageningen* (v;NL) en *Els Plooy* (v;NL) over de behandeling van vrouwelijke slachtoffers van seksueel geweld. Centraal stond de diagnostiek volgens het traumatogene vierfactoren model van Finkelhor en Browne (1985) en de groepsbehandelingsstrategie zoals die ontwikkeld is binnen de Rutgersstichting (Plooy, 1989). Een workshop die alleen toegankelijk was voor vrouwen. De paar mannen die toch poogden deze bij te wonen, werden redelijk makkelijk geweerd. - Wat een heel andere associatie oproept. De dames die de audiovisuele stand bemensten, beklagden zich erover dat nogal wat congresgangers hen onheus bejegenden. - *Agger* (v) en *Jensen* (m) bespraken in hun workshop het thema van seksuele foltering van politieke gevangenen. Met als kernthema's in een psychodynamisch geïnspireerde aanpak de therapeutische relatie tussen een westerse therapeut en een niet westerse vluchteling, en het gebruik van rituelen als middel om verdere repressie en ego-desintegratie te voorkomen (Agger, 1989; Agger & Jensen, 1990). Tenslotte een woord over *Friedmans workshop* over seks in de media. Bij de wat oudere aanwezigen riep deze voormalige discjockey (m) met zijn speelse presentatie jeugdsentimenten op. Hij maakte duidelijk hoe vanzelfsprekend en bijna onopgemerkt in film en op televisie specifieke sekserolverschillen aanwezig zijn. - Waarom toch is er in tegenstelling tot bijvoorbeeld agressie zo weinig aandacht voor seksuele effecten van televisieprogramma's. - Friedman meende dat jongens minder prestatiegericht moeten worden opgevoed en meisjes assertiever moeten worden. Er werd helaas niet bijverteld hoe die doelstelling te bereiken is met behulp van de media.

Na de workshop liet hij een niet uitgezonden interview met Madonna zien. De assertieve diva laat tegenover de in keurig pak stekende en sterk moraliserende interviewer erg duidelijk zie hoe zij haar grenzen stelt: natuurlijk, zichzelf zijnde en volledig overtuigd van de kracht van haar eigen lijf. Wellicht schokkend voor de Amerikaanse jongere, maar dat brengt volgens Madonna de kinderen juist in dialoog met zijn of haar ouders. Boeiend en indrukwekkend.

Verscheidene van de workshopleiders (bijv. Hawton, Kothari, Jensen) waren ook actief op het congres *sensu strictu*. Voor hun ideeën en visies verwijzen we de lezer dan ook naar verderop.

Bij veel van deze workshops blijft een duidelijk onbestemd gevoel achter: voor wie zijn ze nu eigenlijk bedoeld? Hoewel aangenomen zou mogen worden dat de congresgangers allen specialisten zijn, kon niet aan de indruk ontkomen worden dat nogal wat workshops te inleidend waren om echt boeiend te zijn voor veel deelnemers.

### Woensdag 19 juni 1991

Verrast en gecharmeerd van de toespraak van d'Ancona en gepolariseerd door Moneys visie, hadden de congresgang(st)ers te kiezen uit niet minder dan zes activiteiten (zie figuur 1 pagina 160). Een ritueel dat iedere ochtend en middag terugkwam. En soms pijnlijke keuzes onvermijdelijk maakte. Tussenin echter en niet 'gestoord' door andere activiteiten was er iedere dag, met uitzondering van zaterdag, een postersessie van 14.15 uur tot 15.30 uur. Dat eerbetoon aan posters was één van de grote nieuwigheden van dit congres. Vooraf werd zij ontvangen met heel wat scepsis: "Nou heeft het wetenschappelijk committee me maar een poster toegezegd. Hoe halen ze het in hun hoofd? Verdomme!". Achteraf waren meer gemengde gevoelens te beluisteren. Heel wat posterpresenteerders vonden het veel boeiender en vruchtbaarder dan ze zelf vooraf gedacht hadden, en hadden dan ook heel wat kontakten gelegd. Anderen, veelal rondgangers, vonden de tijd voor posters, en dus de middagpauze, te lang. Over één ding was echter iedereen het eens: de posterborden stonden te dicht bij elkaar.

#### *Vrouwen-kwesties op de voorgrond*

Onder overweldigende belangstelling in een warme en veel te kleine zaal was de topper op woensdag zonder enige twijfel het symposium *'Vrouwenkwesties in de seksuologie'*. Lightfoot-Klein (v) deed in haar 'Prisoners of ritual' (1990) verslag van haar onderzoek naar clitoridectomie en infibulatie in Soedan. Het doel hiervan 'is' de vrouw te beschermen tegen haar eigen onweerstaanbare drift tot promiscuïteit. Clitoridectomie en infibulatie, een onvoorstelbare gruwel voor Westerlingen, worden door Soedanese vrouwen zelf verdedigd: in hun familie is besnijdenis een 'rite de passage', waaronder ze lijden, maar waardoor ze ook de eer van hun familie dienen omdat ze 'zuiver' zijn. Veelal zijn het vrouwen die de operatie uitvoeren. De sociale druk, die optreedt als een vrouw zich niet aan deze procedure zou onderwerpen, is groot. Scheiden voor vrouwen is in Soedan een hachelijke zaak. Het leidt tot een onmogelijke sociale en economische positie, en tot het verlies van haar kinderen, die bij de man achterblijven. - In tegenstelling hiermee is scheiden voor Islamitische mannen zeer makkelijk -. Na de geboorte van een kind wordt er vaak opnieuw infibulatie toegepast; een economisch lukratieve praktijk! Zo is er steeds weer sprake van een 'hernieuwde maagdelijkheid'. Dat zou de man een speciaal seksueel genoegen geven. Een belangrijk gegeven was dat Lightfoot-Klein beklemtoonde dat deze vrouwen ook seksueel plezier rapporteren. Hoe dat precies zit bleef onduidelijk. In een televisie-uitzending dezelfde avond werd nogmaals duidelijk dat clitoridectomie door vrouwen zelf wordt verdedigd als iets dat onderdeel uitmaakt van hun cultuur. Lightfoot-Klein vertelde dat ze heeft moeten leren andere vragen te stellen aan de vrouwen in Soedan. Niet: "Hoe gaat het met plassen?", maar "Hoe lang doe je erover?". Pas dan werd duidelijk wat het antwoord betekende dat alles normaal was: het duurt gewoon 15 minuten. Wellicht verstaan de vrouwen die infibulatie hebben ondergaan ook iets anders onder seksueel plezier dan wij. Een nader te onderzoeken hypothese is bijvoorbeeld een coïtus die minder pijn doet dan anders. Whipple (v) vroeg 10 vrouwelijke proefpersonen om in 10 minuten klaar te komen door verbeelding.

Een op het eerste gezicht interessante uitbreiding van het gangbare werk vanuit het vrijwillige controle paradigma, dat tot nu toe zeer sterk gericht was op het bewerkstelligen van seksuele opwinding bij mannen (Rosen en Beck, 1988; Dekker en Everaerd, 1989). Whipple wilde onderzoeken of het subjectieve rapport van door fantasie geïnduceerde orgasmes met dezelfde fysiologische en perceptuele verschijnselen gepaard gaat als een orgasme door genitale stimulatie. Ze vond bij zowel genitaal als verbeeldings geïnduceerde orgasmes een hogere bloeddruk, snellere hartslag, pupil-dilatatie, hogere pijn detectie drempels en hogere pijntolerantie drempels in vergelijking met een controlegroep die niet klaarkwam. Haar konklusie luidde dat een orgasme 'vrijwillig' opgewekt kan worden en dat genitale stimulatie niet noodzakelijk is. Een wonderlijke konklusie, want slechts 1 van de 7 proefpersonen die in het laboratorium klaarkwamen was in staat dat te doen zonder genitale stimulatie. Terwijl er steeds meer een sfeer optrad van "Wij vrouwen zijn geweldig", en het een raadsel blijft hoe de aanwezige mannen dat ervoeren, rapporteerde *Larson* (v) over haar werk met automutilerende incest slachtoffers. Ze gaat er steeds van uit dat automutilatie een functie heeft. Zeven mogelijkheden onderscheidt ze: (1) ik besta: ik zie bloed, dus ik ben niet dood; (2) vragen om verzorging; (3) dissonantie reductie: men poogt de buitenkant in overeenstemming te brengen met de binnen ervaren pijn; (4) zelf zorg: het herhalen van de wonden van vroeger, maar ze nu zelf kunnen verzorgen, geeft enige controle; (5) zelfprotectie: zich 'onkwetsbaar' maken voor een ander doordat je zelf al wonden hebt gemaakt; (6) zelfstraf: je eigen gedrag in overeenstemming brengen met de ervaren zelfhaat; en (7) pijnreductie: pijn van binnen wordt niet gevoeld als je pijn van buiten hebt. Deze clinica beloont haar cliënten voor hun moed en probeert daarna langzaam vervangend gedrag te bewerkstelligen door flexibiliteit aan te brengen. (Snij nu eens links in plaats van rechts.) *Bezemer* (v;NL) vroeg aandacht voor het feit dat vrouwen nog steeds gezien worden als overbrengers van het AIDS-virus, terwijl ze vijfmaal meer kans lopen dan mannen om geïnficeerd te raken. In safe seks campagnes wordt bovendien vaak vergeten dat vrouwen in heteroseksuele relaties lang niet altijd de macht hebben om te beslissen dat er een condoom gebruikt moet worden. Daarnaast wordt er geen aandacht besteed aan de andere safe seks methode: geen geslachtsgemeenschap! *Hite* (v), die net als in Heidelberg afwezig bleef, liet haar paper voorlezen door *Cohen-Kettenis* (v;NL). Een saaie en ondankbare formule. Hite vroeg zich af waarom de dubbele standaard niet verdwenen was (vgl. Sprecher et al., 1987). Hite vond dat de seksuele liberalisatie van de jaren zestig en zeventig geen vrije seks bewerkstelligd heeft. Hoe kan je dat claimen als er steeds meer porno op de markt is en als emancipatie van vrouwen gepaard gaat met een toename van het aantal verkrachtingen (vgl. Baron en Strauss, 1984). Overigens 'vergat' Hite haar uitgangsvraag als dusdanig te beantwoorden.

#### *Andere activiteiten .... niet te vergeten*

Tegelijkertijd met 'Vrouwenkwesities' vond voor een groot publiek een eerste 'ontmoet de experts' plaats. Over '*Hormonen en seksueel gedrag*' gaven de deskundigen *Bancroft* (m), *Gooren* (m;NL), *Carani* (m) en *Udry* (m) helder de huidige stand van zaken weer (zie Bancroft, 1989, voor een uitstekend overzicht). Veel nieuws was er niet onder de zon: de relatie tussen hormonen en seksueel gedrag is zeer gevarieerd

en kompleks, meer nog geldt dat voor vrouwen dan voor mannen. Op basis van studies bij hypogonadale mannen kan gekonkludeerd worden dat het seksuele verlangen en de ejaculatie-capaciteit androgeen afhankelijk zijn. Behandeling met testosteron of bromocriptine (bij hyperprolactinemie) kan dan één en ander verhelpen.

Voor de erectiecapaciteit komt een heel wat onduidelijker plaatje uit de bus. Spontane erecties, bijvoorbeeld tijdens de slaap, lijken androgeen afhankelijk. Verder lijkt er een relatie te zijn tussen de rigiditeit van de slaaperekties en de testosteronspiegel. Wanneer bij oudere mannen de testosteronspiegel daalt, neemt vooral de rigiditeit van de slaap-erecties af. Daarentegen is dat niet het geval voor erecties die het 'antwoord' zijn op externe erotische stimuli. Dominant in het denken over de aktiverende rol van androgenen bij mannelijke seksualiteit is nog steeds de drempel-idee: boven de drempel zal toediening van additionele androgenen geen gedragseffect hebben. Zonder empirische ondersteuning wordt bovendien aangenomen dat deze drempelwaarde ligt in de buurt van de bodem van normale laboratorium-waarden (range testosteron: 10-30 nmol/l). Desalniettemin reageren mannen met normale testosteronspiegel, die klagen over een (te) laag seksueel verlangen, soms gunstig op additioneel toegediende testosteron. Uit het oog dient evenwel niet verloren te worden dat het hier dan gaat om bescheiden effecten. Het toedienen van testosteron aan oudere mannen is niet zonder risico's: mogelijk meer kans op prostaatkanker, verhoogde bloedlipiden, cardiovasculaire risico's en misschien het ontregelen van de eigen hormoonbalans. Anti-oestrogenen leiden bij mannen weliswaar tot een verlaging van de testosteronspiegel, maar brengen geen veranderingen in seksualiteit teweeg.

Bij vrouwen is een kleine hoeveelheid oestrogeen noodzakelijk voor een normaal vaginaal functioneren. Bij een te laag niveau ontstaan vaginale droogheid en dyspareunie. Los van die effecten kan zulk te laag oestrogeen niveau bij sommige vrouwen leiden tot een verlies van seksueel verlangen. Het therapeutisch toedienen van oestrogenen aan postmenopausale vrouwen stelt controversiële en onopgeloste vragen aan de orde met betrekking tot kankerrisico's en bloedlipidenwijzigingen. De rol van androgenen in de behandeling van seksuele problemen bij vrouwen blijft duister (zie Bancroft, 1989). Het geven van testosteron aan oudere vrouwen met seksuele verlangensproblematiek is zeer omstreken. Het geeft snel kans op stemverlaging (reversibel?) maar pas later op mannelijke beharing. Wellicht werkt testosteron eerder via stemmingsverbetering dan door een direkte toename van het seksuele verlangen. De relatie tussen hyperprolactinemie en seksuele dysfunctie is bij vrouwen veel ondoorzichtiger dan bij mannen. Het toedienen van dopaminerge middelen (bijv. bromocriptine) helpt soms, maar voorspellen wanneer is uiterst moeilijk, om niet te zeggen nagenoeg onmogelijk. Orale anticonceptie geven bij een kleinere subgroep van vrouwen een verlaging van het seksuele verlangen. Waardoor dit komt is onduidelijk: misschien in relatie met een stemmingsdaling via tryptofaan, of door een verandering van cyclische hormoonschommelingen. Een en ander maakt meer aandacht voor de onderlinge interacties van centrale psychologische processen, als aandacht en emoties, neurofysiologische processen en hormonen dringend gewenst (vgl. Bancroft, 1988). Over de rol van hormonen in de ontwikkeling van de seksuele oriëntatie kunnen we onder verwijzing naar de recente en uitstekende overzichten van Gooren

kort zijn: op dit ogenblik is er geen evidentie voorhanden dat deze fenomenen hormonaal bepaald zouden zijn (Gooren, 1990a; Gooren et al, 1990).

De formule 'ontmoet de experts' is aantrekkelijk, maar kwetsbaar. Dat laatste werd duidelijk geïllustreerd bij 'Hormonen en seksueel gedrag'. De discussie was rommelig en zeer wisselend van niveau. Bovendien werd ze eenzijdig gedomineerd door sommige vragenstellers; nogal eens in een stijl van: het doet er niet toe waar het over gaat, *IK* vraag wel wat.

Voor een zeer klein publiek ging grotendeels het symposium over '*Seksuele problemen van tieners in de USSR*' de mist in. Wegens harde valutaproblemen was van de vijf aangekondigde Sovjetburgers slechts één (*Popov* (v)) komen opdagen. Het werd een wonderlijke bijeenkomst over allerlei thema's, zoals abortus, seksuele voorlichting, seksueel gedrag en eerste menstruatiebeleving. De inhoud maakte de toehoorders er niet vrolijker op: de Sovjetunie is een seksuologische puinhoop, met enkele zeldzame pioniers (*Don Quichotes?*), die pogen daar wat aan te doen.

Om snel te vergeten was de bijeenkomst '*WAS-leden over seksuologie in de jaren negentig*': weinig zeggende verhaaltjes die vooral open deuren intrapten. Als dit het WAS-niveau adequaat kenmerkte, is het zorgwekkend gesteld met de toekomst van de WAS-seksuologie.

'*Seksueel spel of seksueel misbruik in de adolescentie?*' was de titelvraag in een 'ontmoet de experts'. Zij, *Seabloom*, *Bruinsma* (NL), *Langfeldt*, *Scott*, *Hummel*, *O'Brien* en *Shaw*, waren allen van het mannelijke geslacht. Een afspiegeling van het feit dat 'adolescente daders' overduidelijk mannen zijn? Of expressie van het gegeven dat met zeldzame uitzonderingen als *Judith Becker* (bijv. 1990; *Becker* et al, 1989) te weinig vrouwen expert zijn op dit gebied. Een veld dat zich volop in prille ontwikkeling bevindt, zodat er meer speculaties dan 'harde' feiten zijn (*Davis* en *Leitenberg*, 1987). Zo zijn er in de Verenigde Staten van Amerika de laatste tien jaar niet minder dan 650 therapie programma's voor adolescente seksuele daders tot stand gekomen. Maar hun empirische evaluatie is volstrekt onbestaande (*Davis* en *Leitenberg*, 1987). Een terrein waarop Nederland achterna hinkt (vgl. *Bruinsma*, 1991).

Enkele symposiumfeiten. 40% van alle seksdelicten worden gepleegd door adolescenten. De meeste van hen zijn jongens. Het aantal meisjesdaders neemt echter toe. 54% van de daders is afkomstig uit een lage sociale klasse. 39% van de mannelijke daders is zelf als kind seksueel misbruikt. (Dat cijfer was 3% in een vergelijkbare controle-groep.) 90% van de vrouwelijke daders is zelf slachtoffer van seksueel misbruik geweest. De gemiddelde leeftijd van de slachtoffers is 6 jaar. Voor aanvullende en soms ronduit tegenstrijdige informatie verwijzen we de lezer naar *Davis* en *Leitenberg* (1987) en met betrekking tot de herhalingshypothese in het bijzonder naar *Williams* en *Finkelhor* (1990) en naar *Freund* et al. (1990).

Op de vraag "Wat is (ab)normaal, waar ligt de grens tussen seksueel experimenteren en seksueel geweld in de adolescentie?", bleef het antwoord uit. Het bleef bij het openen van een open deur; de Verenigde Staten, Noorwegen, Duitsland en Nederland verschillen van elkaar in betekenisgeving aan seks, macht en geweld. *Langfeldt* stipte nog aan dat men verdacht diende te zijn op de mogelijkheid dat normaal seksueel gedrag door de ontvanger/ster wordt gepercipieerd als abnormaal. Bijvoor-

beeld op grond van morele of religieuze codes of tengevolge van persoonlijke problematiek (zie Goodchilds en Zellman (1984; 1988) voor een exploratie van hoe betekenis- en communicatieverschillen tussen adolescenten jongens en meisjes kunnen bijdragen tot seksueel geweld).

#### *Over orgasmes*

Na de postersessie stonden opnieuw verschillende activiteiten op het menu. In symposium vijf stond *het orgasme* centraal, waarvan de processen die het tot stand brengen sterk verwaarloosd zijn door de seksuologie (Dekker, in druk; Rosen en Beck, 1988). Kothari (m) (1984) presenteerde zijn (bekende?) voorstel voor een nieuwe, betere klassificatie van orgasmestoornissen. Zijns inziens is het nodig DSM-III-R (1987) te vervangen omdat dit bekende psychiatrische instrument al te zeer voorbijgaat aan belevingsaspecten en al te uitsluitend stilstaat bij fysiologische fenomenen. Vier probleemcategorieën onderscheidt hij: te vroege orgastische respons, uitgestelde orgastische respons, aangetaste orgastische respons en afwezige orgastische respons. Terecht wees Kothari op de tekortkomingen van DSM-III-R, maar het blijft jammer dat het door hem ontwikkelde alternatief niet empirisch onderbouwd werd (vgl. Dekker, in druk).

Riley (m) besprak de effecten van drugs op het faciliteren of inhiberen van het orgasme. Zijns inziens valt er farmacotherapeutisch heel wat te doen aan orgasme-problemen van mannen. Propanolol, een betablokker, helpt niet tegen ejaculatiepraecox, maar geeft wel vertraging van het optreden van de erectie en een versnelde detumescentie na het orgasme. (Zijn deze twee laatste ergens goed voor?) De alfablokker labetalol geeft 'in vitro' wel uitstel van ejaculatie en een tragere detumescentie daarna, maar klinisch werkt het niet. Lidocaine, nog steeds toegepast als lokaal middel bij ejaculatio praecox, doet weinig omdat seksuele opwinding vooral centraal bepaald wordt (vgl. echter Bancroft, 1989; Dekker, in druk; Dekker en Everaerd, 1989). MAO-remmers, thioridazine (Melleril) en clomipramine (Anafranil) worden gebruikt voor het afremmen van de ejaculatie. Clomipramine, dat centraal werkt via beïnvloeding van de serotonine-receptoren, is daarbij de eerste keus.

Efedrine of midrodine (5 mg), alfa-adrenerge stoffen, kunnen gegeven worden bij retrograde of partiële ejaculatoire incompetentie. Het is ons inziens geen overbodige luxe er aan te herinneren dat seksuele dysfuncties in principe multicausaal bepaald zijn (LoPiccolo, 1985; LoPiccolo & Stock, 1986), alsook dat de empirische evidentie voor de effectiviteit van zulke farmacotherapeutische behandelingen van orgasme-problemen bij mannen mager is (Bancroft, 1989). Over farmacotherapie bij vrouwelijke orgasmestoornissen is veel minder te melden. - Wat de vraag oproept of het farmacologisch werk op dit terrein gekenmerkt wordt door een seksistische bias? - Lokaal op de kittelaar toegediende androgeencreme zou helpen bij anorgasmie... Maar ook hier is effect-onderzoek ver te zoeken. Vogt (m) en Eicher (m), de Duitse deelnemers aan dit symposium, muntten in hun verhalen uit door traditionalisme en conservatisme. Vogt verdedigde in zijn 'Anorgasmie bij mannen' het naïeve en achterhaalde standpunt dat anorgasmie steeds een psychologische oorzaak heeft (zie Dekker (in druk) voor een uitstekend recent overzicht van orgasmestoornissen bij mannen).



Ook zijn presentatiewijze was merkwaardig: nadat hij terecht gewezen had op het onderscheid tussen ejaculatie en orgasme (vgl. Dekker, in druk), besteedde hij een groot deel van zijn bijdrage aan het voorlezen van boektitels waarin de term anorgasmie voorkomt. Velen hielden zijn lezing toen voor gezien, en haakten hun aandacht af.

Eicher deed in zijn 'Anorgasmie bij vrouwen' niet veel beter. Hij onderscheidde vier oorzaken: gedragsfouten, inhibities, angst voor ego-verlies en bevalling. Eicher wees erop dat anorgasmie vaak voorkomt als gevolg van onvoldoende of inadekwate seksuele stimulatie (vgl. De Bruijn, 1982). Een oorzaak die volgens DSM-III-R (1987) de eigenlijke diagnose anorgasmie uitsluit. Eicher vond dit blijkbaar niet de belangrijkste oorzaak, want na één minuut ging hij in op de overige oorzaken. Eerst stond hij stil bij het effect van bevalling: te slappe bekkenbodemspieren zouden anorgasmie veroorzaken. De rol van (de training van) deze spieren in de behandeling van coïtale anorgasmie is nogal controversieel: sommigen vinden gunstige effecten, anderen niet (Chambless et al., 1984; Chambless en DeMarco, 1985; Jayne, 1985; Messe en Geer, 1985). Te slappe bekkenspieren kunnen alleen maar gezien worden als een mogelijke oorzaak als je onder orgasme alleen maar orgasme bij coïtus verstaat en als je veronderstelt dat de clitoris niet van (doorslaggevend) belang is. Oorzaak 2 en 3 werden uitgebreid besproken. De teneur was dat vrouwen die niet kunnen klaarkomen bij coïtus, of het niet meer met mannen willen doen - hoe heteroseksistisch is Eicher eigenlijk? - lijden aan een intrapsychisch konflikt. Het volstaat ons inziens om in herinnering te brengen dat De Bruijn in 1982 rapporteerde dat vrouwen die vaak of altijd klaarkwamen een hogere mediane waarde van coïtusstimuleringstijd (10 minuten) melden dan vrouwen die zelden of nooit klaarkwamen (6 minuten) om aan te geven hoe naïef een dergelijke uni-causale zienswijze is. Nog bonter maakte Eicher, die in heel zijn verhaal op onverantwoorde wijze verlangens- en orgasmeproblematiek door elkaar husselde, het in zijn therapeutische voorstellen: helpen pelottes niet dan moet er geopereerd worden om de vagina strakker te maken .... Zorgt de gynaecoloog Eicher hier voor een oneigenlijke bijverdienste? Nog gekker maakte hij het door te stellen dat anorgasmie vaker voorkomt sinds de feministische beweging, want nu moeten vrouwen klaarkomen, en dat is een te zware 'performance demand'. Vergelijk dit even met Rubin's verhaal: "Voor veel mannen hangt hun zelfwaardergevoel af van het feit of ze hun partner al dan niet tot een orgasme kunnen brengen. Het weerspreekt ook hun schrik om geen goede minnaar te zijn" (dit nummer pag. 175). En schreef De Bruijn al niet in 1974 dat klaarkomen ook niet alles is! Al met al, een verbazingwekkend verhaal van achterhaalde feiten en vooroordelen. Het leek erop dat deze gynaecoloog, deze man al 20 jaar geen artikel meer gelezen had. Hoe is het mogelijk dat zoiets kan op 'Sex Matters'? Was er geen andere spreker, een vrouw bijvoorbeeld, te vinden om iets te vertellen over anorgasmie bij vrouwen. In een razendsnel tempo gaf *Whipple* (v) een overzicht van wat bekend is over de G-spot (zie voor overzichten: Alzate en Hoch, 1986; Luyens, 1984). Al met al is de G-spot nog steeds een hypothetische mogelijkheid: als er al sprake is van een gevoelige plek in de vagina, dan is dat in de meeste gevallen de 12 uur positie. Waar het ejaculaat uit bestaat dat vaak in verband gebracht wordt met de G-spot is nog steeds niet bekend. Hoe de relatie met orgasme is, is momenteel nog onduidelijk. Belangrijke onbeantwoorde vraag blijft ondermeer: waarom heeft niet iedere vrouw zo'n plekje. Opvallend aan dit symposium

was de somatische inslag. Hebben gedragswetenschappers de studie van het orgasme echter niet al te zeer links laten liggen tot nu toe? (vgl. Dekker, in druk; Rosen en Beck, 1988). Maar bovenal leek de onuitgesproken premisse van het gehele symposium te zijn dat er wel iets mis *moet* zijn met vrouwen die niet klaarkomen bij coïtus. Hoe snel lijken oude wijsheden als "Van alle vrouwen die een orgastische beleving kennen, kent slechts 30% een beleving in de coïtussituatie. Hite concludeert dat de coïtussituatie kennelijk een ongunstige situatie is voor vrouwen als het gaat om de beleving van een orgasme (Everaerd, 1979)" alweer vergeten.

*Hormonen en seksueel gedrag bij adolescenten, speciale groepen en intimiteit*

Voor een raadsel plaatste ons het symposium 'Hormonen en adolescent gedrag'. Er was zo goed als niemand aanwezig bij dit symposium. Onbegrijpelijk, want ging het dan niet om een zeer belangrijk thema? In het bijzonder het uitstekende onderzoekswerk van Udry (m) en collega's had meer belangstelling verdiend (bijv. Smith, Udry en Morris, 1985; Udry, 1988; Udry en Billy, 1987; Udry en Talbert, 1988). Het toont aan dat ter verklaring van seksueel gedrag van adolescenten een gekombineerd biopsychosociaal model superieur is aan een enkelvoudig biologisch of psychosociaal model. Alsook dat seksueel gedrag van (Amerikaanse) adolescente jongens veel sterker onder hormonale invloed staat dan het, vooral sociaal gemoduleerde, seksuele gedrag van adolescente meisjes. Voorzichtigheid is echter geboden: nog lopend nieuw onderzoekswerk bracht andere resultaten met zich mee. Udry konkludeerde dat we blijkbaar veel minder begrijpen van de hormonale beïnvloeding van seksueel gedrag van adolescenten dan we dachten. Doch ook de andere bijdragen waren de moeite waard. Helemaal in lijn met Money's aanpak (bijv. 1970, 1987) ging Lehne's verhaal (m), voorgelezen door Higham (v) in op 'Hormonale behandelingen van seksuele syndromen bij adolescenten'. Vastgesteld werd dat dergelijke behandelingen veel controversiëler zijn dan soortgelijke bij volwassenen. Volgens Lehne omdat mogelijk irreversiebele effecten op de puberteitsontwikkeling in het geding zijn. Zowel voor parafilia als voor genderstoornissen speelt ons inziens ook zeer uitdrukkelijk een verschillende juridische kontekst een rol: in Nederland kunnen adolescenten vanaf 16 jaar zelf toestemmen tot een medische procedure, bijvoorbeeld het nemen van hormonen om van geslacht te (gaan) wisselen, terwijl in de Verenigde Staten deze leeftijd 18 is. Dittmann (m) behandelde de seksuele ontwikkeling van vrouwen met congenitale adrenogenitale hyperplasie. Meer bepaald werd de vraag gesteld of prenatale hormonen een invloed hebben op seksueel gedrag en oriëntatie tijdens adolescentie en volwassenheid. Daartoe werden 34 patiënten vergeleken met 14 zuster-kontroles (11-41 jaar). De belangrijkste resultaten waren dat de patiënten significant minder seksuele ervaring hadden dan hun zussen, minder verliefd waren geweest, en meer (20% versus 0%) homoseksuele gedragservaring en de wens daartoe (44% versus 0%) hadden. Slob (m;NL) en Nieuwenhuijsen (m;NL) brachten verslag uit over longitudinaal onderzoek naar de relaties tussen hormonen en gedrag bij beermakaken (*Macaca arctoides*) (vgl. Nieuwenhuijsen, 1988). Agressiever ten overstaan van volwassenen worden de jonge mannetjes als de puberteit begint. De testesindaling, een vroeg puberteitssignaal, geschiedt gemiddeld op een leeftijd van 3,3 jaar. Met de steun van anderen hebben deze jonge mannetjes 2 jaar later stabiele

(sub)top posities verworven in de dominantiehiërarchie. Vrouwtjes bereiken zulke stabiele posities tussen een jaar voor hun puberteit en twee jaar na hun eerste ovulatie. Copulatie-activiteiten starten twee (v) tot 2,5 (m) jaar voor de reproductieve capaciteit bereikt wordt. Zulke activiteiten nemen bij vrouwtjes sterk toe vanaf zes maanden voor de eerste ovulatie. Zes tot twaalf maanden voor de testes indalen gebeurt bij mannetjes hetzelfde. Vanaf ongeveer een jaar na de testesindaling staan hiërarchisch hoger geplaatste dieren geen vrije copulaties meer toe aan jonge dieren.

In de vrije communicatie '*Speciale groepen*' werden de toehoorders vergast op een palet van uiterst uiteenlopende verhalen. Gelukkig waren er van de 11 sprekers, voorzien tussen 16.00 u. en 17.45 u., maar 7 komen opdagen. Een vlot verloop met ruime discussiemogelijkheden werd bijgevolg mogelijk. En gerealiseerd. Pikken we er enkele presentaties uit. *Slijper* (v;NL) informeerde over de resultaten van een pilotstudie naar de seksuele ontwikkeling van (10) jonge vrouwen (16-33 jaar) met congenitale adrenogenitale hyperplasie. Enkele resultaten. 80% van de patiënten was tevreden met het functioneren van hun vagina, wat contrasteert met de gynaecologische bevinding dat slechts bij vier vrouwen de vagina functioneel normaal was. Hoewel de meeste vrouwen het deden, vonden ze pelotte-gebruik voor vagina dilatie problematisch. De mediaan menarcheleeftijd was 14,8 jaar (breedte: 11,4-19,7). Alle vrouwen hadden een heteroseksuele oriëntatie. Een heel ander resultaat dan Dittmann gemeld had (vgl. voor overzichten: Gooren, 1990a; Gooren et al, 1990). 70% van de vrouwen masturbeerde regelmatig. Slechts 40% was verliefd geweest, en slechts 45% had erotische gevoelens. Drie vrouwen hadden uitgebreide vrij-ervaring met een vriend; twee ervan hadden ook coïtuservaring en één ervan had een langdurige partnerrelatie. *Slijper* sprak dan ook van een duidelijke vertraging van de psychoseksuele ontwikkeling bij deze meisjes, die psychologische en gynaecologische counseling in een lange termijn perspectief nodig maakt. *Van Lunsen* (m;NL) (1991) rapporteerde vijf nog levende auto-erotische asfyxie cases. *Van Lunsen* zoekt theoretische aansluiting bij Money's 'Love maps' (1986; vgl. Money et al., 1991), en klinisch streefde hij ernaar om gedragsalternatieven aan te leren. Met succes overigens: "die bij alle vier uiteindelijk hebben geleid tot het volledig verdwijnen van de auto-erotische asfyxie of het vinden van een niet riskante modificatie van het gedrag" (*Van Lunsen*, 1991). Boeiend vergat *Van Lunsen* niet om de belevingswereld van deze mensen op te roepen. Evenmin verzuimde hij aandacht te besteden aan de nabestaanden, van een tengevolge asfyxie overleden familielid, die vaak initieel denken dat het om een zelfmoord gaat.

Het symposium '*Seks en intimiteit*' werd geopend door *Pasini* (m), tot nog toe de centrale figuur van de European Federation of Sexology. Hij behandelde vooral het concept 'intimiteit' (zie voor overzichten: Van den Broucke, 1987,1988; Reis en Shaver, 1988). Intimiteit is relationeel de bekwaamheid om iets bijzonders te delen met een ander. Om dat te kunnen is het nodig eerst intimiteit te kennen met jezelf. Helaas verzuimde *Pasini* hiervan een definitie te geven. Kennelijk doelde hij op een eigen identiteit, waarbij door middel van projectie en introjectie ego-grenzen goed gehandhaafd kunnen worden. Het is bovendien nodig verschillende nivo's van intimiteit te onderscheiden, namelijk het spirituele, het intellectuele, het affektieve, het fysieke en het seksuele. Door dat niet te doen ontstaan nogal eens misverstanden.

Slechte kopieën van intimiteit zijn 'communion', 'collusie' en promiscuïteit. Pasini ging ook in op aan intimiteit gerelateerde problemen zoals angst voor fusie, schaamte om zichzelf te laten zien en schrik om verslaafd te worden aan intimiteit. *Gindin* (m) bracht in slecht Engels een niet te volgen 'Paar-intimiteit: een systemische visie'. In deze benadering wordt individuele intimiteit gezien als voorwaarde voor relationele intimiteit. Kerntaak is het behoud van de eigen identiteit én tegelijkertijd deel uit te maken van de gehele relatie. Ook *Tordjman* (m) die intimiteit in levensloopperspectief beschouwde, beklemtoonde dat autonomie voor intimiteit komt. En poneerde, geïnspireerd door Erikson's ontwikkelingspsychologische visie, volgend (weinig overtuigend en statisch) fasisch relatieverloop. In de eerste jaren is er strijd over dominantie en submissie op alle terreinen van de relatie. Met zwangerschap en geboorte verandert de gehele relatie van karakter. Na zeven jaar is er een evaluatie van kosten en baten. Na veertien jaar voelt de man zich verstikt en de vrouw verveelt zich. Met de midlife crisis komt de verveling of relationele herontdekking. *Flaherty* (v), de enige die met Pasini verstaanbaar Engels sprak, praatte over intimiteitsproblemen bij paren waarin de vrouw incestoverlever was. Helaas bestond haar voordracht uit een aantal losse opmerkingen die ze her en der plukte uit een langere inleiding. Interessant was haar opmerking dat ze een 'verstoorde kijk' heeft op intimiteit omdat ze vooral gekonfronteerd wordt met de problematische aspecten ervan. *Manseau* (v) bracht een uit het Frans vertaald weinig interessant literatuuroverzicht over incest slachtoffers (bijv. Finkelhor) (vgl. Browne en Finkelhor, 1986). Ze besloot met de opmerking dat preventie van incest slechts mogelijk is als de vader bij de opvoeding betrokken wordt. Wegens tijdgebrek was er geen discussie. Gelukkig maar, want iedereen was gaar van de onverstaanbare of ongestructureerde praatjes.

Opvallend is dat de meeste van deze therapeuten benadrukten dat autonomie een noodzakelijke voorwaarde is voor intimiteit. Schreurs' onderzoek (1990) weer spreekt die idee: autonomie is nauwelijks van belang, noch voor intimiteit, noch voor relatiesatisfactie. Meer in het algemeen bleken deze klinici slecht op de hoogte te zijn van allerlei onderzoeksliteratuur! Of de eeuwige kloof tussen klinici en onderzoekers wederom gedemonstreerd (vgl. Kanfer, 1990).

#### *Audiovisuele presentaties*

Tijdens het congres werden een aantal bijeenkomsten gewijd aan video's (zie figuur 1 pagina 160). In een tijdperk van beeldcultuur ongetwijfeld een in belang groeiend seksuologisch marktsegment. In de eerste sessie kon ondermeer gekeken worden naar de Nederlandse producties 'Vrijen in verwachting' (*Van Herwerden*, v), 'Kijken naar Beermakaken' (*Nieuwenhuijsen*, m), 'Leven met zelfbewuste vrouwen: innovaties in de behandeling van seksuele problemen in Nederland' (*Sommeling*, m) en 'Incest en school' (*Bezemer*, v). Aardige video's, al was de technische kwaliteit van 'Leven met ...' heel wat minder. Bij deze video dient ook de vraag gesteld of het aanbevolen gebruik van het computerprogramma 'Sexpertise' (*Sommeling*, 1990) je wel beter leert omgaan met zelfbewuste vrouwen. Verder bracht *Waynberg* (m) een video die het gebruik van een kondoom demonstreerde. *Rakoczi* (v) bracht seksuele gymnastiek, een duidelijke film met allerlei lichaamsoefeningen voor de zwangerschapsperiode.

**Donderdag 20 juni 1991***De magere opleiding*

In een goed en evenwichtig symposium over '*Psychiatrie en seksualiteit*' werd duidelijk dat er te weinig psychiatrie in de seksuologie wordt beoefend en vice versa. *Hawton* (m) gaf een helder overzicht van de co-morbiditeit van seksuele dysfuncties en psychiatrische stoornissen. Depressies geven vaak verstoringen van het seksuele verlangen (en verminderde slaap-erekties). Vaak genezen ze pas als laatste symptoom. Bij patiënten met stoornissen van het seksuele verlangen wordt in de voorgeschiedenis vaak een depressie aangetroffen. Patiënten met chronische schizofrenie hebben veelvuldig seksuele dysfuncties. In het bijzonder libidostoornissen, vooral bij mannen en hoofdzakelijk bij het gebruik van neuroleptica. Mogelijk komt dit door een blokkade van het centrale dopamine-systeem. *Hawton* stelde in zijn praktijk vast dat een psychiatrische stoornis voorkwam bij 34% van de mannen en bij 50% van de vrouwen (vgl. *Catalan et al*, 1990), die zich aangemeld hadden voor een seksuele dysfunctie. Meestal betrof het lichte tot matige stemmings- of angststoornissen. - Het is trouwens interessant om te zien dat de vraag naar co-morbiditeit van seksuele problemen met psychopathologie, die met het verwerpen van het psycho-analytische dogma dat een seksueel probleem steeds een symptoom is van een andere psychopathologische problematiek jarenlang onpopulair is geweest, recentelijk weer wat meer aandacht krijgt (bijv. *Tondo et al.*, 1991; vgl. *Everaerd*, 1988). - Patiënten met een psychiatrische voorgeschiedenis of met een angstige partner blijven vaker weg uit een begonnen seksuologische behandeling (vgl. *Everaerd*, 1983). Een bedenking daarbij is dat *Hawton's* groep in een recente studie naar de behandeling van laag seksueel verlangen bij vrouwen resultaten verkreeg die hiermee in tegenspraak zijn (*Hawton et al*, 1991). Uitsluiting vooraf van paren met ernstiger psychopathologie ten gevolge van onderzoeksselectieprocedures wordt gezien als de vermoedelijke reden voor deze 'uitzondering'. Na het globale plaatje van *Hawton*, sneden de volgende sprekers enkele meer specifieke facetten van deze problematiek aan. *Fahrner* (v) ging in op de relatie tussen alcoholisme en seksueel gedrag (zie voor een overzicht: *Van Thiel et al.*, 1988). Seksuele dysfuncties komen regelmatig voor bij alcoholverslaafden. Na de gebruikelijke behandelingen voor de verslaving blijven deze seksuele problemen echter bestaan. Een 'toegevoegd' specifiek gedragstherapeutisch behandelingsprogramma leidt tot significante verbeteringen van het seksuele functioneren. *Kockott* (m) besprak de seksuele neveneffecten van psychiatrische drugs en deed verslag van een nog lopend empirisch onderzoek naar één en ander. Vooruitlopend op *Vandereycken's* hoofdvoorzacht (21/6/1991) stelde deze Duitse psychiater dat hoewel langdurige farmacotherapie een psychiatrische standaardbehandeling is, bijzonder weinig systematische kennis voorhanden is over hun neveneffecten op het seksuele beleven en functioneren.

Een sekseducatieprogramma voor vrouwen met eetstoornissen stelde *Van Vreckem* (v;VL) voor. Met gespreksitems als autonomie, intimiteit, seksualiteit en relaties. Een boeiend thema, dat met ondermeer gender en lichaamsbeeld, weer volop in de belangstelling staat (bijv. *Coover et al.*, 1989; *Hsu*, 1989; *Rodin et al.*, 1985; *Scott*, 1987). Uitkijken wordt het nu naar de (verdere) empirische evaluatie van deze educationele groep.

Wie op basis van het voorgaande zou verwachten dat aan seksualiteit heel wat aandacht besteed wordt in psychiatrische opleidingen komt echter van een koude kermis thuis. *Verhulst* (m), een vroegere Leuvense Belg, rapporteerde dat het tegendeel het geval is in de Verenigde Staten en Canada. Voor zover bekend is het in Nederland (en België?) niet anders: er is nauwelijks aandacht voor de seksuologie binnen de psychiatrische opleiding en het opdoen van klinisch diagnostische en behandeltechnische ervaring is vrijwel nergens mogelijk. Wat is er toch aan de hand dat deze slechte opleidingspraktijk, overigens niet alleen in de psychiatrie, reeds zoveel jaren vastgesteld wordt (Van Dijk, 1984; Gijs et al., 1990b) zonder dat er blijkbaar verandering in komt? Omgekeerd dienen seksuologische opleidingen (voor een overzicht: Moors en Schraag, 1991) zich te bezinnen op de vraag of ze psychopathologie en psychiatrie niet al te zeer links laten liggen.

#### *Experts aan het woord*

Drie discussies met experts stonden donderdagochtend op het programma. De eerste over '*Incest en kinderen*' ging finaal de mist in. Aan de mislukking waren vooral de Amerikanen schuldig: met misprijzen voor hun publiek hadden ze zich uiterst slecht voorbereid en maakten ze zich er met een 'Jantje van Leiden' vanaf. *Maddock* (m) kwam veel te laat en beperkte zich dan maar tot een zeer kort uittreksel over macht en controle in incestgezinnen. *Gerber* (m), die zou spreken over 'sibling incest', voerde een programma voor zware jeugdige zedendelinkwenten in Nexus (Minneapolis) ten tonele. En ook *Friedrich* (m), nochtans auteur van het goede '*Psychotherapy of sexually abused children and their families*' (1990) bracht er niet veel van terecht. Teleurgesteld verlieten dan ook velen de zitting. Jammer voor een thema dat beter had verdiend (zie voor verdere informatie bijvoorbeeld: Walker, 1988).

De vraag of biologische factoren een etiologische rol spelen stond centraal in '*Transseksualiteit*'. Geen rol, was de konklusie van de endocrinoloog *Gooren* (m; NL) (1990b), die in belangrijke opzichten de meester-leerling is van de psycholoog Money. Een nieuwe ontwikkeling waarop Gooren wees was de post mortem vaststelling van een grotere dan normale nucleus supra chiasmaticus (NS) bij twee man-vrouw-transseksuelen. Deze kern die niet sekse-dimorf is, regelt bioritmes. Zo bijvoorbeeld de lichaamstemperatuur, die 's morgens 0,5 °C lager is dan 's avonds. In vergelijking met controles was dat ritme niet verschillend bij man-vrouw transseksuelen. Wat dit omvang-verschil betekent voor een biologisch begrip van gender dysphoria is onduidelijk. Hetzelfde geldt het onderzoeksresultaat dat linkshandigheid twee tot driemaal meer voorkomt bij transseksuelen. *Money* (m) ging in op het lichaamsbeeld van transseksuelen. Eén en ander is gerelateerd aan zijn recente werk met betrekking tot het Skoptisch syndroom. Dat wordt gedefinieerd als die seksuele lichaamsbeeld pathologie waarbij een individu ernaar streeft genitaal erotisme te vernietigen en een orgasme ervaart als een bedreiging in zijn identiteit (Money, 1988).

Zou (meer) contact tussen eetstoornisspecialisten waar het lichaamsbeeld behoorlijk populair geworden is en seksuologen een vruchtbare kruisbestuiving kunnen bewerkstelligen? Money's collega *Higham* (v) ontwikkelde dit thema verder en onderscheidde niet minder dan zes lichaamsbeeldgroepen bij transseksuelen: transseksuele lichaamsbeeld obsessie, gynemesis, andromesis, 'post-reassignment homo-

philiic transsexualism'; a-erotisch transseksualisme en het Skoptisch syndroom 'geïnduceerd eunuchisme'. Deze passie om eindeloos diagnostische onderscheidingen aan te brengen bij transseksualiteit (zie bijv. ook: Blanchard, 1990a en b) dient met Cohen-Kettenis (1991) toch wel scherp ter discussie gesteld te worden: "Men kan zich afvragen hoe zinvol het is over te gaan tot een zeer groot aantal subindelingen bij een klinische groep die toch al weinig voorkomt". Higham stelde verder, maar empirische ondersteuning ontbrak, dat na een transseksuele operatie de eerste twee groepen, in tegenstelling tot de vier andere, ontevreden blijven met hun 'nieuwe' gender. Net als Money vond *Bockting* (m) dat de etiologie van transseksualiteit onbekend is, maar hij meende wel dat steeds duidelijker wordt dat deze etiologie inter-individueel heterogeen is. Theoretische en hulpverleningsmodellen dienen daarop aan te sluiten. Een standpunt dat een breuk vertegenwoordigt met prominente Amerikaanse visies, die stellen dat tengevolge van onze onwetendheid etiologische speculaties momenteel grotendeels irrelevant zijn voor de behandeling van transseksualiteit (Blanchard en Steiner, 1990). Een behandeling die essentieel nog steeds, en met goede resultaten, bestaat uit het aanpassen van het lichaam aan de gewenste sekse en genderidentiteit (zie: Brown, 1990; Green en Fleming, 1990; Pauly, 1990; vgl. Kuiper, 1991).

'Seksualiteit en fysische handicap' was voor een 30 à 35 personen uit diverse landen de laatste 'ontmoet de experts' van deze donderdagochtend. Zuckerman, die zou spreken over het gebruik van een vacuumpomp als behandeling van erekte-moeilijkheden, en Goswani, over seksualiteit bij mensen met een dwarslesie, bleven afwezig. *Van Son-Schoones* (v,NL), hier invalster op de valreep, rapporteerde over haar onderzoek bij mannen met een hoge en lage dwarslesie. Aangetoond werd dat visuele beelden soms meer seksuele gevoelens opwekken dan verwacht zou worden op grond van het lichamelijk seksuologisch onderzoek. Een gegeven dat herinneringen oproept aan Bancroft's onderscheid (1989) tussen een androgeen afhankelijk centrale opwindingssysteem, dat het neurologische substraat zou zijn voor het seksuele verlangen en spontane erektes, en niet androgeen afhankelijke erektes die gemedieerd worden door externe stimuli, alsook associaties wekt met onderzoek naar habituatie van seksuele reacties (bijv. O'Donohue en Geer, 1985). Van Son's proefschrift, aangekondigd voor 1992, zal dit belangwekkende thema nader bestuderen. *Shaked* (m) onderstreepte in een duidelijk en overzichtelijk verhaal het belang van een holistische benadering (vgl. Schover en Jensen, 1988). Het gehele revalidatieteam moet opgeleid worden om het mogelijk te maken dat seksuele revalidatie als intrinsiek onderdeel van de totale revalidatie geïntegreerd wordt. Verder onderstreepte deze Israeliër de noodzaak om in het revalidatiecentrum privacy van patiënten beleidsmatig actief vorm te geven. Ook de partner, met eventuele relatietherapie, dient betrokken te worden in de revalidatie. *Aloni* (m) bracht ter sprake het stekelige onderwerp surrogaatpartners in de revalidatie van gehandicapten (vgl. Alvarez, 1987; Van Koperen, 1987; Scholtes en Wissenburg, 1990). In Israël zijn zulke partners uitsluitend beschikbaar voor mensen zonder partner. Er kleven heel wat haken en ogen aan. En het heeft lang geduurd voor het wettelijk geregeld was. Het revalidatiecentrum sluit kontrakten met de therapeut, de surrogaatpartner en de patiënt. Beide laatsten worden uitvoerig onderzocht op SOA's, AIDS en hepatitis B.

Gedurende de therapie met een surrogaatpartner is er een uitgebreide begeleiding van alle partijen. Tevoren zijn er duidelijke afspraken gemaakt over de tijdelijke aard van het (therapeutische) contact. *Chiguir* (m), als invaller ingeschakeld om het panel te versterken, maakte allereerst reclame voor een conferentie in Israël in maart 1992. Vervolgens benadrukte hij hoeveel mensen er leven met een handicap of chronische ziekte. Of zoals Gijs et al. (1990a) het verwoordden: "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!" Tenslotte sprak hij zijn grote verontrusting uit over de toename van seksueel misbruik van gehandicapten.

Hoewel het hier een 'ontmoet de experts' betrof, schoot de discussie er wegens tijdgebrek, grotendeels bij in. Zij spitste zich toe op het gevaar van het ontstaan van een emotionele band tussen patiënt en surrogaatpartner. - Is daar dan zoveel mis mee? - Vooral de aanwezige Zuid-Afrikanen zagen deze niet zitten. Maar hebben we wel goede seksuologische alternatieven te bieden? Israël beheerste deze activiteit; met uitzondering van Van Son-Schoones waren alle panelleden afkomstig uit dat land. Niet ten onrechte, want ze zijn behoorlijk ver gevorderd in de seksuele revalidatie.

Niet onvermeld mag blijven de 'vrije communicatie' over *vaginisme* (zie voor een overzicht: Moors, 1990 a). *Hoog Antink* (v;NL) rapporteerde een pilotstudie over wat vrouwen, die een anticonceptie kliniek bezochten, zelf van hun vagina vonden. Een interessant gezichtspunt, maar het blijft voorlopig wachten op de definitieve resultaten. *Weldink* (v;NL) hield haar verhaal over een psycho-analytische visie op vaginisme. Het laat zich als volgt samenvatten: "Resumerend, vaginisme is .... een afweerformatie tegen sado-masochistische fantasieën, hoofdzakelijk wortelend in de anale fase. - Vaginisme als afweer van de penetratie-angst. De genitalia zullen vernield worden door de machtige fallus of anders zal de, tijdens de coïtus geconcipieerde baby bij de partus wel het gehele genitaal apparaat verscheuren. - De etiologie ligt in de kwaliteit van de vroege moeder-dochter relatie" (Weldink, 1990, citaten van pagina 125 en 126, gekombineerd door de auteurs). Wordt in deze opvallend unidimensionele visie, waarin partner(s) of seksuele ervaringen blijkaar irrelevant zijn, nu ook geïmpliceerd dat coïtus moet en dat dus homoseksualiteit abnormaal is? En wanneer mogen we de eerste empirische evaluatie van dergelijke etiologische denkbeelden, of erop gebaseerde interventies, tegemoet zien? Zouden psycho-analytici dat hier aandurven? *Douqué* (v;NL) hield een pleidooi voor meer haptonomie in de behandeling van vaginisme. In tegenstelling tot 'van buiten naar binnen'-behandelingen als desensitisatie-technieken met pelottes is haptonomie aldus Douqué een 'binnen naar buiten'-techniek, die het mogelijk maakt vanuit een feministisch kader aandacht te besteden aan de onderliggende individuele problematiek. - Zouden Luyens (bijv. 1980) en Everaerd (bijv. 1975) bij deze boodschap niet hopeloos de handen in de lucht steken of slechts veelzeggend de schouders ophalen? - Veel aandacht is er daarbij voor de taktiele beleving door de vrouw van haar lijf en vagina. Buiten beschouwing bleef de vraag of ook een mannelijke haptonoom deze behandeling aankan. *Bezemer* (v;NL) hield een goede presentatie over secundaire dyspareunie en vaginisme. In een onderzoek bij 12 paren vond ze dat de helft ondanks pijn van de vrouw



doorging met coïtuspogingen. Bij deze 6 paren was dit geassocieerd met minder relationele macht van de vrouw (zie ook: Bezemer en Van Houwelingen, 1990). Artsen zouden daar bij dyspareunie vaker naar moeten informeren. *Mulhuizen* (v;NL) hield een verhaal over zwangerschapswens bij vrouwen met een vaginistische reactie. Doel van de therapie is niet a priori coïtus, maar het leren maken van eigen keuzen in het licht van de kindwens. Zo kan bijvoorbeeld inseminatie een goede oplossing zijn. *Hagoel* (v) en *Mohadikar* (v) betoogden dat een niet geconsumeerd huwelijk - wat een term! - niet per se hetzelfde is als vaginisme. Deze laatste verdeelde deze huwelijken klinisch in drie typen: paren die zich aanmelden omwille van infertiliteit zonder seksuele dissatisfactie; paren met seksuele problemen, wiens huwelijk niet geconsumeerd was en paren die zich bewust zijn van de niet consumeringsproblematiek, maar om uiteenlopende redenen niet tot een coïtus (kunnen) komen. De oorzaak kan gezocht bij de man of bij de vrouw, of bij hen samen.

Alles bij elkaar werd er een leuk overzicht gegeven van de problematiek. De Nederlandse inbreng was sterk. Nederland heeft dan ook een lange seksuologische vaginisme traditie (zie voor een overzicht: Moors, 1990b).

Des te merkwaardiger is de vaststelling dat Nederlands gekontroleerd empirisch onderzoek naar het effect van behandelingen, net als in het buitenland, onbestaande was en is (Jaspers e.a., 1990). Een onduidelijk hiaat?

#### *suele deviantie*

In een zeer fraai symposium konfereerden *Laan* (v;NL), *Beck* (v), *Heiman* (v), *Barbaree* (m) en *Everaerd* (m;NL) op hoog nivo over psychofysiologische benaderingen van seksualiteit. Rode draad door de gehele bijeenkomst was de toepassing van het informatieverwerkingsparadigma, evenwel zonder emoties al te zeer uit het oog te verliezen, op het seksuele (dys)functioneren (vgl. Beck en Barlow, 1984; Rosen en Beck, 1988; Everaerd, 1989). Laan deed verslag van een drietal experimenten waarin de discrepantie tussen de seksuele fysiologische respons en de seksuele beleving, in het bijzonder bij vrouwen, centraal stond (zie Dekker en Laan, 1991). De teneur van de niet altijd duidelijke resultaten was dat de genitale respons van vrouwen vrij autonoom verloopt, en vooral fysiologisch bepaald is, doch dat de subjectieve beleving sterk varieert en sterk beïnvloed wordt door de stimulus en de betekenis die deze krijgt door cognitieve verwerking. Beck stelde allereerst vast dat het psychofysiologisch onderzoek tot nog toe zeer sterk het seksuele verlangen heeft verwaarloosd en te uitsluitend zijn aandacht gericht heeft gehouden op de invloed van angst op de seksuele respons. Daarna definiëerde ze met Leiblum en Rosen (1988) het seksuele verlangen als "een subjectieve gevoelstoestand die ontlokt kan worden door zowel interne als externe signalen, en die al dan niet kan resulteren in overt seksueel gedrag". Vervolgens rapporteerde ze over drie recente onderzoeken naar het seksuele verlangen (Beck et al., in druk; Bozman en Beck, 1991). In het eerste, een survey, was aan studenten gevraagd hoe ze vaststelden dat ze zin in seks hadden. Mannen en vrouwen gebruikten grotendeels dezelfde signalen als index van verlangen, met name genitale opwinding, dagdromen en coïtus. De mannen verwezen bovendien naar seksuele fantasieën als belangrijke indicator voor hun seksuele verlangen. Genderverschillen traden wel op in de frekwentie van het seksuele verlangen: 91,1% van de mannen rapporteerde minstens vele malen per week seksueel verlangen, terwijl 52,4% van de vrouwen die frekwentie meldde. Zin in seks blijkt niet

nodig te zijn om tot seksueel gedrag over te gaan: 82% van de vrouwen en 60% van de mannen heeft seksueel gedrag gehad zonder zin in seks. De frekwentie van zin in seks korreleerde significant ( $v:0,5$ ;  $m:0,44$ ) met seksuele opwinding, maar niet met liefde en sociale wenselijkheid. In de tweede en experimentele studie bij jonge funktionele mannen had Beck geprobeerd na te gaan of seksuele opwinding en seksueel verlangen differentieel beïnvloed werden door angst en woede. Dat was zo: het seksuele verlangen werd negatief beïnvloed door beide emoties, terwijl genitale opwinding enkel negatief beïnvloed werd door woede. Bovendien bleek uit de derde studie dat (vooral) woede (maar ook angst) veel sterker negatief interfereerde met het seksuele verlangen van vrouwen dan dat van mannen. Het is lovenswaardig dat Beck in een poging om klinische noties à la Kaplan op hun waarde te onderzoeken het gangbare psychofysiologische onderzoek heeft uitgebreid naar zin in seks. Desalniettemin blijft het grote gebrek aan theorievorming over het seksuele verlangen uiterst markant. Heiman rapporteerde over een onderzoek dat bij een kleine groep mannelijke patiënten, vergeleken met een funktionele controlegroep, naging welke subjektieve én psychofysiologische veranderingen gepaard gingen met sekstherapie (Rowland en Heiman, in druk). Daartoe werden een 'sensate focus' en een 'demand performance' audiotape voor en na therapie aangeboden aan de proefpersonen. De belangrijkste resultaten waren: (1) de dysfunktionele groep vertoonde na de therapie een grotere erektiele respons op erotische stimulering dan voor de therapie; (2) de genitale reactie van de dysfunktionelen wordt voor therapie licht geïnhibeerd door de 'performance demand' tape, maar niet meer zo na therapie; (3) de dysfunktionele mannen vertonen een discrepantie tussen zelf-gerapporteerde en fysiologische opwinding tijdens de 'performance demand' tape: zelf gerapporteerde opwinding was hoger tijdens de 'performance demand' dan tijdens de 'sensate focus' tape, terwijl de fysiologische respons wat lager was; en (4) significante correlaties werden gevonden tussen een klinisch oordeel over seksuele verbetering en veranderingen in genitale en zelf gerapporteerde opwinding. Gelet op de kleine steekproef en de relatief kleine verschillen trok Heiman opvallend vergaande konklusies. In een knap verhaal overzag Marshall's collega Barbaree zes modellen over de rol van seksuele opwinding in verkrachting door mannen. Deze modellen zijn tot nu toe gebruikt in zowel het psychopathologische als het sociaal psychologische onderzoek naar verkrachting. Alhoewel beide perspectieven verschillen in de conceptualisatie van hun onderlinge dynamiek, erkennen ze alle twee de basale dualiteit van verkrachting, met name de 'fusie' van agressieve en seksuele componenten. De zes modellen kunnen geclassificeerd worden als respons controle (RCM) versus stimulus controle modellen (SCM) en als 'trait' versus 'state' visies. In een eerste RCM, het model bekwaamheid tot onderdrukking van seksuele opwinding, wordt beargumenteerd dat verkrachters deze capaciteit niet hebben. Het responscompabiliteitsmodel veronderstelt daarentegen dat de vaardigheid om terzelfdertijd agressief én seksueel te responderen eigen is aan verkrachters. Een eerste stimulusmodel neemt aan dat verkrachters een deviante seksuele voorkeur, een parafilie, hebben. Het inhibitiemodel stelt daarentegen dat gewelddadige stimuli wel bij normalen maar niet bij verkrachters leiden tot minder seksuele opwinding. Het disinhibitie model redeneert dat situationele variabelen (bijv. woede, alcoholintoxicatie) kunnen leiden tot een ontremming van seksuele

opwinding ten overstaan van 'verkrachtingsstimuli'. Het laatste model, het intensiveren van de emotionele toestand model, neemt aan dat niet seksuele emoties (bijv. woede, haat) een versterkend effect kunnen hebben op de seksuele opwinding ten overstaan van verkrachting. Wat is het beste model? Die vraag is een valstrik bevestigd door de spreker overtuigend. En hij voegde er aan toe dat we er met z'n allen zijn ingetrapt de afgelopen 15 jaar. Omdat verkrachters een uiterst heterogene groep vormen, zijn meerdere modellen nodig, besloot Barbaree. Discussiant Everaerd zette één en ander nog eens helder op een rij. In het bijzonder vroeg hij aandacht voor de diskrepantie tussen het 'verkrachtings-' en het 'dysfunctievel'. In het eerste lijken nog vrij eenvoudige stimulus respons-modellen de toon aan te geven, terwijl in het tweede complexe kognitieve benaderingen prominent zijn (vgl. pagina 220). Verder stipte hij de volgende ontwikkelingen aan in het denken over seksuele dysfuncties: er komt meer belangstelling voor automatische psychologische processen, zoals eventuele automatische seksuele motorische en motivationele aktivering; een belangrijk vraagstuk is de neurofysiologische representatie van kognitieve processen; en een onopgeloste, reeds oude, vraag blijft de eventuele grotere sensitiviteit van mannen voor perifere feedback.

### *Seksualiteit en chronische nierziekten*

Voor een klein publiek (tot maximaal 20 toehoorders) van elkaar al kennende specialisten werd deze problematiek besproken (vgl. Loos en de Kruijff, 1987). Schover (v) deed verslag van een al gepubliceerd retrospectief onderzoek onder 64 mannen en 54 vrouwen na een niertransplantatie. Na de transplantatie neemt het aantal mannen met erektiemoeilijkheden af van 50 tot 25%. De prevalentie van anorgasmie bij vrouwen wijzigde niet. Terwijl het seksuele verlangen toenam, was dit niet het geval voor de seksfrequentie. Ongeveer 13% van de getransplanteerde mannen en 24% van de vrouwen was seksueel niet actief. Heel wat redenen waren daarvoor aan te wijzen: psychologische zoals een negatief zelfbeeld, depressie, angst voor de ziekte, en relationele problemen; medische als bijwerkingen van medicatie, hormonale stoornissen, neuropathie of verminderde bloedvoorziening van de penis. Driekwart van de mannen en vrouwen had behoefte aan informatie over seks. Slechts een derde kreeg die. Ruim een kwart wenste sekstherapie. Schover pleitte voor een kortdurende counselingsaanpak (1 tot 5 sessies) volgens het welbekende PLISSIT-model (Annon, 1976; PLISSIT staat voor: Permission-Limited Information-Specific Suggestions-Intensive Therapy). Bij ernstige seksuele of relationele problemen is verwijzing naar een specialist nodig. Jensen (m) behandelde het seksuologisch opleiden van professionals werkzaam in de hulpverlening aan nierpatiënten. Allereerst legde hij het PLISSIT model uit. Daarna vertelde hij over het opleidingsprogramma in Denemarken. Er zijn twee uitgangspunten. Een opleiding in seksuologisch counselen voor diegenen die met nierpatiënten (of andere ziekten) werken. En een opleiding in de klinische seksuologie met daarin een specialisatie in chronische ziekten. Wat dergelijke opleidingen betreft is Denemarken heel wat verder dan Nederland. Louis-Morin (v;W) zou verslag doen van een onderzoek naar het seksuele functioneren en beleven van nierpatiënten. Meer dan een klaagzang hield ze niet: wegens geldgebrek en allerlei, ook maatschappelijke, tegenkanting is het onderzoek nog niet van de grond gekomen.

Kortom, een erg mager verhaal. Ze vermeldde ook dat er in België erg veel jonge nierpatiënten zouden zijn tengevolge van het ongebreidelde medicijngebruik. Van Son-Schoones (v; NL) gaf de eerste resultaten van haar grote onderzoek bij 128 chronische nierpatiënten. Bijna de helft sprak met niemand over seksualiteit. Ook niet met de eigen partner! Driekwart van de mensen en hun partners had behoefte aan informatie over seksualiteit. Zeer ontevreden waren de patiënten over de informatie die zij gekregen hadden over de seksuele gevolgen van de nierziekte, dialyse of transplantatie. Mensen die dialyseren bleken meer seksuele problemen te hebben dan mensen met peritoneaal dialyse of getransplanteerde nieren. Vrouwelijke partners van de patiënten met haemodialyse ervoeren minder zin in seks en minder seksuele opwindings. Mannelijke partners daarentegen lijdten minder onder de ziekte van hun vrouwen. Zij ervoeren geen veranderingen in het seksuele functioneren. De patiëntengroep scoorde normaal op de psychologische vragenlijsten. De getransplanteerde groep scoorde minder depressief, met een hogere lichaamswaarde en een betere levenskwaliteit.

#### *Audiovisuele presentaties*

Royalle (v), die haar presentatie de duidelijke maar ellenlange titel 'Hoe maak je volwassen erotica, die positieve seksrollen modelleert en seksualiteit van vrouwen adequaat representeert' had meegegeven, opende de rij. Voor haar is een belangrijk doel (naast hoge verkoopcijfers) edukatie in een genitaal fobische samenleving. Vanzelfsprekend werd haar gevraagd waarin haar porno nu verschilt van andere. Als antwoord toonde Royalle een stukje film. Door technische mankementen werd dat echter een deeltje dat de maakster niet zo representatief vond. "Het was een nogal akrobatische neukscene waarbij het verschil met gewone porno relatief was. Dat verschil was wel cruciaal en maakte voor mij de film aantrekkelijk, namelijk geen blonde dame met grote borsten, geen opengeperde en geschoren kutten en geen over een vrouw heen spuitende man" (Schreurs, 1991). Ze staat in die appreciatie duidelijk niet alleen: "dat het wel degelijk porno is (dus niet alleen 'bloemetjes-seks'), maar dat er zoveel zorg is besteed aan het opbouwen van een relatie tussen de acteurs, dat de films herkenbaar zijn en gewaardeerd worden door een vrouwelijk publiek. Dat is tenminste mijn ervaring na zo'n 160 vrouwelijke proefpersonen één of meer van haar fragmenten te hebben getoond. Dat wat porno zo vervelend maakt, nl. het minuten lang in beeld brengen van wiebelende geslachtsorganen, laat Royalle gelukkig achterwege" (Laan, 1991). Liekens (v; VL) en Drenth (m; NL) brachten een uitgebreide video over zelfhulp sekstherapie, waarvan ze hopen dat Nederlandse warenhuisketens ze commercieel zullen distribueren in hun winkels. Op zich een zeer nuttig programma, dat vermoedelijk goed te gebruiken is. Jammer echter dat de vormgeving zo saai is. Vijf minuten massage gaat bijvoorbeeld snel vervelen. Opvallend en ergerlijk was het heel subtiele sekse-verschil. Les 3, massage van genitaliën, werd getoond bij het programma over erektestoornissen. De vrouw masseert uitsluitend de penis, af en toe zie je de man genietend liggen, maar hoofdzakelijk is zijn penis in beeld. De man streelt de vrouw overal, likt haar borsten, er wordt meermaals gekust en naast elkaar gelegen, en even vaak als haar genitaliën wordt haar lijf getoond. 'Mijn vader is twee mensen' van Hopmans (v; NL) sloot de rij. Een goede gevoelige video over drie dochters die terugblikken op de relatie met hun vader, die incest met ze pleegde.

**Vrijdag 21 juni 1991***Erektiemoeilijkheden in het feestvizier*

Eén van de opvallendste activiteiten van het gehele congres waren symposium 19 'Diagnostiek en behandeling van erektiemoeilijkheden', en 20, 'Therapie van erektiemoeilijkheden'. Samen vormden ze het indrukwekkende programma ter viering van het eerste lustrum van de bloeiende maar ongelukkig benoemde Nederlandse Vereniging voor Impotentie-Onderzoek (NVIO). Een actieve en multi-disciplinaire club, waarvan het bestuur daadwerkelijk poogt somatici en gedragswetenschappers tot samenspraak te brengen. Zowel voor die inspanning, waarvoor internationaal lof werd geuit op 'Sex Matters', als voor het jubileum hartelijke felicitaties voor de NVIO. Omdat het niet wel mogelijk is dit uitgebreide veld, dat gigantische ontwikkelingen heeft doorgemaakt in de jaren 80, in dit korte bestek diepgaand te beschouwen, verwijzen we de lezer voor verdere studie naar de volgende recente overzichten: voor psychologische benaderingen: Everaerd, in druk; Mohr en Beutler, 1990; voor somatische benaderingen: Batra en Lue, 1990; Buvat et al., 1990; Krane, 1990.

De vasculaire, hormonale en chirurgische overzichten door *Krane* (m), *Wespes* (m;W), *Gooren* (m;NL); *Whitehead* (m), boden weinig nieuws. Spannend waren vooral de ontwikkelingen op het gebied van het gladde spierweefsel in de caverneuze ruimten in de penis. Ontspanning van dit spierweefsel, welke noodzakelijk is voor de erectie, staat onder invloed van het zenuwstelsel. Het wordt steeds duidelijker dat de effecten van spierontspannende stoffen (bijv. papaverine) sterk beïnvloed kunnen worden door psychologische variabelen. Daardoor is de diagnostische betrouwbaarheid van één en ander geringer. Het inzicht dat het waarschijnlijk veel bedroevender is gesteld met de betrouwbaarheid en validiteit van heel wat urologische diagnostische instrumenten voor erektiemoeilijkheden dan tot nog toe vermoed werd (*Krane*), is een belangrijke ontwikkeling. De Nederlandse uroloog *Meuleman* vroeg zichzelf en zijn collega's enigszins retorisch: "Hebben we überhaupt wel een idee van wat we meten?". De zaal zweeg . . . Stemde zij dus in met *Meuleman's* harde oordeel? Vanzelfsprekend hoeft dit niet te betekenen dat het kind met het badwater weggegooid moet, maar grondiger validiteitsonderzoek lijkt onontkoombaar! De uroloog *Jünemann* (m) geloofde, met een knipoog naar collega *Wespes*, niet dat 'veneuzen lekken' erectiefalen teweeg zouden brengen, noch dat vasculaire operaties die 'lekken' zouden opheffen. Zijns inziens is de oorzaak te zoeken in de corpora cavernosa. Met schitterende dia's over de degeneratie van het gladde spierweefsel tengevolge van hoog-cholesterol voedsel ondersteunde hij zijn betoog. *Althof* (m) en medewerkers vergeleken de behandeling met intracaverneuze injecties met het vacuümapparaat (vgl. Turner et al., 1990) - Door vacuüm in een cilinder wordt de penis met bloed volgezogen: een elastieken band rondom de basis voorkomt terugstromen van het bloed. - De patiënten waren tevreden en deden het beter op psychologische schalen. Het vacuümapparaat gaf minder bijwerkingen en slechts 20% drop-out versus 60% bij papaverine-zelf-injecties. Ook bij psychogene erectiestoornissen is het vacuümapparaat waarschijnlijk een beter hulpmiddel dan de injecties. Het aardige is dat er geen uroloog nodig is voor het voorschrijven van dit vacuümapparaat: elke arts kan dit doen. Gelet op deze gunstige eerste evaluaties wekte het verbazing dat voor-

zitter Lelieveld tijdens de jaarvergadering van de NVIO opvallend afwijzend stond ten opzichte van dit apparaat . . . Al te voorbarig dunkt ons (zie voor een overzicht: Nadig, 1990).

Hawton (m) besprak het model van Barlow (1986; zie dit nummer pagina 221) en presenteerde gunstige resultaten van sekstherapie bij goed geselecteerde echtparen met een erektestoornis. Lagere sociale klasse leidde tot meer drop-out en minder effect. Wanneer gaan sekstherapeuten pogen dergelijke sociologische verschillen te verdisconteren in hun sekstherapieën?

Spitse en kritische verhalen hielden Bancroft (m) en Tiefer (v). Bancroft waarschuwde dat een man niet te scheiden is van zijn penis, en kritiseerde de pogingen daartoe in de jaren 80 (Bancroft, 1990a). Centraal stelde hij verder de vraag hoe psychologische processen neurofysiologisch gemedieerd worden (Bancroft, 1988); een punt dat ook Everaerd herhaaldelijk aan de orde stelde gedurende dit congres. Tiefer, de enige vrouw in dit mannengeselschap benadrukte in haar kritische 'Zoektocht naar de perfecte penis' dat ze op deze dag heel wat gehoord had over lichamelijke oorzaken van erektiemoelijkheden, doch veel minder gezegd was over psychologische factoren en processen. Ze stelde vast dat de vraag wat een erectie nu precies is niet gesteld was! De gangbare 'machinetafoor voor de penis' wordt volgens haar in stand gehouden door de behoefte van mannen om gerust gesteld te worden over hun seksueel functioneren. Ze stelde voor om niet aan deze behoefte tegemoet te komen door te komen met mechanische alternatieven maar om eens een vraagteken te zetten bij de eisen en verwachtingen die er aan mannen worden gesteld. Ze besloot met de stelling dat een erectie een middel is tot een doel en geen doel op zichzelf, zodat het nodig wordt de gehele man te bestuderen en niet alleen zijn penis. Niet verrassend zorgde Tiefer's bijdrage voor een levendige discussie. Daarin werd ondermeer geopperd dat 'impotentie', die seksistische term (Bancroft, 1990b), geschrapt zou moeten worden uit de naam van de Nederlandse Vereniging voor Impotentie-Onderzoek.

### *Seks en ziekte*

Dit belangrijke thema kreeg op deze voorlaatste dag ondermeer aandacht in het symposium 'Seksualiteit bij kanker' en bij 'ontmoet de experts' over 'Seksualiteit en chronische ziekte'.

Het symposium genoot te weinig belangstelling: slechts een wisselend aantal van 10 tot 20 deelnemers. Gelet op de gewichtigheid van dit thema zeer ten onrechte. En jammer, want de voordrachten waren uitstekend met zeer goede dia's. Bovendien, wat lang niet altijd het geval was, met voldoende tijd om vragen te stellen. In een sneltreinvaart bracht Schover (v) in haar 'Seksualiteit bij mannen na behandeling van pelvic cancer' een overzicht van factoren die meespelen bij het ontstaan van seksuele problemen bij mannen met deze kwaal. Alsook van de invloed op het seksueel functioneren van diverse behandelingsmethoden. Zoals bij de meeste (alle?) ziekten worden de seksuele problemen veroorzaakt door zowel medische als psychologische factoren. Bijna onuitroeibaar blijkt de mythe te zijn dat kanker besmettelijk is. Het seksuele verlangen, de opwindning zowel als het orgasme worden negatief beïnvloed door hormoontherapie. Maar het blijkt dat jongere mannen over het algemeen minder

seksuele problemen ervaren. Een minderheid van de hormonaal behandelde mannen blijft seksueel actief op een goed nivo. Radiotherapie heeft vooral invloed op de erectie. De problemen ontstaan geleidelijk en zijn meestal pas duidelijk 6 tot 12 maanden nadat de behandeling gestopt is. De invloed van chirurgische behandeling op het seksueel functioneren is vooral afhankelijk van het al dan niet beschadigd zijn van de plexus prostaticus (dus van de zenuwvoorziening van de penis). Vervolgens overschouwde *Weimar-Schultz* (m;NL) de literatuur over 'Seksualiteit en gynaecologische kanker' (*Weimar-Schultz* en *Van de Wiel*, 1991). Sinds 1956 werden 56 studies over de invloed op het seksueel functioneren van deze kanker gepubliceerd: 44 ervan zijn post behandelingsstudies en 15 zijn studies met een pre- en postmeting. Beide groepen leiden tot verschillende konklusies. Op basis van de nameting-studies blijken er in het algemeen ernstige seksuele problemen te zijn. Wanneer echter de pre- en postmetinggroep in ogenschouw genomen wordt, ontstaat een meer gedifferentieerd en gunstiger beeld: verslechtering van het seksuele functioneren treedt dan hoofdzakelijk op in de symptomatische periode voorafgaand aan de kankerontdekking en onmiddellijk na de diagnose en behandeling. Voor het schitterende eigen werk waarover *Weimar-Schultz* vervolgens rapporteerde verwijzen we naar 'Sexual functioning after gynaecological cancer treatment' (*Weimar-Schultz* en *Van de Wiel*, 1991). *Good* (m) heeft een counselingsprogramma over gynaecologische kankers en seksualiteit ontwikkeld ter preventie van seksuele problemen. Doelstellingen waren: het herkennen van het pre-behandelingsnivo van seksueel functioneren, zo snel als medisch mogelijk is; het voorkómen van psychosociale stress, en de facilitatie van adaptatieve copingmechanismen. *Good* benadrukte dat men de informatie steeds opnieuw moet herhalen om deze goed te laten overkomen. Uit een onderzoeksmatige vergelijking tussen vrouwen met en zonder counseling, 4, 12 en 18 maanden na de behandeling, bleek dat het programma positieve resultaten had. Twaalf maanden na de behandeling is 84% van de gecounselde vrouwen weer coïtaal actief, tegenover 43% van de niet-gecounselde vrouwen. Een ander sprekend resultaat is het feit dat werkende vrouwen twee maal zo vaak hun werk hervatten als ze gecounseld werden. *Spauwen's* (m;NL) verhaal over vulva reconstructie viel in dit gezelschap wat uit de toon. Technisch een goed plastisch chirurgisch verhaal. Echter zeer specialistisch, zodat weinig toehoorders het echt begrepen zullen hebben. Het kwam erop neer dat primaire reconstructie beter is dan secundaire. *Spauwen* gebruikte hierbij een stuk van de m. rectus abdominis. *Van de Wiel* (m;NL), de seksuologische vakbroeder van *Weijmar Schultz*, hield een aardig verhaal over de haken en ogen van het doen van onderzoek in een medische kliniek. Het belangrijkste is de weerstand van medici tegen research te doorbreken. Een kwestie van lange adem en geduld. Het is nodig om allereerst een positief klimaat te scheppen voor veranderingen. De procedure van het onderzoek moet zeer duidelijk gestructureerd zijn. Men dient te benadrukken dat veranderingen stukje bij beetje zullen worden ingevoerd en dat alle betrokkenen inspraak hebben in de procedure.

*Jensen* (m) opende de experts bijeenkomst over chronische ziekten en seks. Zijns inziens dien je te beschikken over een model van seksuele gezondheid, want daarop richt je je interventies bij chronische ziekten. Helemaal in de lijn met het bekende 'Sexuality and chronic illness. A comprehensive approach' (*Schover* en

Jensen, 1988) ontvouwde deze Deen een systemisch bio-psychosociaal model. En benadrukte hij circulaire processen. Twee andere interessante punten werden eveneens aangestipt. Het werken met paren, dat zo gewoon is in de sekstherapeutische wereld, is moeizaam in te brengen in het medische systeem. En tussen artsen bestaan grote belangstellingsverschillen voor seksualiteit (vgl. Frenken et al., 1988) wat mogelijk leidt tot een selectiebias wanneer patiënten doorverwezen worden voor onderzoek. Aloni (m) ging in op de seksuele effecten van hersenbloedingen. Op basis van interviews met 15 mannelijke CVA-patiënten met goede status (bijv. geen afasie) konkludeerde hij dat het seksuele verlangen ongeveer gelijk bleef, de coïtus frekwentie daalde, de erektiekwaliteit verminderde, de ejaculatie weinig veranderde met uitzondering van de intensiteit, en dat last but not least de seksuele belevingskwaliteit goed bleef. Bij deze patiënten trad naar eigen rapportage geen verandering op in de aard van de stimulatie die tot seksuele opwinding leidde. Elst (v;NL) behandelde seksuele problemen bij reuma. Ze rapporteerde een vergelijking tussen mensen met reumatoïde arthritis (RA), ankyloserende spondylitis (AS) en gezonde mensen. De meeste patiënten ervoeren een seksuele verslechtering, met uitzondering evenwel van de mannen met AS. Vooral een slechtere heupfunctie leidde tot slechtere seks. Het aantal pijnlijke gewrichten daarentegen heeft veel minder negatieve effecten. Opvallend was dat slechts 27% van de RA-patiënten en 14% van de AS patiënten voorlichting of advies over seks wensten! De belangrijkste problemen waren een tekort aan informatie, minder zin in seks als gevolg van pijn en vermoeidheid, schaamte over lichamelijke vervormingen, die ook vaak de seks belemmeren. Schover (v) gaf haar persoonlijke visie op de talrijke obstakels op de weg naar seksuele rehabilitatie in medische settings. Deze barrières zijn ondermeer: grote weerstand van artsen tegen seksbesprekingen met hun patiënten, vaak gelegitimeerd met de idee dat seks te onbelangrijk of te frivol is; vooroordelen van de medische gezondheidszorg ten overstaan van 'alternatieve leefstijlen'; en de onwennigheid tot afwijzing van (in het bijzonder niet-medische) seksuologische specialisten door patiënten. Schover voegde eraan toe dat onderzoeksgeld schaars is voor dit soort werk. Een persistente positieve benadering van artsen is nodig. Bovendien meldde ze dat nogal wat artsen haarzelf seksueel beledigd hadden . . .

Lundberg (m) behandelde seksuele dysfuncties bij mensen met neurologische en neuro-endocriene stoornissen. Vrij technisch en moeilijk te volgen beschreef hij hoe sommige tumoren kunnen leiden tot hypothalamische ontregelingen en hormonale deficiënties of overproducties waardoor verstoringen in het seksuele functioneren of beleven kunnen optreden. Denk bijvoorbeeld aan hyperprolactinemie. Hij besteedde ook aandacht aan epilepsie. Seks kan leiden tot een epileptische aanval, terwijl omgekeerd epilepsie kan leiden tot seksuele sensorische of motorische stoornissen of tot paraphilia en hyperseksualiteit. Lundberg stelde ook dat de meeste van deze neurologische en neuro-endocriene stoornissen leiden tot min of meer specifieke seksuele problemen, doch dat de behandeling ten allen tijde 'holistisch' dient te zijn (vgl. Schover en Jensen, 1988). Tenslotte bracht Segraves (m) zijn verhaal over medicatie-effecten zeer oninteressant (zie ook Segraves, 1988). Desalniettemin mag niet vergeten worden dat het hier om een zeer belangrijk thema gaat. In het algemeen hebben allerlei drugs een seksueel verminderend of negatief effect. Het



omgekeerde is slechts zelden het geval. Deze 'ontmoet de experts' overziend is het opvallend dat de aanpak binnen dit veld vaak nog beschrijvend is: men poogt in kaart te brengen wat de problemen zijn. Daardoor is er voorlopig weinig inzicht in de procesmatige dynamiek van één en ander! In de presentaties waren interventies opvallend afwezig. Maar in de discussie werden ze wel degelijk ten berde gebracht. Er was een duidelijke consensus dat interventieprogramma's gericht dienen te zijn op psychologische én somatische aspecten. Tenslotte werd in de discussie gewezen op de belangrijke werkplaats die huisartsen hebben in het helpen van chronisch zieken met seksuele vragen of problemen.

#### *Ouderdom en seks*

'Seks is niet voor ouderen' is een niet vol te houden mythe, en de seksuologie heeft er de laatste vijftien jaar sterk toe bijgedragen deze te ontcrachten (voor overzichten: Schiavi, 1990; Schreiner-Engel, in druk). Een symposium over '*Seks en ouder worden*' was dan ook een logische zaak op 'Sex Matters'. *Molinski* (m) besteedde in zijn 'Seksuele attitudes van oudere vrouwen' heel wat aandacht aan hyperseksualiteit bij postmenopausale vrouwen. In zijn therapeutische aanpak richt hij zich vooral op het bespreken van dit negatieve gedrag en de gevolgen ervan. Er wordt daarbij vanuit drie dimensies gewerkt: medicatie, psychotherapie en sociale integratie van de oudere patiënt. Op een publieksvraag van twee postmenopausale vrouwen over pijn tijdens het orgasme meende Molinski dat de waarschijnlijke oorzaak zou zijn een niet dalende vasocongestie. *Musaph* wees hier op de eventuele somatisatie van een innerlijk konflikt (vgl. *Moors*, 1987, voor een beschouwing over pijn bij het orgasme). *Bergström-Walan* (v) had met haar 'Zweeds onderzoek naar seks bij ouderen' alle toehoorders op de hand. Met veel humor werd een vragenlijst over seks op latere leeftijd, die geplaatst was in een populair Zweeds magazine, ontleed. Volgende bevindingen kwamen uit de bus. Bij vele oudere koppels 'kunnen' de mannen seksueel niet meer mee. Oudere vrouwen hebben steeds meer interesse in seks. Redenen die *Bergström-Walan* zag voor deze mogelijke inhaalmaneuver waren het wegvallen van vroegere seksuele repressie, het wegvallen van zwangerschapslast, en het ontbreken van orgastische beleving tijdens vroeger seksueel contact. Ze vroeg zich af of het beginnen van een seksuele relatie met een vrouw of het zichzelf leren masturberen goede oplossingen konden zijn voor de diskrepantie tussen vrouwen en mannen. Mannen gaf ze de raad méér aandacht te hebben voor de algehele relatie én oog te hebben voor kleine attenties. Therapeuten, werkzaam met oudere cliënten, gaf ze het prijzenswaardige advies "Begin bij jezelf!": geniet zelf van seks. Dat schept een grote(re) tolerantie ten opzichte van seksueel genot bij anderen en het biedt jezelf een goede waarborg voor een blijvend seksueel genieten in de oude dag. *Mock* (m) stelde in zijn 'Behandeling van seksuele dysfuncties bij mannen boven de zestig' dat de meeste problemen van vasculaire aard zijn en dat caverneuze injectie(s) de beste therapie is. Een éézijdige zienswijze die weinigen zullen volgen (vgl. *Schiavi et al.*, 1990), temeer daar goede prevalentie studies over seksuele dysfuncties ontbreken (*Everaerd*, in druk). *Musaph* (m;NL) bracht een boeiende 'Over de combinatie van psychotherapie en medicatie in de behandeling van ouderen met deviant seksueel gedrag'. Naast door konfliktueuze gevoelens wordt zulk gedrag bij ouderen vaak

veroorzaakt door frustratie. Bij exhibitionisme en publiekmasturberen gaat het veelal om een gebrek aan controle. Musaph volgt in zijn behandeling een driesporenbeleid: psychotherapie, sociale (her)integratie en medicatie met anti-androgenen (bijv. Androcur). Musaph achtte Androcur ook bruikbaar bij vrouwen. Belangrijk is oog te hebben voor neveneffecten van dergelijke medicatie als haarverlies, stemverlaging, vermoeidheid. Ook de familie dient hieromtrent ingelicht te worden. Musaph behandelt in regel eerst het problematische seksuele gedrag, vooraleer in te gaan op andere problemen. Hij waarschuwde voor polymedicatie, de grote kwaal in de behandeling van oudere mensen. In de nabespreking stelde Musaph dat lichamelijke aanraking en knuffeling wellicht het meest werkzame antidepressivum is voor de oudere mens. Tehuizen voor ouderen dienen daar aandacht aan te besteden. Volgens Musaph wordt het meeste deviante gedrag van ouderen veroorzaakt door een polymedicatie voorschrijvende en seks onderdrukkende omgeving. Onverstaanbaar bracht *Kameya* (m) in Japans Engels een voordracht over de menopauze en dalende seksfrequenties.

#### *Primate en seks*

Uitstekende en knap gepresenteerde verhalen waren er op dit symposium. Het werd grotendeels bijgewoond door specialisten, wat de discussie stuwde naar inhoudelijke hoogten. Maar ze er niet makkelijk op maakte voor de apenleek. De nestor van het gezelschap Goy stelde vast dat het pubertaire testosterongehalte bij mannetjes resusaapjes verschilde naargelang het aantal vrouwtjesdieren waarmee ze opgegroeid waren: mannetjes die opgroeiden met drie vrouwtjes vertoonden hogere concentraties dan zij die met twee of minder vrouwtjes opgegroeid waren. Deze testosterongehaltes waren niet gekorreleerd met het aantal mannetjes in de groep, noch met de dominantie-hiërarchie. Hij konkludeerde dat sociale konditionering een duidelijk regulerende invloed heeft op puberteitskarakteristieken van mannelijke resusapen, en zodoende op hun reproductieve strategieën. *Wallen* (m) stond stil bij het seksuele gedrag van vrouwelijke resusapen. Hij herinnerde er allereerst aan dat seksuele interacties veel meer zijn dan neukposities, en onderscheidde vier stappen: het lokaliseren van een potentiële partner, het communiceren van seksuele interesse aan deze potentiële partner, het opwinden van en opgewonden worden door deze partner en copulatie - Beach's (1976) bekende verdeling in attractie, proceptie en receptie kwam hier gemodificeerd om de hoek kijken -. Vervolgens wees Wallen erop dat deze vrouwtjes resusapen, net als de mens, voor hun copulatiegedrag niet afhankelijk zijn van funktionerende ovaria. Daardoor is het mogelijk, zoals Wallen aantoonde voor de vrouwelijke resusaap, dat seksueel gedrag veel sterker beïnvloed wordt door sociale en omgevingsfactoren. Vlot en helder richtte *Slob* (m;NL) het vizier op gendergedrag van beermakaken (zie bijv. Nieuwenhuijsen et al., 1988). In een driejarige longitudinale studie werden volgende genderverschillen vastgesteld: seksueel toongedrag en masturbatie worden bijna uitsluitend door mannetjes gesteld, mannetjes zijn agressiever en vertonen meer sociaal spelgedrag, vrouwtjes daarentegen spelen meer alleen en vertonen meer 'sociaal grooming' gedrag. Jonge mannetjes copuleren reeds volledig met ejaculatie als ze één jaar oud zijn. En als ze twee zijn copuleren ze even frequent als volwassenen. Vrouwtjes, die ook vroeg starten, copuleren vanaf hun derde jaar even frequent als en met volwassenen.

Gonadale hormonen lijken dergelijk gedragsontwikkeling sterker bij vrouwtjes dan bij mannetjes te beïnvloeden. Op onnavolgbare wijze, te benoemen als als de onmogelijke combinatie boeiend- (bijna) teatraal verbreedde *Van Hooff* (m;NL) het perspektief tot evolutionaire horizonten. Hoe is de adaptieve waarde van de verschillende sociale leefsysteemen, als monogamie, polyandrie, polygiene harems, promiscue polyandrie, van primaten te begrijpen? Van Hooff gaf daartoe een overzicht van de verschillende reproductieve strategieën die vrouwen en mannen hanteren, waarbij hij aannemelijk kon maken dat mannetjes evolutionair gesproken eerder gericht zijn op de kwantiteit van hun nageslacht, en vrouwtjes eerder op kwaliteit. Maar eigenlijk vereenvoudigen we Van Hooffs kijk daarmee al te zeer ... Hopelijk is hij bereid te vinden zijn denkbeelden eens uiteen te zetten in dit blad. Sluiter *De Waal* (m;ex-NL) verblufte de zaal met de superseksende Bonobo, een chimpansee-mensaap die in 1929 ontdekt werd. Een mooie video maakte duidelijk dat niks menselijks dit beest vreemd leek. Misschien wel het best vertolkt in het beeld: geef hem een sinaasappel en hij krijgt een stijvel! Of in vrouwtjes die appels ruilen tegen seks. Maar ook tongzoenen, orale seks, zeer hoge neukfrequenties, gezicht tot gezicht copulaties en ongeveer alle mogelijke andere standjes waren de Bonobo niet vreemd. Fijntjes, maar terecht, kritiseerde De Waal de tendens van allerlei sociale wetenschappers om zonder kennis van zaken dieren in hun argumentaties te betrekken. Zo hebben antropologen een heel debat gevoerd over de rol van aangezicht tot aangezicht copulaties voor de mens, op basis van de premisse dat het hier een unieke eigenschap van de soort mens betrof. Twee hypothesen gaf De Waal: veel Bonoboseks zou een rol spelen bij algemene opwindingstransformaties en bij sociale spanningsregulatie. Nogal wat van de aanwezige kenners waren versted en trokken De Waal's stelling in twijfel dat de Bonobo de aap is die het meest sekst als de mens. Beermakaken hebben meer emoties, bemerkte iemand. En doen die Bonobo's nog iets anders dan vluggertjes, vroeg een ander zich af. De Waal deelde nog mee dat een gemiddelde heteroseksuele Bonobocopulatie 13 seconden duurde. Ook een model voor de mens? (vgl. bijv. De Bruijn, 1982). Nog een sterke prestatie: het hoogste aantal copulaties plus ejaculatie dat Slob en collega's hadden vastgesteld bij een beermakaak was 59 in zes uur.

#### *Audiovisuele presentaties*

De film 'Seksualiteit ... wat ermee op latere leeftijd' van *Gonzalez* (m) was erg mooi. Prachtige opnames van oudere mensen, gekombineerd met een indringende tekst, wezen op een vanzelfsprekend voortbestaan van seks op latere leeftijd. Met taboe doorbrekende getuigenissen, zonder atletiek- of hijgende bedscenes. Zeer goed is ook *De Bruijn's* (v;NL) en *Slob's* (m;NL) welbekende 'Liefde op leeftijd'. Meekijken in het dagelijkse leven van een sociaal en seksueel actief ouder koppel. Vooral het speelse karakter van hun vrijen is het onthouden waard: echt minnekozen. 'Hartzeer' van *Gianotten* (m;NL) is een voorlichtingsfilm over twee paren die gekonfronteerd worden met een hartinfarkt respectievelijk een hysterectomie. En over de moeite, die vele artsen hebben om hun patiënten over seks te informeren. Een uiterst technische video, voer voor superspecialisten, was 'Een ultrasonische geluidstudie van de menselijke coïtus' *Riley*, (m). Voor therapeuten is 'De implantatie van de opblaasbare penisprothese AMS 700CX' van *De Bruyne* (m) en *collega's*, die een helder beeld geeft van deze operatieve techniek bij vrouw-naar-man transseksuelen.

### Zaterdag 22 juni 1991

#### *Biologische en gedragsmatige determinanten van seksuele opwinding en bevrediging: vergelijkende studies*

In een knappe, maar zeer technische bijeenkomst, net als 'Primaten en seks' voor een klein publiek, werden een aantal biologische en gedragsmatige determinanten van seksualiteit in ogenschouw genomen. *Baum* (m) toonde met een fret-model aan dat bij mannetjes, in tegenstelling tot bij vrouwtjes, de capaciteit tot proceptief gedrag perinataal geëlimineerd wordt in het breindifferentiatieproces. *De Jonghe* (v;NL) besprak de rol van LHRH-hormonen in mannelijk seksueel gedrag. Vroeger onderzoek bij ratten wordt momenteel aangevuld met mensexperimenten. Daartoe kreeg een groep Leidse en Nijmeegse studenten Buserelin neus-spray toegediend. *De Jonghe* konkludeerde voorlopig en voorzichtig dat verhoogd LHRH leidde tot een grotere erotische gevoeligheid. Tot ieders verbazing, zo vermoeden we althans, vroeg een Indische man of dit produkt op de markt was. Later op de dag zou dezelfde man de Westerse seks-therapeuten kritiseren voor hun niet aflatende zoektocht naar lichamelijke oorzaken van dysfuncties ... Begrijpen wie begrijpen kan. Zowel *Adkins-Regan* (v) als *Brand* (m;NL) pakten seksuele oriëntaties bij de horens. Een stekelig onderwerp dat de meningen van biologen, ook onderling, en sociale wetenschappers hard verdeelt: want heeft het nu ja dan neen zin om bij dieren te spreken over seksuele oriëntaties. *Adkins-Regan* schetste een evolutionair overzicht, terwijl *Brand* zeer helder enkele experimenten rapporteerde naar de effecten van perinatale androgenen op de seksuele oriëntatie van mannetjes ratten. Zijn konklusie luidde dat een heteroseksuele oriëntatie bij mannetjes ratten na de puberteit manifest wordt en minstens ten dele neonataal bepaald wordt door estradiol, ontstaan uit testosteron door aromatisatie (vgl. *Brand* en *Slob*, 1991). *Mitchell* (m) presenteerde tenslotte dierevidentie ter staving van de idee dat het mesolimbisch dopaminerge systeem, minstens gedeeltelijk, seksuele motivatie medieert. Het is jammer dat zulke goede diersymposia niet worden bijgewoond door heel wat meer sociale wetenschappers. Missen ze daardoor niet een belangrijke kans op kennismaking met (ontwikkelingen in) de biologische seksuologie? En helpen ze daardoor ook niet actief mee aan het in stand houden van de kloof tussen bio's en socio's.

#### *De status van de sekstherapie*

Hoewel deze 'ontmoet de experts' op zaterdagmiddag plaats vond, werd ze zeer druk bezocht. Dat bleek geen vergissing want *Hawton* (m), *Everaerd* (m;NL), *Luyens* (v;VL), *Kockott* (m) en *Bancroft* (m) gaven goede korte inleidingen.

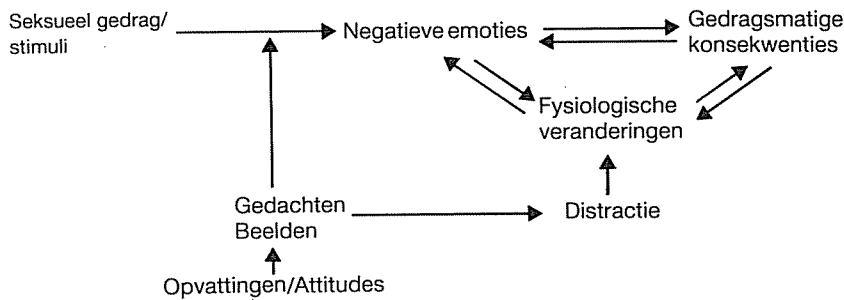
*Hawton* (m) die één en ander ordende in een klinisch schema (zie figuur 1, pag. 221), benadrukte dat een aantal knelpunten dringend om ontwarring vraagt. Voor erektiemoeilijkheden, laag seksueel verlangen en vaginisme is ons huidig diagnostisch instrumentarium ontoereikend. In het bijzonder zijn zeer problematisch de huidige classificatiesystemen van problemen met het seksuele verlangen. Evenals de behandelingen van laag seksueel verlangen (bijv. *Hawton* et al., 1991). Er moet werk gemaakt worden van het ontwikkelen van therapeutische strategieën voor volwassenen met seksproblemen, die als kind seksueel misbruikt werden. *Hawton* noemde *Jehu's* inspanningen inspiratief in dit opzicht (*Jehu*, 1991). Tenslotte pleitte *Hawton*

voor effectstudies naar het (nog veel te weinig toegepaste) combineren van sekstherapie en somatische strategieën in de behandeling van seksuele dysfuncties; bijvoorbeeld de combinatie van sekstherapie met vacuümapparaat. Opvallend was dat Hawton zeer sterk betreurde dat effectstudies zo zeldzaam geworden waren. Impliciet kritiseerde hij daarmee de zeer sterke tendens van de jaren 80 om effectstudies te verlaten ten voordele van studies naar seksuele processen (Dekker & Everaerd, 1986). Zijns inziens heeft dat klinisch blijkbaar te weinig opgeleverd.

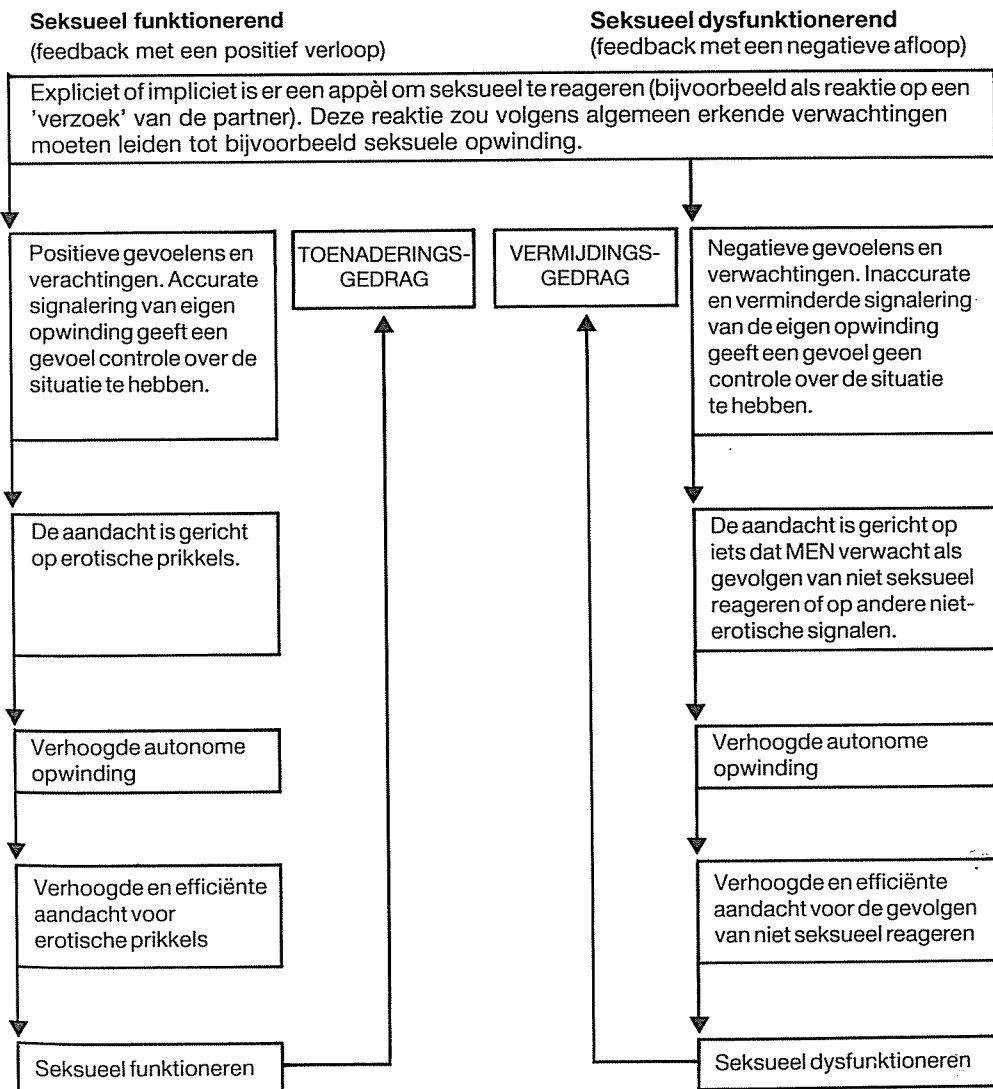
*Everaerd* (m;NL) besprak aan de hand van Barlow's welbekende model (figuur 2, pag. 221) (Barlow, 1986; Cranston-Cuebas en Barlow, 1990) cognitieve factoren die een rol spelen bij seksuele dysfuncties. Volgens dat model verschillen funktionelen van dysfunktionelen op vijf factoren. (1) Dysfunktionelen rapporteren negatieve emotie tijdens seksuele opwinding; funktionelen rapporteren positief; (2) dysfunktionelen onderschatten hun seksuele opwinding en rapporteren geen controle over hun seksuele opwinding; angst leidt tot meer seksuele opwinding bij funktionelen maar verlaagt seksuele opwinding bij dysfunktionelen; (4) neutrale afleiding leidt bij seksueel funktionele proefpersonen tot minder seksuele opwinding maar heeft geen invloed of verhoogt zelfs seksuele opwinding bij dysfunktionelen; en (5) performance demand leidt tot meer seksuele opwinding bij funktionelen maar tot minder seksuele opwinding bij dysfunktionelen. Everaerd wees er ook op dat de hele informatieverwerkingsbenadering tot nog toe sterk was opgehangen aan erekteproblemen, en dat, hoewel aangenomen wordt dat één en ander ook voor vrouwen opgaat, het aantal studies naar het seksueel (dys)funktioneren van vrouwen vanuit dit gezichtspunt gering is. Een belangrijke ontwikkeling noemde Everaerd het prille vaststellen van het effect van cognitieve factoren op neurofysiologische processen (Denk aan het gladde spierweefsel in de corpora cavernosa)! Tenslotte wees deze clinicus-wetenschapper op onderzoek naar automatische psychologische processen, en op de vraag of mannen en vrouwen een differentiële gevoeligheid hebben voor perifere feedback. (Voor een uitvoerige beschouwing met uitwerking van klinische implicaties, zie Everaerd, in druk).

*Kockott* (m) rapporteerde onderzoek naar de prevalentie van seksuele problemen bij psychiatrische patiënten. Dat is nog veel te weinig onderzocht. Bovendien worden we erg gehandicapt door de gigantische variabiliteit die deze groep kenmerkt met betrekking tot variabelen als de aard van de stoornis, de persoonlijkheid, het seksuele gedrag, de partner en medicatie. Van depressieve patiënten is 14 tot 40% seksueel dysfunktioneel en van schizofrene patiënten is dat 18 tot 60%. De causale relatie tussen seksuele problemen en depressie is overigens moeilijk vast te stellen vanwege de zin-in-seks verlagende werking van antidepressiva. Neuroleptica zouden bij langdurig gebruik een negatieve invloed hebben op het seksueel verlangen. Desalniettemin had 50% van de patiënten die al lange tijd neuroleptica gebruikten geen seksuele problemen.

*Bancroft* (m), die op de jubileumactiviteiten van de NVIO de somatici krachtig herinnerd had aan het seksuologische feit dat de penis niet te scheiden is van de man, beklemtoonde nu juist weer meer de mogelijke fysiologische oorzaken van seksuele dysfuncties. Mannen voelen zich volgens hem beter bij een fysiologische oorzaak van hun seksuele problemen (vgl. Everaerd, 1978), terwijl hun prognose slechter is. Minder makkelijk zullen een aantal clinici meegaan met zijn visie dat je



Figuur 1. Hawton's ordeningsschema



Figuur 2. Barlow's model van funktionele en dysfunktionele seksuele opwinding (naar Barlow, 1986).

daaraan tegemoet komen door in elk geval uitgebreid fysiologisch onderzoek te doen (vgl. bijv. Everaerd, in druk), want je moet weten in welke mate er sprake is van een lichamelijke oorzaak. Als de patiënt gelooft dat zijn probleem lichamenlijk is en als de therapeut daar niet aan wil, dan wordt het nooit wat met de behandeling. En als er sprake is van een lichamenlijk probleem dan moet je als therapeut je patiënt erop voorbereiden dat zijn probleem wellicht niet geheel te verhelpen is. Net als Hawton pleitte Bancroft voor meer samenwerking tussen psychologen en urologen. Als voorbeeld verwees hij naar de bijdrage die papaverine kan leveren om psychologische problemen te verminderen: papaverine zou angst kunnen reduceren, waardoor blootstelling aan de problematische situatie (bijv. angst voor coïtus) mogelijk wordt.

Luyens (v;VL) benadrukte het belang van de therapeutische relatie en het psychotherapeutisch hanteren van sekstherapeutische opdrachten: daarmee krijg je de psychologische processen te pakken die negatief interfereren met het seksuele beleven (bijv. Luyens, 1988). Luyens bracht daarmee een belangrijk, en te vaak verwaarloosd thema ten berde, namelijk hoe *doe* je nu goede sekstherapie.

De levendige discussie werd helaas gemonopoliseerd door mannelijke klinici. Blijkbaar niet gehinderd door kennis van zaken over de relaties tussen 'masculiniteit' ('instrumentaliteit') en psychologisch welbevinden (Davidson-Katz, 1990) liepen ze mekaar voor de voeten met hun ideologische stokpaardje "Weg met de man en masculiniteit". Waarom ze dan niet zwegen bleef onduidelijk. Of ze traptten open deuren in als "Is sekstherapie nu wel of geen psychotherapie?". Gelukkig waren er ook boeiender kwesties aan de orde zoals het nut van het bijwonen van het lichamenlijk onderzoek door de psycholoog-seksuoloog. Op de vraag van een Indiase man waarom de Westerse wereld seksuele problemen toch altijd wil terugvoeren tot een lichamenlijke oorzaak, opperde Hawton dat hier wellicht sprake is van een cultuurverschil. Bancroft voegde daar merkwaardiger wijs aan toe dat er bij mannen vaker dan bij vrouwen sprake is van een lichamenlijke oorzaak voor hun seksueel dysfunctiëren; want in de meeste culturen wordt het psychologische therapiemodel meer door vrouwen dan door mannen geaccepteerd. Een uiterst merkwaardig standpunt, door velen evenwel verkondigd op dit congres, omdat het aangevoerde bewijs geen bewijs is. Waarschijnlijk heeft één en ander meer te maken met het feit dat er veel meer kennis is over lichamenlijke oorzaken bij mannen dan bij vrouwen! Als je alleen al ziet dat tijdens 'Sex Matters' een hele dag besteed werd aan erektieproblemen, en ook deze bijeenkomst bijna uitsluitend inging op seksuele problemen van mannen, dan wordt duidelijk dat er een enorme achterstand bestaat in onderzoek naar seksuele problemen bij vrouwen. Bevestigen seksuologen hiermee niet het vooroordeel dat seks(uele dysfuncties) bij vrouwen meer te maken zou(den) hebben (dan bij mannen) met emoties dan met lichamenlijke reacties?

Duidelijk werd tijdens dit congres ook dat sekstherapeuten wat meer het belang zijn gaan inzien van somatisch onderzoek. Alsook dat urologen en psychologen elkaar minder bestrijden als het gaat om de diagnostiek van seksuele dysfuncties. Nu moet het nog van multi- naar interdisciplinair (Tiefer!).

#### *Intermezzo: De Vlaamse bijdrage aan 'Sex Matters'*

Niet lang voor 'Sex Matters' schreef het bestuur van de Vlaamse Vereniging voor

Sexuologie in haar Nieuwsbrief (1991, 1-2): "Vanwaar deze discrepantie in respons? Deze vraag intrigeert mij. Decompenseert de seksuologie in Vlaanderen? Op het aanstaande wereldcongres seksuologie te Amsterdam zijn er quasi geen Vlamingen onder de sprekers (K. Demyttenaere als spreker en W. Vandereycken als symposium-voorzitter). Dit geeft te denken". Was die Vlaamse (en Belgische) bijdrage aan dit tiende Wereldcongres voor Seksuologie dan zo gering? Eén van de vijf plenaire lezingen was voor *Walter Vandereycken* (m) die sprak over 'Het half gekende seksuele leven van psychiatrische patiënten'. Verder was hij voorzitter van het symposium 'Psychiatrie en seksualiteit'. Als onderdeel daarvan rapporteerde *Van Vreckem* (v) over een evaluatie van een seksueel educatieprogramma voor vrouwen met eetstoornissen. *Luyens* (v) nam deel aan de 'ontmoet de experts' over sekstherapie en was co-voorzitter van de 'ontmoet de experts' over seksuele dysfuncties bij vrouwen. De bijdrage van *Deven* (m) vormde een onderdeel van het symposium over 'Seksualiteit en familieplanning in de jaren 90'. Het stelde de resultaten voor van een vergelijkend onderzoek in 12 Europese landen (waaronder Vlaanderen) naar het politiek-administratieve krachtenspel dat de timing en de aard van relationele/seksuele opvoeding via het onderwijs bepaalt en vorm geeft. *Gijs* (m) zat de 'vrije communicatie' over speciale groepen voor en had het zelf over gehuwde homoseksuele mannen. In een postersessie hebben *Visser* (m), *Geeraert* (m) en *Lehrer* (m) de resultaten voorgesteld van het anticonceptie-onderzoek in België van de International Health Foundation. In 1989 werd een steekproef van 15-45 jarige vrouwen verzocht een vragenlijst in te vullen. Eveneens via een postersessie stelde *Van Aelst* (m) zijn dissertatie voor: een historisch hermeneutische studie over de maatschappelijke betekenis van exhibitivisme. In een sessie over audiovisuele presentaties stelde *Liekens* (v) een nieuwe reeks van 5 video's voor (*Sex- Pleasure for Life*). Elke video omvat 4 lessen om aan een bepaald probleem te verhelpen (vroegtijdige zaadlozing, e.a.). Samen met Drenth levert ze instructies en commentaar bij de demonstratie van een heteroseksueel paar.

Uit franstalig België werden volgende bijdragen gebracht aan dit tiende Wereldcongres voor Seksuologie. *Wespes* (m) belichtte via twee bijdragen aan de lustrumdag van de NVIO diagnostische en therapeutische vasculaire dimensies van erectiemoeilijkheden. *Louis-Morin* (v) sprak over seksuele revalidatie en niertransplantatie in het symposium over seksualiteit en nierziekten. *Legrand-Delhaye* (v) belichtte seksuele intimiteit in een vrije communicatie. En *Zanella* (v) behandelde de mogelijke toepassingen van sofrologie en neurolinguïstische programmatie op seksuele problemen en intimiteit.

Al met al lijkt ons de konklusie gewettigd dat de Vlaamse (Belgische) inbreng (te?) mager was. In het bijzonder opvallend was de afwezigheid van de Vlaamse academische centra op 'Sex Matters'.

#### *De sluitingsceremonie*

Tijdens deze ceremonie, die laat in de namiddag plaats vond, werden een aantal prijzen uitgereikt. De '*Organon Audiovisual Award*' voor de beste audiovisuele productie werd uitgereikt aan *Hopmans* (v;NL) voor de film '*Mijn vader is twee mensen*', die gaat over de verwerking van incest (zie ook dit nummer pagina 211). De '*Ciba-Geigy Slide Award*' ging naar de uroloog *Jünemann* (m) voor zijn schitterende kleurendia's



over de corpora cavernosa in de penis. En de 'Organon Poster Award' ging naar Janssen (m;NL), Everaerd (m;NL), Van Lunsen (m;NL) en Oerlemans (m;NL) voor hun poster 'De bijdrage van een psychofysiologische evaluatie aan de diagnose van erectiemoeilijkheden bij mannen.

Naast deze officiële congresprijzen werden er ook twee prijzen 'buiten congreskategorie' toegekend. Namens de 'American Foundation for Gender and Genital Medicine and Science' werd de tweejaarlijkse 'Book Award' door Money overhandigd aan Lightfoot-Klein voor haar boek 'Prisoners of ritual' en aan Christensen voor zijn *Pornography: The other side*. De tweede en belangrijkste buiten categorie prijs was de Dr. Herman Musaph Prijs voor Medische Seksuologie 1991 die werd toegekend aan de Deense psychiater Jensen.

De eigenlijke sluitingsceremonie duurde te lang. Alle congresbetrokkenen van dichtbij, zoals het bestuur van de World Association for Sexology en het organisatiecomité namen uitgebreid de tijd elkaar te bedanken voor 'Sex Matters'. En Black, de secretaris van de WAS, vroeg de deelnemers het ideologische motto van het congres in hun herinnering te bewaren en het met hernieuwd enthousiasme vorm te geven op de eigen werkvloer. Dat motto luidde: "Sex Matters. Aan het eind van de 20e eeuw lijkt seksualiteit in diskrediet te raken. De meeste aandacht gaat uit naar zorgwekkende onderwerpen. Met de toename van seksueel overdraagbare aandoeningen en het verschijnen van AIDS werd voor het eerst sinds vele decennien weer een dodelijke dreiging aan seksualiteit gekoppeld. Daarnaast komt over de hele wereld aan het licht hoe vaak seks gepaard gaat met geweld en misbruik van macht. Dit verborgen fenomeen illustreert dat de relatie tussen mannen en vrouwen op het terrein van de seksualiteit nog vaak problematisch is.

Ook deze verschijningsvormen van seksualiteit worden door seksuologen bestudeerd, geïnterpreteerd en waar mogelijk bestreden. Daarnaast echter is het belangrijk om op een Wereldcongres voor Seksuologie aandacht te blijven vragen voor de positieve rol die seksualiteit in de levens van miljoenen mensen speelt. Er is op dit gebied nog steeds veel onwetendheid en vooroordeel te bestrijden."

#### Literatuur

- Abel, G. (1989). Paraphilias. In: H.I. Kaplan en B.J. Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry/IV* Williams & Wilkins, Baltimore.
- Agger, I. (1989). Sexual torture of political prisoners: an overview. *Journal of Traumatic Stress*, 2: 305-318.
- Agger, I. en S.B. Jensen (1990). Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 3: 115-130.
- Alvarez, M. (1987). Seksuele dienstverlening en gehandicapten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 11: 229-230.
- Alzate, H. en Z. Hoch (1986). The "G Spot" and "Female ejaculation": a current appraisal. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12: 211-220.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual III-R*. Auteur, Washington.
- Annon, J.S. (1976). *Behavioral treatment of sexual problems. Brief therapy*. Harper and Row, New York.
- Bancroft, J. (1988). Sexual desire and the brain. *Sexual and Marital Therapy*, 3: 11-27.
- Bancroft, J. (1989; tweede editie). *Human sexuality and its problems*. Churchill Livingstone, London.
- Bancroft, J. (1990a). Man and his penis - A relationship under threat. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 2: 7-32.
- Bancroft, J. (1990b). *New perspectives on sexual medicine and public policy*. Paper presented at the 33rd annual meeting of the Society for the Scientific Study of Sex, Minneapolis.

- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*: 140-148.
- Batra, A. K. en Lue, T. F. (1990). Psychology and pathology of penile erection. In: J. Bancroft, C. M. Davis en D. Weinstein (eds.), *Annual Review of Sex Research*. Stoyles Graphic Services, Lake Mills.
- Beach, F. A. (1976). Sexual attractivity, proceptivity, and receptivity in female mammals. *Hormones and Behavior, 7*: 105-138.
- Beck, J. G. & D. H. Barlow (1984). Current conceptualizations of sexual dysfunction: A review and an alternative perspective. *Clinical Psychology Review, 4*: 363-378.
- Beck, J. G., A. W. Bozman en T. Qualtrough (in druk). The experience of sexual desire: Psychological correlates in a college male sample. *The Journal of Sex Research*.
- Becker, J. V. (1990). Treating adolescent sex offenders. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*: 362-365.
- Becker, J. V., J. H. Hunter, R. M. Stein en M. S. Kaplan (1989). Factors associated with erection in adolescent sex offenders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 11*: 353-362.
- Bezemer, W. en J. van Houwelingen (1990). Vaginisme en dyspareunie en de partner-relatie; Enkele resultaten van een onderzoek. In: J. Moors (red.), *Vaginisme en dyspareunie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Blader, J. C. en W. L. Marshall (1989). Is assessment of sexual arousal in rapists worthwhile? A critique of current methods and the development of a response compatibility approach. *Clinical Psychology Review, 9*: 569-587.
- Blanchard, R. (1990a). Gender identity disorders in adult men. In: R. Blanchard en B. W. Steiner (eds.), *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. American Psychiatric Press, Washington.
- Blanchard, R. (1990b). Gender identity disorders in adult women. In: R. Blanchard en B. W. Steiner (eds.), *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. American Psychiatric Press, Washington.
- Blanchard, R. en B.W. Steiner (eds.) (1990). *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. American Psychiatric Press, Washington.
- Bozman, A.W. en J.G. Beck (1991). Covariation of sexual desire and sexual arousal: The effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior, 20*: 47-60.
- Brand, T. en A. K. Slob (1991). Neonatal organization of adult partner preference behavior in male rats. *Physiology and Behavior, 49*: 107-111.
- Brown, G.R. (1990). A review of clinical approaches to gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychiatry, 51*: 57-64.
- Browne, A. en D. Finkelhor (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin, 99*: 66-77.
- Broucke, S. van (1987). Intimiteit in partnerrelaties. In: I. Ponjaert-Kristoffersen, H. Vertommen en A. Versteewegen (red.), *Psychologen over seksualiteit. 1. Theorie en onderzoek*. Acco, Leuven.
- Broucke, S. van (1988). Determinanten en klinische implicaties van intimiteit in partnerrelaties. *Direktieve Therapie, 3*: 53-84.
- Bruinsma, F. (1991). De jeugdige zedendelinquent: diagnostiek op het politiebureau. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 46*: 623-634.
- Bruijn, G. de (1974). Klaarkomen is ook niet alles; over orgasmen en seksuele bevrediging bij vrouwen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 29*: 28-41.
- Bruijn, G. de (1982). From masturbation to orgasm with a partner: How some women bridge the gap - and why others don't. *Journal of Sex and Marital Therapy, 8*: 151-167.
- Buvat, J., M. Buvat-Herbaut, A. Lemaire, G. Marcollin en E. Quittelier (1990). Recent developments in the clinical assessment and diagnosis of erectile dysfunction. In: J. Bancroft, C. M. Davis en D. Weinstein (eds.), *Annual Review of Sex Research*. Stoyles Services, Lake Mills.
- Catalan, J., K. Hawton en A. Day (1990). Couples referred to a sexual dysfunction clinic: Psychological and physical morbidity. *British Journal of Psychiatry, 156*: 61-67.
- Chambless, D. L. en D. Demarco (1985). Pubococcygens, Kegel exercises, and female coital orgasm: Reply to Jayne. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*: 271-272.
- Chambless, D.L., F.E. Sultan, T.E. Stern, C. O'Neill, S. Garrison en A. Jackson (1984). Effect of pubococcygeal exercise on coital orgasm in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*: 114-118.

- Cohen-Kettenis, P. (in druk). Bespreking van: Blanchard, R. en B. W. Steiner (eds.) (1990). *Clinical management of gender identity disorders in children and adults*. Tijdschrift voor Seksuologie.
- Coover, D. L., B. N. Kinder en J. K. Thompson (1989). The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9: 169-180.
- Cranston-Cuevas, M. A. en D. A. Barlow (1990). Cognitive and affective contributions to sexual functioning. In: J. Bancroft, C. M. Davis en D. Weinstein (eds.), *Annual Review of Sex Research*. Stoyles Graphic Services, Lake Mills.
- Davidson-Katz, K. (1990). Gender roles and health. In: C. R. Snyder en D. R. Forsyth (eds.), *Handbook of social and clinical psychology. The health perspective*. New York, Pergamon Press.
- Davis, G. L. en H. Leitenberg (1987). Adolescent sex offenders. *Psychological Bulletin*, 101: 417-427.
- Dekker, J. (in druk). Inhibited male orgasm. In: W. O'Donohue en J. H. Geer (eds.), *Handbook on the assessment and treatment of sexual dysfunctions*.
- Dekker, J. en W. Everaerd (1986). Nederlands onderzoek naar sexuele dysfuncties: een overzicht. In: A. P. Cassee, P. E. Boeke en C. P. F. Van der Staak (red.), *Psychotherapie de maat genomen. Vergelijkend psychotherapie-evaluatie-onderzoek in Nederland*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Dekker, J. en W. Everaerd (1989). Psychological determinants of sexual arousal: A review. *Behaviour Research and Therapy*, 27: 353-364.
- Dekker, J. en E. Laan (1991). Sexual psychophysiology. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 15: 89-95.
- Dijk, R. van (1984). *Seksuologie-onderrwijs in Nederland*. NISSO/EUR, Zeist/Rotterdam.
- Everaerd, W. (1975). Een onwillekeurige reactie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1: 190-193.
- Everaerd, W. (1978). Therapie van psychogene potentiëstoornissen. In: H. Musaph en A. Haspels (red.), *Potentiëstoornissen bij de man*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Everaerd, W. (1979). Kortdurende behandelingen: niet psychodynamische behandeling. In: H. Musaph en A. Haspels (red.), *Orgasme stoornissen bij de vrouw*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Everaerd, W. (1983). Failure in treating sexual dysfunctions. In: E. B. Foa en P. Emmelkamp (eds.), *Failures in behavior therapy*. Wiley, New York.
- Everaerd, W. (1988). Anxiety and sexual dysfunction. In: R. Noyes, M. Roth en G. D. Burrows (eds.), *Handbook of Anxiety, Volume 2*. Elsevier, Amsterdam.
- Everaerd, W. (1989). Sex as an emotion. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 1: 3-15.
- Everaerd, W. (in druk). Male erectile disorder. In: W. O'Donohue en J. H. Geer (eds.), *Handbook on the assessment and treatment of sexual dysfunction*.
- Everaerd, W. P. Cohen-Kettenis en J. Dekker (1990). In: W. Vandereycken, C. Hoogduin en P. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Federoff, J. (1988). Bupirone hydrochloride in the treatment of transvestic fetishism. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49: 408-409.
- Finkelhor, D. en A. Browne (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55: 530-541.
- Friedrich, W. N. (1990). *Psychotherapy of sexually abused children and their families*. W. W. Norton Company, New York.
- Frenken, J., K. Rodenburg en B. van Stolk (1988). *Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Freund, K. en R. Watson (1990). Mapping the boundaries of courtship disorder. *The Journal of Sex Research*, 27: 589-606.
- Freund, K., R. Watson en R. Dickey (1990). Does sexual abuse in childhood cause pedophilia. *Archives of Sexual Behavior*, 19: 558-569.
- Gijs, L., A. K. Slob, W. L. Gianotten, M. Moors-Mommers en W. Vandereycken (1990a). Seksuologie in Nederland: Gisteren, vandaag en morgen (deel 1). *Tijdschrift voor Seksuologie*, 14: 104-113.
- Gijs, L., A. K. Slob, W. L. Gianotten, M. Moors-Mommers en W. Vandereycken (1990b). Seksuologie in Nederland: Gisteren, vandaag en morgen (deel 2). *Tijdschrift voor Seksuologie*, 14: 164-174.
- Goodchilds, J. D. en G. L. Zellman (1984). Sexual signaling and sexual aggression. In: N. M. Malamuth en E. Donnerstein (eds.), *Pornography and sexual aggression*. Academic Press, Orlando.
- Goodchilds, J. D., G. L. Zellman, P. B. Johnson en R. Giarusso (1988). Adolescents and their perceptions of sexual interactions. In: A. Burgess (ed.), *Rape and sexual assault*. Garland, New York.
- Gooren, L. (1990a). Biomedical theories of sexual orientation: A critical examination. In: D. P. McWhirter, S.A. Sanders en J. M. Reinisch (eds.), *Homosexuality/Heterosexuality*. Oxford University Press, New York.
- Gooren, L. (1990b). The endocrinology of transsexualism: A review and commentary. *Psychoneuroendocrinology*, 15: 3-14.

- Gooren, L., E. Fliërs en K. Courtney (1990). Biological determinants of sexual orientation. In: J. Bancroft, C.M. Davis en D. Weinstein (eds.), *Annual review of sex research*. Stoyles Graphic Services, Lake Mills.
- Green, R. en D. T. Fleming (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. In: J. Bancroft, C.M. Davis en D. Weinstein (eds.), *Annual review of sex research*. Stoyles Graphic Services, Lake Mills.
- Hawton, K., J. Catalan en J. Fagg (1991). Low sexual desire: Sex therapy results and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy*, 29: 217-224.
- Hsu, L.K.G. (1989). The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women. *Clinical Psychology Review*, 9: 393-407.
- Jaspers, J., H. van de Wiel, W. Weijmar Schultz en J. Gal (1990). Literatuuroverzicht van behandelingsvormen van vaginisme. In: J. Moors (red.), *Vaginisme en dyspareunie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Jayne, C.E. (1985). Effect of pubococcygeal exercise on female sexuality: Comment on Chambless et al. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53: 269-270.
- Jehu, D. (1991). Clinical treatment of adult female victims of sexual assault. In: C. R. Hollin en K. Howells (eds.), *Clinical approaches to sex offenders and their victims*. New York, Wiley.
- Kanfer, F. (1990). The scientist-practitioner connection: A bridge in need of constant attention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21: 264-270.
- Koperen, H. van (1987). Wordt directe seksuele dienstverlening bij zwaar gehandicapten geaccepteerd of niet? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 11: 226-229.
- Kothari, P. (1984). For discussion: Ejaculatory disorders - a new dimension. *British Journal of Sexual Medicine*, 11: 205-209.
- Krane, R.J. (ed.) (1990). Impotence update. *World Journal of Urology*, 8: 65-117.
- Kuiper, A.J. (1991). *Transseksualiteit*. Elinkwijk, Utrecht.
- Laan, E. (1991). *Nota's over 'Sex Matters'*. Ongepubliceerd, Amsterdam.
- Leiblum, S.R. en R.C. Rosen (1988). Introduction: Changing perspectives on sexual desire. In: S.R. Leiblum en R.C. Rosen (eds.), *Sexual desire disorders*. Guilford Press, New York.
- Lightfoot-Klein (1990). *Prisoners of ritual*. The Haworth Press, New York.
- Loos, J. C. en E. de Kruijff (1987). Nierdialyse en seksuele problemen. In: M. Moors-Mommers e.a. (red.), *Handboek seksuele hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- LoPiccolo, J. (1985). Diagnosis and treatment of male sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11: 215-232.
- LoPiccolo, J. en W. Stock (1986). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 158-167.
- Lunsen, H.W. van (1991). Auto-erotische asfyxie. *Nederlands Forensisch Tijdschrift*, 10: 5-10.
- Luyens, M. (1980). Behandeling van vaginisme. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 5: 77-91.
- Luyens, M. (1984). De G-plek en de vrouwelijke seksualiteit. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 8: 121-129.
- Luyens, M. (1988). Invloed van client centered/experiëntiële psychotherapie op het probleemgericht werken binnen de seksuele hulpverlening. In: I. Ponjaert-Kristoffersen, H. Vertommen en F. Vansteenkeweg (red.), *Psychologen over seksualiteit. 2. Probleemgebieden en hulpverlening*. Acco, Leuven.
- Marshall, W.L. en A. Eccles (1991). Issues in clinical practice with sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 6: 68-93.
- Marshall, W.L., A. Eccles en H.E. Barbaree (1991). The treatment of exhibitionists: A focus of sexual deviance versus cognitive and relationship features. *Behaviour Research and Therapy*, 29: 129-135.
- Marshall, W.L., K. Payne, H.E. Barbaree en A. Eccles (1991). Exhibitionists: Sexual preferences for exposing. *Behaviour Research and Therapy*, 29: 37-40.
- Messe, M.R. en J.H. Geer (1985). Voluntary vaginal musculature contraction as an enhancer of sexual arousal. *Archives of Sexual Behaviour*, 14: 13-28.
- Money, J. (1970). Use of an androgen-depleting hormone in the treatment of male sex offenders. *Journal of Sex Research*, 6: 165-172.
- Money, J. (1987). Treatment guidelines: Antiandrogen and counseling of paraphilic sex offenders. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13: 219-233.
- Money, J. (1986). *Lovemaps*. Irvington Publishers, New York.
- Money, J. (1988). The skoptic syndrome: Castration and genital self-mutilation as an example of sexual body-image pathology. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 1: 113-128.
- Money, J. en M. Lamacz (1989). *Vandalized lovemaps*. Prometheus.
- Money, J. en Wainwright, G. en Hingsburger, D (1991). *The breathless orgasm: A lovemap biography of asphyxiophilia*. Prometheus Books, Buffalo.

- Moors, J. (1987). Seksuele problemen en stoornissen bij vrouwen. In: A.K. Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd (red.), *Seksuologie voor de arts*. Samsom Stafleu, Alphen aan den Rijn.
- Moors, J. (red.) (1990a). *Vaginisme en dyspareunie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Moors, J. (1990b). Enkele (naoorlogse) Nederlandse literatuurvoorbeelden. In: J. Moors (red.), *Vaginisme en dyspareunie*. Bohn Stafleu Van Loghum Slaterus, Houten.
- Moors, J. en J. Schraag (1991). Training in sexology: a continuing education. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 15: 150-155.
- Mohr, D.C. en L.E. Beutler (1990). Erectile dysfunction: a review of diagnostic and treatment procedures. *Clinical Psychology Review*, 10: 123-150.
- Nadig, P.W. (1990). Vacuum erection devices: A review. *World Journal of Urology*, 8: 114-117.
- Nieuwenhuijsen, K. (1988). Seksueel gedrag bij beermaakaken. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 12: 154-172.
- Nieuwenhuijsen, K., A.K. Slob en J.J. van der Werff ten Bosch (1988). Gender-related behaviors in group living stump-tail macaques (*Macaca arctoides*). *Psychobiology*, 16: 357-371.
- O'Donohue en J.H. Geer (1985). The habituation of sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 14: 233-246.
- Pauly, I.B. (1990). Gender identity disorders. *Journal of Sex Education and Therapy*, 16: 2-24.
- Plooy, E. (1989). *Intake en indikatiestelling bij seksueel geweld problematiek*. Rutgersstichting, Den Haag.
- Reis, H.T. en P. Shaver (1988). Intimacy. In: S. Duck (ed.), *Handbook of personal relationships*. Wiley, New York.
- Rodin, J., L.R. Silberstein en R.H. Striegel-Moore (1985). Women and weight: A normative discontent. In: T.B. Sondregger (ed.), *Psychology and gender*. University of Nebraska Press, Lincoln.
- Rosen, R.C. en G.J. Beck (1988). *Patterns of sexual arousal*. Guilford Press, New York.
- Rowland, D.L. en J.A. Heiman (in druk). Self-reported and genital arousal changes in sexually dysfunctional men following a sex therapy program. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Sherwin, B. (in druk). Aging and female sexuality: A biological and psychosocial perspective. In: J. Bancroft, C.M. Davis en D. Weinstein (eds.), *Annual review of sex research*. Vol. 2. Stoyles Graphic Services, Lake Mills.
- Schiavi, R.C. (1990). Sexuality and aging in men. In: J. Bancroft, C.M. Davis en D. Weinstein (eds.), *Annual review of sex research*. Stoyles Graphic Services, Lake Mills.
- Schiavi, R.C., P. Schreiner-Engel, J. Mandeli, H. Schanzer en E. Cohen (1990). Healthy aging and male sexual function. *American Journal of Psychiatry*, 147: 766-771.
- Scholtes, H. en K. Wissenburg (1990). Seksuele dienstverlening aan gehandicapten: financiering uit algemene middelen een grondwettelijk recht? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 14: 185-190.
- Schover, L. en S.B. Jensen (1988). *Sexuality and chronic illness*. Guilford, New York.
- Schreurs, K. (1990). *Vrouwen in lesbische relaties*. Homostudies, Utrecht.
- Schreurs, K. (1991). *Nota's over 'Sex Matters'*, ongepubliceerd, Utrecht.
- Scott, D.W. (1987). The involvement of psychosexual factors in the causation of eating disorders: Time for a reappraisal. *International Journal of Eating Disorders*, 6: 199-213.
- Segraves, R.T. (1988). Drugs and desire. In: S.R. Leiblum en R. C. Rosen (eds.), *Sexual desire disorders*. Guilford Press, New York.
- Smith, E.A., J.R. Urdy en N.M. Morris (1985). Pubertal development and friends: A biosocial explanation of adolescent sexual behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 26: 183-192.
- Sommeling, L. (1990). Computerondersteuning bij seksuologische hulpverlening. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 14: 29-38.
- Sprecher, S., K. McKinney en T.L. Orbuch (1987). Has the double standard disappeared?: An experimental test. *Social Psychology Quarterly*, 50: 24-31.
- Thiel, D.H. van, J.S. Gavalier en R.E. Tarter (1988). The effects of alcohol on sexual behavior and function. In: J.M.A. Sitsen (ed.), *Handbook of Sexology*. Elsevier, Amsterdam.
- Tondo, L., M. Cantone, M. Carta, A. Laddomada, R. Mosticoni en N. Rudas (1991). An MMPI evaluation of male sexual dysfunction. *Journal of Clinical Psychology*, 47: 391-396.
- Turner, L.A., S.E. Althof, S.B. Levine, T.R. Tobias, E.D. Kursch, D. Bodner en M.I. Resnick (1990). Treating erectile dysfunction with external vacuum devices: Impact upon sexual, psychological and marital functioning. *The Journal of Urology*, 144: 79-82.
- Udry, R.J. (1988). Biological dispositions and social control in adolescent sexual behavior. *American Sociological Review*, 53: 709-722.
- Udry, R.J. en J.O.G. Billy (1987). Initiation of coitus in early adolescence. *American Sociological Review*, 52: 841-855.

- Udry, R.J. en L.M. Talbert (1988). Sex hormone effects on personality and puberty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 291-295.
- Weldink, I. (1990). Vrouwen en haar vagina: recente psychoanalytische beschouwingen. In: J. Moors (red.), *Vaginisme en dyspareunie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Walker, L.E.A. (ed.) (1988). *Handbook on sexual abuse of children*. Springer Publishing Company, New York.
- Weijmar Schultz, W.C.M. en H.B.M. Van de Wiel (1991). *Sexual functioning after gynecological cancer treatment*. Dijkhuizen Van Zanten BV, Groningen.
- Williams en D. Finkelhor (1990). Characteristics of incestuous fathers. In: W. Marshall, D. Laws en H. Barbaree (eds.), *Handbook of sexual assault. Issues, theories and treatment of the offender*. Plenum Press, New York.

#### Summary

'Sex Matters': international perspectives and contributions from the low countries.

An overview is given of the many presentations, other than the key-note speeches, that were given at the 10th World Congress of Sexology. Special attention is paid to Dutch and Flemish contributions.

## AANBIEDING

van oude nummers van het

## TIJDSCHRIFT VOOR SEKSUOLOGIE

Onze kast moet leeg. Daarom bieden wij oude nummers van het TS aan tegen sterk gereduceerde prijs.

#### Nog voorradig zijn:

- jrg. 86: de nummers 3 en 4.  
jrg. 87: de nummers 1, 3 en 4.  
jrg. 88: de nummers 1, 2, 3 en 4. Dus geheel compleet.  
jrg. 89: de nummers 2, 3 en 4.  
jrg. 90: de nummers 1, 2, 3 en 4.  
jrg. 91: de nummers 1 en 2.

Kosten slechts f 25,- / Bfrs. 500,- per vier nummers. Losse nummers f 7,50 / Bfrs. 150,-.

**BESTELLEN:** Door overmaking van het bedrag onder vermelding van de gewenste nummers. Dus 1 tot en met 3 nummers: f 7,50 / Bfrs. 150,- per stuk. Vier nummers of meer: f 6,25 / Bfrs. 125,- per stuk.

Bestellen in Nederland: **Postbanknr. 3791024**  
**t.n.v. Tijdschrift voor Seksuologie**  
**Rosmalen**

Bestellen in België: **Bankunie Herentals: 646-6932920-53**  
**t.n.v. G. Van Damme, Tijdschr. voor Seksuologie**  
**Herentalsesteenweg 108**  
**2280 Grobbendonk**

**HAAST U, WANT OP = OP !!!**