

## HUISARTS EN NIET-ORGANISCHE SEKSUELE DYSFUNCTIES: VERWOORDING IN DE PRAKTIJK<sup>o</sup>

J.G. Carlier\*

*Huisartsen hebben de seksuologie ontdekt. Sommigen menen hun klassieke werkwijze te moeten verlaten omdat ze niet aangepast zou zijn om aan seksuologische hulpverlening te doen. Anderen vinden moeilijk de juiste woorden om, binnen hun gewone werkwijze tot actieve hulpverlening te komen. Helpen bij seksuele moeilijkheden kan nochtans procesmatig het klassieke patroon van het huisartsgeneeskundig handelen volgen. In sommige gevallen kan de woordkeuze blijven verwijzen naar de organische deskundigheid van de huisarts. Dit maakt wat gezegd wordt herkenbaar voor de patiënt die deze setting uitkoos.*

*De gehanteerde gespreksstijl wijkt wel af van de strict biologische hulpverlening, maar sluit dan weer nauw aan bij een bio-psycho-sociale manier van consultatievoering.*

### Kruispunt van ontwikkelingen

Medici hebben altijd al een ambivalente relatie gehad met de seksuologische hulpverlening. Hoewel ze zich eeuwenlang hebben laten misbruiken om door de maatschappij niet-aanvaarde normen van seksualiteit als medische afwijking te classificeren (Lanteri Laura, 1979) en tot in de negentiende eeuw vooral critici van de seksuele zeden zijn geweest (Rolies, 1990), is de seksuologie toch ontstaan in de schoot van de geneeskunde (Nijs, 1990).

Haar groei naar zelfstandigheid maakte het lange tijd moeilijk de ouderlijke band te blijven zien. Masters en Johnson brachten de twee weer in contact met elkaar (Verhaeghe, 1993). Ook dichterbij huis werden de structurele banden aangehaald. Het Leuvens Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen was hierin een pionier. De toenadering evolueerde tot klinische verbondenheid toen op de dienst gynaecologie te Leuven een arts-seksuoloog in dienst kwam die "niets deed" (Nijs, 1987). Seksuologen kregen meer aandacht voor hun opleiding (Everaerd en Slob, 1986; Smits, 1988) en voor hulpverleningsprocessen (Vandereycken, 1983). Desondanks blijven vele medici de wetenschappelijkheid van hulpverlening bij seksuele moeilijkheden ter discussie stellen (Nijs, 1990).

Gelijktijdig en even moeizaam ontwikkelde de huisartsgeneeskunde zich tot een zelfstandige discipline tot ze in Vlaanderen, vanaf 1982, het statuut van volwaardige medische specialiteit kreeg (Ministerieel Besluit, 1982). Haar beoefenaars leerden methodisch te werken (Holten-Vriesema et al., 1978), ontdekten de mens achter de klacht en zochten een integrale benadering (Carlier, 1988). Ze leerden zelfs werken aan hun eigen persoonlijkheid (K.U.L. 1993) en streven naar een groeiend vertrouwen tussen arts en patiënt (Johnson, 1990).

Seksuologie en huisartsgeneeskunde vonden stilaan raakvlakken (Slob et al., 1992).

\* Drs J.G. Carlier, arts-seksuoloog-psychotherapeut. Hoogleedssesteenweg 236, 8800 Roeselare, België.  
<sup>o</sup> Geaccepteerd voor publicatie 23 februari 1993.

De wetenschappelijke belangstelling voor de incidentie van seksuele problemen in de huisartspraktijk groeide, eerst in Nederland (Wigersma, 1991), later ook in Vlaanderen, waar nu onderzoek loopt naar kennisoverdracht van seksuologie bij pas afgestudeerde huisartsen (Goedhuys, mondelinge mededeling). Seksuologie is immers een vak geworden waarin huisartsen worden opgeleid (Moors en Schraag, 1991). Methodisch Werken als basisschema voor een huisartsconsult werd verfijnd tot een consultatiemodel (Mulder, 1992) waarin meer aandacht mogelijk werd voor seksuele problematiek (Dewilde, 1991).

### Kader en taal

Toch blijven er nog obstakels die verhinderen dat de aandacht en de bereidheid omgezet worden in therapeutische activiteit. Vragen over het procesmatig verloop van seksuologische hulpverlening in de huisartspraktijk worden versterkt door moeilijkheden met taalgebruik.

Dit artikel wil verder gaan op vroegere bijdragen (Carlier, 1986 a en b) en een aanzet zijn om te helpen bij seksuele dysfuncties te kaderen en te verwoorden binnen het consultatiemodel van de huisarts. Op de gesprekstijl, eerder begeleidend dan leidend, zal slechts terloops worden ingegaan (Avonts et al., 1992). Seksuologen zullen in dit artikel geen inhoudelijke aanvulling op hun werk vinden, maar hoogstens bepaalde uitspraken van cliënten beter kunnen contextualiseren (Peeters, 1988). Mochten ze erdoor geneigd zijn soms de taalkaders over te nemen die hun cliënten hanteerden toen ze nog patiënten waren, zou dit zeker misverstanden helpen vermijden.

### Aanmeldingsfase

De patiënt komt bij de huisarts zelden open en bloot met een directe seksuologische vraag, wat vele huisartsen versterkt in de mening dat hun patiënten op dat gebied geen vragen hebben. Maar het is niet alleen in seksuologische aangelegenheden dat de huisarts zijn patiënt moet toelaten het terrein te verkennen alvorens tot een heldere vraagstelling te komen. Ook vele andere klachten worden stapsgewijs geuit. Berucht zijn de kleine zinnnetjes bij het naar buitengaan, de deurkruk in de hand.

De huisarts moet proberen een sfeer te scheppen waarin de patiënt gemakkelijker met seksuele problemen kan komen (Avonts et al., 1992). Komt de patiënt met een openlijke seksuologische vraag dan reageert de huisarts adequaat als hij of zij onmiddellijk interesse toont. Dit betekent niet dat er meteen langdurig of diepgaand op de vraag wordt ingegaan. Soms kan hij of zij alleen als volgt reageren:

*\* "Ik vind Uw vraag zo belangrijk dat ik aarzel om daar snel een antwoord op te geven. Wanneer zou het U passen om daar samen eens dieper op in te gaan?"*

Wanneer een patiënt een directe vraag stelt, niet over zichzelf maar over de partner, een kind of een derde, stoot de huisarts op de grens van zijn/haar somatisch handelen. In die biologische context is het immers onmogelijk iemand te behandelen die zelf geen vraag heeft. Bij seksuologische problemen, heeft de vraagsteller soms wel een eigen vraag en is tevreden wanneer hierop wordt ingegaan.

*\* "Ik hoor dat U het er moeilijk mee hebt als ... Zullen we eens een keer praten over wat het U zelf doet? Misschien kunnen we dan terzelfdertijd ook zoeken hoe U kan reageren?"*

De huisarts hoeft niet altijd, zoals de seksuoloog, te wachten tot iemand een duidelijke

klacht formuleert. Het is mogelijk, tijdens een ander consult, het seksuele zelf ter sprake te brengen. Wanneer dit goed gedifferentieerd gebeurt, zelfs al is het nu voor de patiënt niet relevant, wordt gemetacommuniceerd dat deze huisarts het bespreken van seksualiteit niet ongewoon vindt en dat het met hem of haar in alle veiligheid kan. Deze werkwijze is niet ongewoon omdat de huisarts vaker een onderwerp in het gesprek brengt waarvan de patiënt niet meteen het verband met zijn klacht ziet.

– *"Dokter, wij komen U opzoeken omdat wij graag kinderen hadden gehad en het totnogtoe niet wil lukken".*

Dit is een regelmatig voorkomende vraag in elke huisartsenpraktijk. We zullen drie paren beschrijven met deze zelfde openingsvraag.

### De anamnese

De huisarts hoort te weten dat elke aanmeldingsklacht een brede waaier aan problemen kan verbergen en moet de patiënt helpen de hulpvraag te verduidelijken terwijl hijzelf ook tracht ze te vatten.

Open vragen laten een brede verkenning toe, gerichte vragen helpen de klacht beter af te lijnen. In een derde vormgeving wordt de klassieke anamnese vervangen door een open gesprek waarin vooral de patiënt het terrein moet bezetten terwijl de huisarts actief en stimulerend luistert door zijn tussenkomsten en stiltes te doseren. Deze laatste gespreksstijl, wellicht minder aan de orde bij somatische problemen, zal elke arts die psychosociaal wil handelen, zich eigen moeten maken.

De besliskunde (Knottnerus, 1986) leert de huisarts ook een waaier aan hypothesen open te houden. Daarom zal hij of zij meer in het gesprek brengen dan een gynaecologische anamnese, zelfs als deze reeds aanknopingspunten zou opleveren die de klacht beter laten verstaan. Vanzelfsprekendheden moeten hierbij vermeden worden, Daarom bij de drie paren de volgende vraag:

\* *"Mag ik vragen of jullie regelmatig seksuele betrekkingen hebben?"*

Wat een evidentie kan zijn voor de huisarts is het daarom nog niet voor patiënten. Deze kunnen schrikken van zo'n vraag. Bovendien maakt het woord "regelmatig" een antwoord moeilijk of de interpretatie ervan onzeker. Een andere inleiding vinden die minder triviaal klinkt en terzelfdertijd meer duidelijkheid schept, is beter dan te vraag te laten vallen.

\* *"Het klinkt misschien eigenaardig dat ik dit vraag maar hebt U seksuele betrekkingen of hoe vaak hebt U die?"*

Deze formulering poogt alle variaties in de vraagstelling te betrekken en daardoor normaliserend te zijn ten aanzien van het seksuele gedrag van het koppel.

### Eerste paar

– *"De laatste tijd niet meer"*

\* *"De laatste tijd, zegt U?"*

De laatste woorden herhalen is nuttig parafraseren en helpt het denkproces van de patiënt vooruit.

– *"Ja, het lukt niet meer".*

\* *"Wat gaat er dan precies fout?"* houdt het midden tussen een open en een gesloten vraag. Ze blijft binnen het referentiekader van de patiënt.

– *"Ik ben impotent".*

*Tweede paar*

– "Eigenlijk niet".

Met dit antwoord is er nog onvoldoende duidelijkheid. De volgende vraag moet dus gericht zijn.

\* "Mag ik verstaan dat U nu helemaal geen seksuele betrekkingen hebt?"

– "Ja".

\* "Is dat altijd zo geweest?"

– "Nee, dat niet".

*Derde paar*

– "Neen".

\* "Jullie hebben geen seksuele betrekkingen. Nu niet of nooit gehad?"

– "Nooit gehad eigenlijk".

\* "Ik kan mij voorstellen dat het niet gemakkelijk is voor jullie om zoiets te komen zeggen".

Deze laatste interventie is een poging om aansluiting te krijgen met de beleving.

– "Ja, dat klopt".

**Diagnostiek**

In de seksuologie zijn de gestelde diagnosen meestal beschrijvend. De huisarts zou hiermee vertrouwd moeten zijn vanuit de psychiatrische ziekteleer en vooral vanuit huisartsgeneeskunde zelf, waar men zich veelal ook beperkt tot beschrijvende diagnosen zoals "lage rugpijn".

*Eerste paar*

\* "Als U zegt impotent weet ik nog niet precies wat U daarmee bedoelt..."

kan een inleiding zijn op het aanbieden van keuzes die het de patiënt wat gemakkelijker moeten maken.

\* "Is er helemaal geen erectie, of onvoldoende sterke erectie of niet langdurig genoeg?"

– "Niet lang genoeg om seksuele betrekkingen mogelijk te maken".

De beschrijvende diagnose, secundaire impotentia coëundi door erectieverlies, wordt de belangrijkste hypothese, maar bevestiging is wenselijk. Hiervoor worden geleidelijk meer gesloten vragen gesteld.

\* "De erectie komt dus wel maar verdwijnt te vlug?"

– "Ja, en soms heb ik ook geen erectie".

\* "Ik kan mij voorstellen dat U dan beiden ontgoocheld zijt".

Zo wordt er opnieuw een partnerprobleem van gemaakt.

– "Uiteraard".

\* "En toch wordt U niet ontmoedigd maar probeert U samen wel verder om tot seksuele betrekkingen te komen?"

– "Ah ja, natuurlijk, anders zullen we toch nooit kinderen krijgen".

\* "Hoe vaak doet U het dan?"

– "Zeker elke dag".

\* "En voor de moeilijkheden begonnen?"

– "Ook".

\* "Hoelang proberen jullie dat nu reeds op deze manier?"

– "Een zestal maanden".

*Tweede paar*

\* *"Op een gegeven moment is het vrijen dus volledig gestopt. Kan U daar iets meer over zeggen?"*

Hierop neemt de vrouw het woord:

– *"In het begin van onze relatie ging het vrijen goed. Later kreeg ik altijd zo'n pijn".*

Waarop de man:

– *"En toen zijn we er maar mee gestopt. Ik wil niet dat het voor haar pijnlijk is".*

Diagnostische hypothese: secundaire dyspareunie. Meer gerichte vragen kunnen nog de aard van de pijn, het ogenblik van optreden en de lokalisatie verduidelijken.

*Derde paar*

\* *"Jullie hebben totnogtoe geen seksuele betrekkingen gehad. Proberen jullie het nog wel eens of hebben jullie het voorlopig wat uitgesteld?"*

De formulering poogt een positievere toekomstverwachting te creëren.

– *"Eigenlijk niet. Het is zo dat mijn man pijn heeft zodra ik probeer zijn penis aan te raken".*

Vele hypothesen blijven open. Er kan gedacht worden aan organische pathologie, phimosis bijvoorbeeld, een onverwerkte traumatische gebeurtenis uit het verleden of een intrapsychische stoornis. Een langduriger open gesprek is aangewezen.

### **Etiologische mechanismen**

Klassieke medische diagnoses kunnen verwijzen naar zeer uiteenlopende oorzaken. Meestal wordt daarbij uitgegaan van een dualiteit tussen lichaam en geest en wordt oorzakelijk in een lineair causaal verband geplaatst. Hoewel het in beide gevallen aanbeveling zou verdienen een meer holistisch beeld en een circulaire causaliteit te hanteren gebeurt in de seksuologische hulpverlening dikwijls hetzelfde. Deze gelijklopende werkwijze vermijdt in elk geval een babylonische spraakverwarring.

Wat ook de hypothese van de arts is, hij schenkt best aandacht aan de attributietheorie van de patiënt. Expliciet vragen naar de eigen opvattingen van de patiënt is deze de toelating geven elk idee, elke angst te verwoorden, zonder zich belachelijk te voelen. In de somatische geneeskunde is dit ongebruikelijk. Het zou nochtans de compliance van de patiënt verhogen als elke bespreking van de klacht zou vertrekken vanuit diens eigen referentiekader.

Heel dikwijls zal de patiënt een somatische attributietheorie hanteren: hij of zij zal de klachten toeschrijven aan een organisch ziek-zijn. Het is immers niet voor niets dat hij/zij zich tot een arts wendt. De huisarts kan, soms tegen beter weten in, een somatisch taalgebruik blijven hanteren om aan die rolverwachting te beantwoorden. Inhoudelijk blijft het taalgebruik dan herkenbaar als "medisch". De manier waarop hij of zij het hanteert, het betrekkingaspect, verschilt wel duidelijk van een somatisch consult omdat leiden plaats maakt voor begeleiden.

*Eerste paar*

\* *"Zou het zo kunnen zijn dat uiteindelijk het lichaam vermoeid werd?"*

– *"Ja, ik voel mij alleszins moe".*

\* *"Betekent dat ook dat U soms twijfelt of het lichaam nog voldoende energie heeft?"*

Met deze omschrijving voor faalangst was de man het volledig eens. De hypothese dat lust tot last werd waarna faalangst het geheel kwam vervolledigen, mag terecht aangehouden worden.

### *Derde paar*

\* *"Waarmee kan dit te maken hebben?"*

Hierop volgt een lang verhaal over een traumatische ervaring in de jeugd jaren (een operatie) en een streng katholieke opvoeding die elk seksueel contact voor het huwelijk mee hielp afweren. Een phimosis als meer banale oorzaak kan uitgesloten worden.

### **Lichamelijk onderzoek**

De huisarts kan hiervan een belangrijk instrument in de seksuologische hulpverlening maken. In dat opzicht heeft hij/zij meer mogelijkheden dan de niet medisch-seksuoloog. Binnen het kader van deze tekst gaan we hier niet dieper op in (Slob et al., 1992).

### **Behandeling**

De therapeutische activiteiten van de huisarts proberen, waar mogelijk, oorzakelijk te zijn. Pragmatisch ingedeeld komen de interventies in het algemeen en in seksuologische aangelegenheden neer op het geven van informatie, het instellen van een behandeling (oorzakelijk of symptomatisch) of het organiseren van een verwijzing. Gemakshalve verliezen we even uit het oog dat het gesprek op zich therapie kan zijn, de arts het "geneesheermiddel" kan zijn (Buyse, 1977).

### *Eerste paar*

Dit paar heeft nood aan een duidelijke uitleg over vruchtbare en onvruchtbare dagen. De stijl waarin dit gebeurt mag de patiënten niet het gevoel van te grote onwetendheid meegeven.

\* *"Kan U zich voorstellen dat U daarom gedurende een tijd het vrijen zou beperken tot die dagen waarop het meeste kans is op bevruchting?"*

Op die manier wordt het coïtusverbod van Masters en Johnson heel specifiek en 'organisch' naar deze mensen toe vertaald. Er is geen alles of niets polarisatie. Toch kan verder gesprek ook leiden tot "volledige" rust. Gebeurt dit niet en blijkt later dat de prestatiedruk zich nu toespitst op de vruchtbare dagen, en een negatieve invloed blijft hebben, dan kan dit lichaamssignaal geduid worden als een nood aan intensieve rust.

### *Tweede paar*

De huisarts die wat theoretische kennis en vaardigheden heeft ontwikkeld kan ook tegenover dit paar woorden putten uit een somatisch referentiekader. De gesprekstijl waarin ze gehanteerd worden is wel niet deze van een 'medisch voorschrift'.

\* *"Het is alsof zich een reflex voordoet, automatisch en buiten Uw wil om?"*

– *"Hm".*

\* *"Ik bedoel, telkens als er sprake is van contact met de penis, gaat de sluitspier zich vanzelf aanspannen".*

– *"Zo is het".*

\* *"Zou het dan niet aangewezen zijn het lichaam te leren deze reactie te vergeten..."*

– *"Wellicht wel".*

\* *"... en dus deze situatie voorlopig wat te vermijden?"*

Coïtusstop moet niet altijd expliciet door de arts aangebracht worden. Het probleem-

oplossend vermogen van patiënten kan gestimuleerd worden. De arts kan ten aanzien van hun eventueel voorstel een standpunt formuleren.

– "Bedoelt U dan minder pogingen doen om seksuele betrekkingen te hebben? Dat zal het probleem toch niet oplossen?"

\* "U hebt gelijk, het vermijden van wat de reactie uitlokt kan alleen een eerste, heel belangrijke, maar tijdelijke stap zijn".

– "Moeten we dan volledig stoppen?"

\* "Dit zou natuurlijk het meest kans op slagen hebben, zeker als we terzelfdertijd het lichaam leren omgaan met andere vormen van contact waarbij dit aanspannen niet wordt uitgelokt".

Elke huisarts weet voorbeelden uit de somatische revaliderende geneeskunde te bedenken om deze interventies te illustreren en zo een progressief, niet seksueel-eisend, lichaamscontact te stimuleren.

#### Derde paar

Deze casus lijkt niet meteen behandelbaar in een huisartspraktijk. De problemen zijn te diepgaand. Een aangepaste verwijzing organiseren is een goed huisartsgeneeskundig handelen en is ook een waardevolle seksuologische interventie. We gaan hier niet in op de praktische organisatie en verwoording.

#### Besluit

In vele gevallen kan de huisarts aan seksuologische hulpverlening doen terwijl hij/zij procesmatig bijna helemaal huisartsgeneeskundig blijft werken en zich zoveel mogelijk van een somatisch gerichte woordkeuze blijft bedienen. Natuurlijk zal de arts deze woorden in een andere stijl hanteren dan nu meestal het geval is bij strict somatische hulpverlening. Diezelfde stijl heeft nochtans ook op dat terrein heel wat voordelen. Helemaal onontbeerlijk wordt dit wanneer een holistische bio-psycho-sociale hulpverlening betracht wordt. Op die manier kan seksuologische hulpverlening in de dagelijkse praktijkvoering ingeschakeld worden. Dit betekent dat vooral de persoonlijke keuzes, attitudes en werkorganisatie van de huisarts, zullen bepalen of de arts zijn of haar patiënten ook op dat terrein tegemoet komt.

#### Summary

*General practitioner and non-organic sexual dysfunctions: how to talk about it*

Although there is a growing interest for sexology among general practitioners, still many of them hesitate to integrate sex therapy in their daily practice. Some may find the processing of a G.P.'s consult inappropriate, others may miss some linguistic affinity.

This paper illustrates exploring sexual dysfunctions within the routine procedure of a general practice, using some normal 'doctors-speech' in a rather different way.

#### Literatuur

- Avonts, D., J.G. Carlier, H. Moors en P. Nijs (1992). *SOA- AIDS praktijkboek*. Kluwer, Zaventem.  
Buyse, G. (1977). *Medische Psychologie*. Acco, Leuven.  
Carlier, J.G. (1986 a). Seksuologie in een huisartsenpraktijk. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 42: 541-544.  
Carlier, J.G. (1986b). Huisarts en seksuele ontwikkeling in puberteit en adolescentie. *The Practitioner*, 3: 654-658.  
Carlier, J.G. (1988). Bio-psycho-sociale consultatievoering: een aanzet. *Hanu*, 17: 247-249.  
Dewilde, D. (1991). Het consultatiemodel van de huisarts en seksuele vragen. *Hanu*, 20: 461-463.

- Everaerd, W. en K. Slob (1986). Onderwijs en opleiding in seksuele hulpverlening. In: Moors-Mommers, M., W. Bezemer, J. Frenken, W. de Regt, G.T. Roelofs en W. Vandereycken (red.) (1983). *Handboek Seksuele Hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Holten-Vriesema, J., C. Tompot en H. van Aalderen (red.) (1978). Methodisch werken. Over een algemene methode van hulpverlening en de opbouw van een functionele relatie toegespitst op de huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 21: 322-335.
- Johnson, T.G. (1990). Restoring trust between patient and doctor. *The New England Journal of Medicine*, 322: 195-197.
- Knottnerus, J.A. (1986). Diagnostische hypothesen en a priori kansen in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap*, 29: 269-273.
- K.U.L. Vesaliusleergangen (1993). *Persoonlijk functioneren. Training voor artsen*. Academisch Centrum Huisartsenopleiding, Leuven.
- Lanteri Laura, G. (1979). *Lecture des perversions*. Masson, Paris.
- Ministerieel Besluit (1982), 15 december 1982. *Belgisch Staatsblad*, 22/12/1982.
- Moors, J. en J. Schraag (1991). Training in sexology: a continuing education. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 15: 150-155.
- Mulder, J. (1992). Werkt methodisch werken? Een model nader beschouwd. *Hanu*, 21: 372-376.
- Nijs, P. (1987). Een psychiater in de gynaecologie. In: Nijs, P. (red) (1987). *Psychosomatiek voor de vrouw*. Acco, Leuven.
- Nijs, P. (1990). De seksuologie: strenge wetenschap of lichtzinnige meid? *Actualiteiten*, 13: 49-62.
- Peeters, F. (1988). Samenwerking en overleg: een systeem- en communicatietheoretische opvatting. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 7: 19-44.
- Rolies, J. (1990). Artsen, seksualiteit en seksuele moraal. *Actualiteiten*, 13: 10-22.
- Slob, A.K., C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd (red.). (1992). *Seksuologie voor de arts*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Smits, P. (1988). Idealen rond de opleiding tot seksuoloog(e). *Tijdschrift voor Seksuologie*, 12: 41-49.
- Vandereycken, W. (1983). Het hulpverleningsproces: van erkenning tot interventie. In: Moors-Mommers, M., W. Bezemer, J. Frenken, W. de Regt, G.T. Roelofs en W. Vandereycken (red.) (1983). *Handboek Seksuele Hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Verhaeghe, P. (1993). Seksualiteit en liefde. *Streven*, 60: 51-64.
- Wigersma, L. (1991). Seksuele problemen in de huisartsenpraktijk. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 15: 259-266.