

## VERLAAGDE LIBIDO BIJ MANNEN<sup>o</sup>

Woet L. Gianotten<sup>1</sup> en Laurence M.T. Blaas-de Regt<sup>2</sup>

*Dit artikel begint met een korte terugblik op de recente geschiedenis van het thema libido. Dan wordt gekeken naar de problematiek van verminderde libido bij de man. Vervolgens wordt uitgebreid aandacht geschonken aan het brede scala van oorzaken voor libido-vermindering bij de man. Hierbij komen oorzaken aan bod die vooral in de man zelf zitten, zoals ziekte en medicatie, zijn reactie op medische situaties en traumatische ervaringen en thema's als karakter en angsten. Daarnaast zijn er seksuologische oorzaken vanuit het 'fout lopen' van de seksuele respons cyclus. En tot slot oorzaken die vooral te maken hebben met het machoscript of de rol die de man binnen de relatie meent te moeten hebben. De behandeling van libidoproblemen blijft in dit stuk buiten beschouwing.*

In de eerste grote publikaties van Masters & Johnson (1966; 1970) was het probleem van lage of afwezige libido bij de man nog geen punt van interesse. Kennelijk gingen in die tijd zowel cliënten als onderzoekers er van uit dat mannen altijd zin hadden. Lage libido, geen zin of geen interesse in seks was destijds een typisch vrouwenprobleem. Met de opkomst van het feminisme en de vermeende teloorgang van de mannelijke invloed heeft men enige tijd gemeend dat de geëmancipeerde vrouw de oorzaak zou zijn van een vermindering in libido bij de man. Het zal duidelijk zijn dat er ook vroeger mannen waren zonder libido. Dat probleem kwam doorgaans echter niet naar buiten omdat de vrouw toen nog geen initiatief hoorde te nemen. Tegenwoordig is het een bekende klacht binnen de seksuologische hulpverlening. Daar zijn verschillende oorzaken voor: lichamelijke, intrapsychische en relatiefactoren en ook factoren die te maken hebben met de mannelijke socialisatie.

In dit artikel wordt ingegaan op die verschillende factoren, nadat eerst aandacht is geschonken aan de ontwikkeling van het concept libido en aan de geschiedenis van het libidoprobleem bij de man.

### Ontwikkelingen in het libido concept

Wie zich verdiept in het thema "libido", wordt zich zowel bewust van de jeugd als van de rijkdom van de seksuologie. Bij Masters & Johnson was er nog geen aandacht voor de libido. Dat kwam pas in 1977 toen Harold Lief het concept "Inhibited Sexual Desire" (ISD) introduceerde. In datzelfde jaar beschreef Helen Kaplan (1977) voor het eerst het drie-fasen model van de seksuele respons cyclus waarbinnen de libido een eigen, eerste fase omvat. Zij intro-

<sup>1</sup> Drs W.L. Gianotten, arts-seksuoloog, Seksuologie team Rutgershuis, Utrecht; Afd. Medische Seksuologie AZU, Utrecht; Afd. Gynaecologie AZR-Dijkzigt, Rotterdam.

<sup>2</sup> Drs L.M.T. Blaas-de Regt, arts-seksuoloog, Seksuologie team Rutgershuis, Utrecht; Afd. Medische Seksuologie AZU, Utrecht; Afd. Gynaecologie St. Antonius ZH, Nieuwegein.

Correspondentie via: Woet L. Gianotten, Heemskerkstraat 4, 1212 CD Hilversum, fax 035-6839486

<sup>o</sup> Geaccepteerd voor publicatie 20 augustus 1995.

duceerde ook het begrip "desire phase disorders". In 1979 verscheen haar boek "Disorders of sexual desire" dat een tamelijk zware betekenis toekende aan libidoproblemen. Vanuit haar psychodynamische kader zag Kaplan libidoproblemen vooral als uiting van langdurige intrapsychische conflicten op het gebied van intimiteit en emotionele controle. Haar boek leidde tot uitgebreide discussies en maakte de seksuologische wetenschappers warm voor klinisch onderzoek naar de problematiek van het seksuele verlangen.

In de beginjaren beschouwde men de libido vaak als een soort brandstof vanwaaruit initiatief tot seks werd genomen. Een libidoprobleem is dan vooral een individueel probleem uit te drukken in termen van kwantiteit. In dat kader paste het onderzoek naar eventuele biologische stuurmechanismen. Bancroft's groep (Bancroft, 1989) vond bijvoorbeeld aanwijzingen dat seksuele fantasieën worden beïnvloed door androgenen. De oude zoektocht naar afrodisiaca heeft nu ook weer een nieuwe impuls gekregen vanuit de vooruitgang die plaatsvindt in de biopsychiatrie (Rosen & Ashton, 1993). Her en der ontwikkelden zich theoretische modellen met daaraan gekoppeld behandelstrategieën. Kaplan hield in haar psychoanalytische model de intrapsychische visie aan, doch bood daarmee weinig ruimte voor de individuele verschillen tussen man en vrouw en ook niet voor de interactie tussen twee partners. Kritiek hierop ontstond vooral vanuit het besef dat bij verschil in verlangen het (te) veel van de een en het (te) weinig van de ander elkaar vaak zo sterk beïnvloeden. Verhulst en Heiman (1988) benaderden het probleem veeleer vanuit de systeembehandeling, waarbij zij belang hechten aan verleidingsrituelen. Leiblum en Rosen gingen vooral uit van de socialisatie waarbij de interactie van man en vrouw en hun verschillen belangrijk zijn. Deze grote breedte van het probleem en de variatie in behandelstrategieën is beschreven in "Sexual Desire Disorders" (Leiblum en Rosen; 1988; Rosen en Leiblum, 1989). De grote aandacht voor libidoproblemen in de tachtiger jaren had ook te maken met het feit dat dit probleem steeds vaker werd gesignaleerd. In 1982 telde LoPiccolo in de Stony Brook seksuologie kliniek over zeven jaren een toename in libidoproblemen van 32% naar 55% (LoPiccolo en Friedman, 1988). De vraag blijft natuurlijk of die grote toename het gevolg is van hogere eisen van de cliënten, betere diagnostiek van de hulpverleners of misschien ook enigszins van het effect van een bepaald tijdsgewricht waarbij zowel cliënten en hulpverleners zich aanpassen aan de trend.

Tamelijk recent is Schnarch's (1991) toevoeging aan het libido concept. Hij onderscheidt twee soorten zin. Enerzijds is er de zin om te gaan vrijen ("sexual desire as copulatory initiation"). Een voorbeeld daarvan is de zin bij mensen die elkaar (nog) te weinig zien. Anderzijds is er de zin tijdens het vrijen ("sexual desire as eroticism"). Deze zin zou een goede maatstaf zijn voor de intensiteit van de seksuele gebeuren. Schnarch ziet dat als de bron van wat hij "sexual potential" noemt. In dit concept is libido duidelijk een interactie fenomeen en niet iets wat alleen inherent in de persoon zit. Die tweede vorm van zin is de zin "die gemaakt kan worden". Wie vanuit zichzelf geen zin ervaart om te gaan vrijen, kan misschien wel op gang gebracht worden door het initiatief, spel en verleiden van de partner. In de loop der jaren heeft zich meer gevoel voor de complexiteit van de libidoproblematiek ontwikkeld (Rosen en Leiblum, 1987), terwijl ook meer ruimte is gekomen voor de grote individuele verschillen, niet alleen tussen man en vrouw maar ook tussen mannen onderling en tussen vrouwen onderling.

### **De geschiedenis van lage libido bij mannen**

Dat mannen en vrouwen wat betreft hun libido, zowel kwalitatief als kwantitatief verschillen is

een bekend gegeven. Als groep hebben mannen vaker zin, meer zin en ook is hun zin meer expliciet seksueel. Er zijn echter grote verschillen tussen mannen onderling. In onderzoeken waarbij gekeken wordt naar het seksuele verlangen van zowel mannen als vrouwen blijkt enerzijds steeds weer dat de vrouwen vaker minder zin hebben, anderzijds dat de zin in seks bij een deel van de mannen als onvoldoende wordt ervaren. Ofschoon de gebruikte definities niet eenduidig zijn, geven we in Tabel I vanuit verschillende onderzoeken de percentages voor "te weinig zin" bij mannen en vrouwen.

			Als te weinig beleefde libido bij:	
Bevolkingsonderzoek			vrouwen	mannen
Frenken	(1985)	Nederland	6 %	2 %
Sanders	(1985-7)	Engeland	22 %	13 %
Vennix	(1989)	Nederland	20 %	4 %
Patiënten/cliënten van seksuologische poliklinieken				
Bancroft	(1989)	Schotland	35 %	7 %
Spector/Carey	(1990)	Verenigde Staten	34 %	16 %
Hawton e.a.	(1986)	Engeland	37 %	1 %

**Tabel 1.** Overzicht van verschillende onderzoeken met daarin gerapporteerde percentages mannen en vrouwen met als seksuele klacht "te weinig zin".

Dit is niet enkel een weergave van "the battle between the sexes". In lesbische relaties komt immers het minst vaak seks voor en in relaties van homo-mannen het vaakst. Libidoproblemen treden op zowel in hetero- als in homorelaties. In dat laatste geval gaat het relatief vaker om problemen door verschil in verlangen tussen de twee personen en minder vaak om te weinig libido als zodanig (Coleman en Reece, 1988). Bij mannen zijn de libidoverschillen waarschijnlijk ook een weergave van de visie op de grens tussen "normaal" en "problematisch". In de loop van de laatste vijftien jaren is regelmatig geschreven over de oorzaken van lage libido bij de man. In eerste instantie kreeg de emancipatie van de vrouw de schuld, waarbij soms het beeld van "de castrerende vrouw" werd opgevoerd. Later werd meer aandacht gegeven aan de veranderende rollen van man en vrouw. Als de opvoeding van de man hem in zijn emotionele bagage thema's als verantwoordelijkheid, actie, veroveren en ongelijkheid heeft meegegeven, dan wordt het moeilijk als hij later een relatie krijgt waarbinnen juist gelijkheid en onderhandelen de essentie vormen. Waar vanuit de sociale optiek de verandering in rollen werd aangedragen komt nu ook steeds meer aandacht voor de effecten van ziekte en medicatie. Voorts is binnen de homo-wereld uitgebreid onderzoek gedaan naar de interactie binnen man-man relaties. We weten door al die informatie dat er veel verschillende oorzaken zijn voor de diverse manieren waarop "geen zin" bij mannen zich manifesteert.

In klinische zin is de vraag naar "normaal voor deze man" belangrijk. Wat hoort eigenlijk bij hem? En wat verwacht zijn partner? "Geen zin" is binnen een relatie een relatief gegeven. Relatief bijvoorbeeld wat betreft de mate waarin de man geacht wordt zin te hebben. Wat wordt bedoeld met geen zin? Heeft de man geen zin in samen zijn, in knuffelen, in vrijen, in de

coïtus of in klaarkomen? Het kost soms veel moeite om daarover helderheid te krijgen, omdat de man of beide partners een duidelijk beeld hebben van wat de man moet laten zien. Als hij dat specifieke gedrag dan niet vertoont, heeft hij dus "geen zin". Bij goed navragen blijkt dan soms dat hij wél plezier beleeft aan andere vormen van vrijen of seksueel contact. Ook kwantitatief kan er een grote discrepantie zijn tussen twee mensen. Met 3x per week "zin hebben" zal de ene man tekortschieten en de ander beleefd worden als bijna oversekst.

### Het brede scala van oorzaken

Binnen seksuologische hulpverlening zagen wij in de loop der jaren bij mannen een grote variëteit aan oorzaken en/of patronen van afwezige of lage libido. Wij hebben geprobeerd hier een ordening in aan te brengen. Eerst komen de oorzaken aan bod die vooral in de man zelf zitten: zijn lichamelijke toestand en zijn reactie op emotionele, beangstigende of traumatische situaties. Vervolgens de seksuologische oorzaken. Dat wil zeggen: vanuit een "niet goed verlopende" seksuele respons cyclus. Tot slot de oorzaken die vooral te maken hebben met de (vermeende) rol van de man binnen de relatie.

### Oorzaken vooral in de man zelf

#### *Medische dan wel fysieke oorzaken*

Om "van binnen uit" zin in seks te krijgen is een bepaalde minimum hoeveelheid androgene hormonen nodig. Bovendien is voor seks een mate van lichamelijke vitaliteit en ook van libido vitalis (de zin in het leven) nodig. Vennix (1989) vond onder Nederlandse mannen dat bij een kwart de seksuele motivatie regelmatig geremd wordt door lichamelijke vermoeidheid, zorgen en neerslachtigheid. Ook medische situaties kunnen de libido beïnvloeden. Binnen de medische seksuologie wordt het uitgebreide effect van ziekte en medische interventies op het seksuele functioneren steeds duidelijker (Bullard, 1988; Gianotten, 1993a). Wij vinden daarbij onder andere:

- \* Ziektebeelden of syndromen waarbij onvoldoende androgeen hormoon beschikbaar is. Voor zover we nu weten is een minimum hoeveelheid androgenen nodig om tot spontane zin in seks te komen. Bij aangeboren of vroeg verworven hypogonadisme (onvoldoende functioneren van de zaadballen) vinden we vaak een primair afwezige libido.
- \* Beelden waarbij zich geen normale hormonale balans kan ontwikkelen. Bij hyperprolactinemie (een hormonale afwijking) bijvoorbeeld is de libido doorgaans sterk verminderd.
- \* Ziektebeelden die het algemene welbevinden aantasten. Voorbeelden zijn kanker, acute en chronische infecties. In onderzoek bij chronische nierziekten gaf tot 90% van de mannen vermindering van hun libido aan (Bancroft, 1989; p 567).
- \* Ziektebeelden (zoals bijvoorbeeld bloedarmoede) die gepaard gaan met sterke vermoeidheid.
- \* Intoxicatie met alcohol, drugs, lood of andere chemische stoffen.
- \* De depressieve component van al dan niet ernstige psychiatrische ziektebeelden.
- \* De effecten van medicatie. Cytostatica bijvoorbeeld veroorzaken bij 40-50% van de mannen libidoverlies. Veel antihypertensiva en medicamenten uit de psychiatrie hebben een slechte naam (Segraves, 1988).
- \* Ernstige fysieke vermoeidheid vanuit niet-medische redenen. Bijvoorbeeld relaties waar-

bij beide partners zo intensief bezig zijn met hun carrière dat men kennelijk door de werkdruk niet meer toekomt aan seks.

Voor een deel van de mannen geldt dat zij seks gebruiken om als het ware hun accu weer op te laden. Hoe moe ze ook zijn, seks kan altijd voor hen (een bekend voorbeeld hiervan was president John F. Kennedy). Voor anderen is dat niet zo. Bij flinke moeheid of zodra zij in sterke mate door hun werk geabsorbeerd zijn, zal seks niet in hen opkomen. Datzelfde verschil is soms zelfs te zien bij ziekte of depressie. De meeste mannen hebben dan geen enkele zin. Andere mannen echter hebben juist dan een verhoogde behoefte aan seks. Het is alsof zij met de seks het besef van zelf in stand proberen te houden.

#### *Medisch emotionele oorzaken*

Hier bedoelen we de directe gevolgen voor de man van de medische of fysieke toestand van zijn partner (infertiliteit, zwangerschap, partus of ziekte).

- \* Gevolgen van infertiliteit en fertiliteitsbehandeling. Verlies van zelfvertrouwen, seks als verplichte daad (op geleide van eisprong of ziekenhuisprotocol) en faalangst zijn enkele van de factoren die hier de libido kunnen doen afnemen (Gianotten, 1994b; Bancroft, 1989).
- \* Gevolgen van zwangerschap. Ongeveer vanaf het midden van de zwangerschap blijkt 40% van de mannen vermindering tot zelfs verdwijnen van de libido te ervaren (Gianotten, 1990).
- \* Gevolg van de partus. Sommige mannen beleven (het zien van) de partus als traumatisch.
- \* Gevolg van ziekte van de partner, waardoor de man in de zorgrol terechtkomt. Deze is vaak strijdig met die van minnaar.

#### *Traumatisch emotionele oorzaken*

We bedoelen hier de gevolgen van verdrietige of traumatische ervaringen voor zover deze onvoldoende verwerkt zijn. Voorbeelden hiervan zijn:

- \* Verlies of ziekte van de partner. Hierbij hoort ook de lage libido van de man die zeer gekrenkt is omdat zijn vrouw er met een ander vandoor is gegaan. Hier past ook de homofiele man, wiens partner AIDS heeft of daaraan is gestorven.
- \* Verlies van aantrekkelijkheid van de partner. Bijvoorbeeld door de gevolgen van een borstamputatie, littekens of stoma.
- \* Vluchtelingen en asielzoekers hebben niet alleen huis, haard en veiligheid verloren, maar zijn soms ook nog gemarteld of verkracht. In deze groep heeft 14% geen interesse meer in seks (van Willigen, Hondius en van de Ploeg, 1995).
- \* De wetenschap dat de eigen partner of een eigen kind seksueel misbruikt is.
- \* Als de man zelf seksueel misbruikt is kan het verlies van seksuele eigenwaarde leiden tot libidoverlies.
- \* De teloorgang van de eigen fysieke aantrekkelijkheid (of "het besef van mannelijkheid") door amputatie, littekens, adipositas, kaalheid of andere verschijnselen van ouder worden.

Een lage libido houdt overigens niet altijd in dat er geen seksuele actie is. Bij de twee laatstgenoemde oorzaken is de man soms desperaat met seks bezig zonder dat er sprake is van "zin". Bij de meeste van deze niet-organische oorzaken gaat het eigenlijk om een gezond fenomeen. Je zou verwachten dat mensen zo'n verband begrijpen. Helaas ontbreekt bij mannen nogal eens dat inzicht. De man die net een fikse griep heeft gehad of erg verdrietig is

omdat een collega kanker blijkt te hebben, snapt wèl heel goed dat hij geen zin heeft om gezellig te gaan eten of de vrolijke pias uit te hangen. Hij snapt echter soms niet waarom zijn zin om te vrijen weg is. Bij de meeste tot nu toe genoemde oorzaken is doorgaans niet alleen de libido bij vrijen met een partner verminderd of verdwenen, maar ook de zin om te masturberen.

#### *Oorzaken vanuit intrapsychische conflicten*

Bij deze situaties heeft de man doorgaans een ingewikkelde ontwikkeling doorgemaakt. Dit gebeurt bijvoorbeeld als de man in of vóór de puberteit een erg problematische relatie tot zijn moeder en/of andere vrouwen heeft gehad. Het kan ook gebeuren als hij op een verknipte manier met seksualiteit in aanraking kwam. In één van de bekende scripts kan de man alleen maar vrijen met een hem onbekende vrouw die hij gebruikt (de hoer). Bij de vrouw waarmee hij intimiteit beleeft (de madonna) kan hij daarentegen geen zin hebben en/of opwinding ervaren.

Naarmate het opdoen van seksuele ervaring in de vorm van "one night stands" gemakkelijker wordt, zal de splitsing die de man aanbrengt meer ingeslepen raken en langer gemaskeerd blijven. Het zou dan ook goed mogelijk zijn dat we in de komende jaren bij jonge mannen vaker dit "madonna-hoer" complex zullen gaan tegenkomen.

#### *Het karakter als oorzaak*

Als een man in alle facetten van het leven wat lauw is, is de kans groot dat dit ook op seksueel gebied merkbaar is. Het is nu eenmaal zo dat sommige mannen, zonder dat er iets met hen aan de hand is, niet zo veel seksuele behoefte hebben. Meestal vinden we hier wel aanwijzingen voor als we vragen naar de seksualiteit in vroegere periodes.

*De heer S. masturbeerde voor het eerst op 17-jarige leeftijd. Hij deed dat 1x per 4-6 weken. Hij stopte daarmee toen hij, op 26-jarige leeftijd, zijn vrouw leerde kennen. Toch hadden zij samen pas twee jaar later voor het eerst seksueel contact.*

Afhankelijk van de wensen en mogelijkheden van de partner wordt dat dan wèl of géén probleem.

#### *Angst als oorzaak*

Hier bedoelen we niet de faalangst. Angst voor de gevolgen van seksueel contact kan de zin in vrijen sterk verminderen. Vroeger was dat vooral de angst voor zwangerschap of voor seksueel overdraagbare aandoeningen. Tegenwoordig staat de angst voor het AIDS-virus op de voorgrond. De behoefte aan masturbatie blijft dan doorgaans wel bestaan.

#### **Seksuologische oorzaken**

Hiermee wordt bedoeld dat de libido verdwijnt of vermindert als gevolg van een andere seksuele dysfunctie. Net "niet krijgen van een erectie" of het "te vlug klaarkomen" zijn voorbeelden van situaties die een rol gaan spelen in de negatieve terugkoppeling zoals Bancroft die be-

schreef in zijn "psychosomatische cirkel van seks" (1989). Overigens zijn veel van de erectieproblemen waar de huisarts, uroloog of seksuoloog mee te maken krijgt in feite niet de oorzaak, maar het gevolg van libidoproblemen. Deze mannen beginnen aan een vrijpartij en vinden dat ze dan een erectie moeten krijgen terwijl ze op dat moment in feite helemaal geen zin hebben. In een urologische populatie met erectieproblemen vond van Driel (1994) dat het bij 24% van de mannen eigenlijk om een libidoprobleem ging. De moeilijkheid hierbij is dat het vaak moeilijk is om "de mate van libido" te meten. De officiële DSM classificatie spreekt van geremde seksuele behoefte bij tekort aan of afwezigheid van behoefte aan seksueel contact in termen van coïtus. Wie aan mannen met erectie- en ejaculatieproblemen vraagt of ze behoefte hebben aan seksueel contact krijgt meestal een bevestigend antwoord. Dat is ons inziens echter nauwelijks een maat voor libido als je tenminste libido beschouwt als een lustvol verlangen naar opwinding, plezier of uitwisseling. Voor cliënten is het volgende model doorgaans begrijpelijk:

Bij een man die aangeeft zin te hebben, terwijl er geen enkele opwinding volgt, komt de zin kennelijk niet "uit zijn buik" maar "uit zijn hoofd" of "uit zijn hart".

- \* Zin uit het hoofd is bedachte zin. De man zegt dan bijvoorbeeld: "Laten we het proberen" (zoals gebeurt bij een fertiliteitsprobleem of een seksuele dysfunctie) of "Laten we het nu doen, want we zullen elkaar de komende vijf dagen niet zien". Vaak levert dergelijke "zin" onvoldoende opwinding op.
- \* Zin uit het hart is zin om de ander een plezier te doen ("Laat ik het voor haar doen, want ze is zo aardig voor mij geweest!"). Ook deze vorm van initiatief is bij mannen vaak onvoldoende opwindend.
- \* De "echte zin" noemen we voor het gemak dan zin die "uit de buik" of "uit de ballen" komt. Deze zin heeft de meeste kans om tot opwinding en bevrediging te leiden.

### Oorzaken vanuit de (vermeende) rol van de man binnen de relatie

Bij twee subgroepen lijkt het libidoprobleem vooral gebaseerd op de "mannenrol". Bij de eerste wordt het seksuele functioneren geleid door een macho script. Bij de tweede groep mannen is dat script juist volledig taboe. Zij willen niet veroveren maar gelijk zijn of liever nog verzorgen. Een andere groep mannen raakt in de knoop tussen hun scripts of fantasieën en de (vermeende) werkelijkheid. Bij de laatste groep mannen is de libido onderdeel geworden binnen de strijd tussen de partners.

#### *Libidoverlies gebaseerd op echte of vermeende macho-scripts van de man*

Sommige mannen kunnen het niet aan als een vrouw laat merken dat zij zin heeft om te vrijen. Het vrouwelijk initiatief strookt niet met 's mans visie op hoe seks tussen man en vrouw hoort te verlopen. In relaties van een traditionele man met een vrouw die háár vorm van vrijen tot norm stelt zullen waarschijnlijk in toenemende mate spanningen ontstaan. Dat lijkt overigens niet het directe gevolg van de emancipatie van de vrouw. Feministisch georiënteerde vrouwen zouden minder druk op hun mannelijke partners uitoefenen om seksueel te functioneren dan meer traditioneel georiënteerde vrouwen (Daniel, Abernathy en Oliver, 1984). Ook zonder expliciete seksuele assertiviteit van de vrouw kunnen mannen in de genoemde valkuil van de mannelijke socialisatie terechtkomen. We zien dat bijvoorbeeld in de onderstaande situaties:

- \* De man die alleen maar kan vrijen onder de conditie dat hij zelf het initiatief neemt. "Dat is immers de taak van de man!". Dit gebeurt vooral bij mannen met een grote behoefte aan controle. Bij sommige mannen is dit patroon extreem rigide. We zien dit ook wel bij mannen die lange tijd alleen hebben gewoond.
- \* De man die, zodra zijn vriendin het initiatief neemt, concludeert dat hij weer gefaald heeft ("Ik had zelf zin moeten hebben!"). Omdat hij zichzelf het script van 'de aldoor wellustige man' blijft voorhouden, gaat zijn zin op deze manier steeds meer achteruit.
- \* De man die meteen doordenkt naar het te verwachten eindprodukt van een vrijage. "Oh, help. Het lukt me vast niet om een stijve te krijgen!" Omdat hij anticipeert op geen-erectie is de kans groot dat de zin in vrijen verdwijnt.
- \* Binnen sommige homofiele relaties speelt (omdat beiden man zijn) nogal wat competitie. Niet zozeer de seksuele scripts, maar juist de grote behoefte aan controle kan dan de eigen libido remmen.

#### *Libidoverlies gebaseerd op "een voorzichtige mannenrol"*

De man die juist geen macho-rol wil (of kan) spelen treft vaak een bijpassende partner. Op den duur levert deze oorspronkelijk "ideale partnerkeuze" vaak niet het gewenste resultaat op. Voorbeelden vinden we in de volgende situaties:

- \* De "anti-machoman" uit onze cultuur die een relatie heeft met vrouw uit een macho-cultuur. Wij zagen regelmatig betrekkelijk zachtaardige Nederlandse mannen die gehuwd zijn met vrouwen uit de Balkan of uit het Oostblok. De vrouw is enerzijds onzeker omdat ze hier èn alleen is èn uit een hele andere cultuur komt en anderzijds gewend aan seksuele aandacht van mannen. Door haar onzekerheid is het nodig dat haar man met zijn lust haar laat merken dat zij (nog) aantrekkelijk is. Door haar "eisende" behoefte aan bevestiging kan de man van zijn kant de libido geheel verliezen.
- \* De anti-machoman die een relatie heeft met een vrouw die seksueel misbruikt of fysiek mishandelt is. Deze man past bij haar (is "gekozen") omdat hij zo weinig macho is. De man rationaliseert zijn lage seksuele behoefte door te verklaren dat hij haar op geen enkele manier met zijn mannelijke driften lastig wil vallen.
- \* De zorgende man of de onzekere man zoals die vaak te vinden is als partner bij de vrouw met vaginisme.

Bij een goedlopende behandeling voor vaginisme of seksueel misbruik wordt de vrouw geleidelijk sterker. Als zij vervolgens gaat verwachten dat de man haar met zijn libido en erectie in haar vrouw-zijn bevestigt, kan de man aan dit verlangen soms niet meer voldoen.

Is dit dan het seksuele effect van emancipatie van de man, of misschien van beide partners? Schwartz (1994) beschrijft in "Peer Marriage" relaties van zeer gelijkwaardige partners. Vooral voor mannen lijkt het verdwijnen van het m/v-mysterie niet te sporen met gepassioneerde seks. Passie heeft volgens Schwartz trouwens vaak te maken met spanning, conflict of onzekerheid. Misschien moeten we maar accepteren dat de man niet een vertrouwde kameraad kan worden zonder iets van zijn traditionele jagerslibido in te leveren.

#### *Libidoverlies gebaseerd op een discrepantie in seksuele scripts/fantasieën*

Wat de man eigenlijk wil of fantaseert, strookt niet met hoe hij zich moet gedragen (of meent zich te moeten gedragen). Er is wel zin, maar die is in zijn beleving niet verenigbaar met de relatie die hij met zijn partner heeft. Hij heeft dan soms wel zin in seks elders, maar niet bij zijn



eigen partner. In dit soort situaties is doorgaans de zin in soloseks wel normaal aanwezig. Voorbeelden zijn:

- \* De getrouwde man die eigenlijk (of vooral) homofiel is en bij zijn huwelijkspartner geen zin heeft. Overigens is het min of meer homofiel zijn voor een deel van de mannen geen belemmering om toch plezierig en bevredigend te vrijen met hun vrouw.
- \* De homofiele man die nog onvoldoende klaar is met zelfacceptatie en wiens libido door schaamte of angst laag blijft.
- \* De man die zo duidelijk andere voorkeuren heeft tot opwinding (bijvoorbeeld pedofilie) dat de condities tot opwinding moeilijk verenigbaar zijn met seks met de reguliere (volwassen) partner.
- \* De man wiens fantasieën in zijn beleving "te morbide of te slecht" zijn voor gebruik tijdens het vrijen met zijn partner. Het kan dan gaan om erg extreme fantasieën, maar meestal betreft het gewone fantasieën die niet passen binnen zijn (of hun) ideaalbeeld ("Wij houden van elkaar en willen daarom precies hetzelfde!" of "Seksuele opwinding staat gelijk aan liefde; dus mag je niet aan iets of iemand anders denken!"). Dociele mannen internaliseren zo'n boodschap van de partner en masturberen meestal ook niet.

#### *Libidoverlies gebaseerd op de interactie in de relatie*

Hiermee gaat het om situaties waar het wel of niet hebben van zin een onderdeel is van de machtsstrijd of de wancommunicatie tussen twee partners en soms van een sterke polarisatie van het verschil in zin. Voorbeelden zijn:

- \* De man die alsmaar wil vrijen, terwijl zijn vrouw nooit wil en die zich dan keer op keer afgewezen voelt. Echter, zodra de vrouw initiatief neemt, blijkt de man geen zin te hebben. Meestal zal hij overigens een ander argument geven ("te moe", "te druk", etc). Binnen de seksuologische hulpverlening is dit een tamelijk bekend patroon.
- \* De man die geen zin heeft als straf naar zijn vrouw omdat zij te dik is, te veel eet of zich automutileert. De vrouw daarentegen eet te veel of maakt zich lelijk en straft zó de man. Tegelijk bereikt zij daarmee dat haar man geen zin zal hebben.
- \* Bij verschil in zin (als de vrouw meer zin heeft en de man minder) ontstaat soms een vicieuze cirkel waarbij beide partners een groeiend aandeel hebben in het onderhouden van zijn afwezige libido. De vrouw claimt of eist steeds meer, de man vermijdt en schaamt zich steeds meer. De seksuele behoefte van de vrouw is hierbij nogal eens gebaseerd op onzekerheid (bijvoorbeeld rond de overgang) en op de behoefte aan bevestiging van haar vrouwelijke aantrekkelijkheid.

In minder sterke mate komen dergelijke interactie-fenomenen in de meeste relaties wel af en toe voor.

Voor de meeste mannen is een positieve reactie van de vrouw en haar opwinding het beste afrodisiacum. De man die gedurende zijn hele relatie "alle initiatief moeten nemen en alle werk heeft moeten verrichten", zonder dat zijn vrouw ooit enige vorm van initiatief, opwinding of enthousiasme vertoonde, loopt een goede kans op den duur zijn libido te verliezen.

#### **Epiloog**

Zin in seks of lust ertoe is een rekbaar begrip. Zowel de boodschap: "Ik heb geen zin!" als de

boodschap: "Ik heb wèl zin!" dient daarom ook met enige reserve te worden beluisterd. Binnen de seksuologische hulpverlening is het dan ook niet altijd gemakkelijk om erachter te komen wat er echt aan de hand is. Libidoverlies bij mannen lijkt een nieuw probleem. Naarmate vrouwen zich seksueel actiever opstellen zal dit probleem vaker boven water komen (en zich dus als hulpvraag presenteren). Bij de ene man omdat nu duidelijk wordt dat zijn libido relatief laag is, bij de andere man omdat hij door de assertiviteit van de vrouw blokkeert of omdat hij door het initiatief van zijn partner gekwetst raakt in zijn mannelijke trots. Libido als thema bestaat eigenlijk pas erg kort binnen de seksuologie. Mede daarom, maar ook door de veranderende rollen van man en vrouw en misschien ook wel door de grote variatie aan oorzaken en mede-oorzaken is de discours over individuele libido, over "normaal" en over het verschil tussen partners nog lang niet verstomd.

### Summary

#### *Diminished male sexual desire*

This article starts with a short review about the recent history of sexual desire and the problem of diminished sexual desire in the male. Then comprehensive attention is given to the wide range of causes of the loss of sexual desire in men. At first causes are reviewed which are located in man himself: disease and medication; his reaction to medical and emotional traumatic experiences; intrapsychic motives and the effects of character and fears. Next are sexological causes when the sexual response cycle "goes wrong". Finally causes which are based on the male macho-script or on the man's expected role within the relationship are being dealt with. In this article the treatment of desire problems is left out of consideration.

### Literatuur

- Bancroft, J. (1989). *Human Sexuality and its problems*. Churchill Livingstone, Edinburgh London.
- Bullard, D.G. (1988). The treatment of desire disorders in the medically ill and physically handicapped. In: S.R. Leiblum & R.C. Rosen (eds.); *Sexual Desire Disorders*. Guilford Press, New York.
- Coleman, E. en R. Reece (1988). Treating low sexual desire among gay men. In: S.R. Leiblum & R.C. Rosen (eds.); *Sexual Desire Disorders*. Guilford Press, New York.
- Daniel, D.G., V. Abernathy en W.R. Oliver (1984). The relationship between men's and women's roles in society and views on male sexual dysfunction in 135 women. *Soc. Psychiatry*, 19: 127-133.
- Driel, M. F. van (1994). Geavanceerd specialistisch onderzoek van erectiezwakte; Lezing; Society for Psychosomatic Medicine. Breda (26-11-94).
- Frenken, J. (1985). Het vóórkomen van seksuele moeilijkheden bij de algemene bevolking. In: M. Moors-Mommers e.a. (red). *Handboek Seksuele Hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Gianotten, W.L. (1990). De eerste zwangerschap en bevalling voor de man. In: B. Leysen (red). (On)vruchtbaarheid psychosomatisch bekeken. Acco, Leuven/Amersfoort.
- Gianotten, W.L. (1993a). Seksuele problemen van mannen in de huisartsenpraktijk. Vóórkomen, diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Seksuologie*; 17: 129-141.
- Gianotten, W.L. (1993b). Oorzaken en/of gevolgen? Seksuologische aspecten van infertiliteit. In: H.L. v. Amerongen, B.N.M. van de Poel, R.F.A. Weber (red). *Ontwikkelingen in de geneeskunde 1993*. Erasmus Universiteits Drukkerij. Rotterdam.
- Hawton, K., J. Catalan, P. Martin en J. Fagg (1986). Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 24: 377-385.
- Kaplan, H.S. (1977). Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Therapy* 3: 3-9.
- Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of sexual desire*. Brunner/Mazel, New York.
- Leiblum, S.R. en R.C. Rosen (eds) (1988). *Sexual Desire Disorders*. Guilford Press, New York.
- LoPiccolo, J. en J.M. Friedman, (1988). Broad-spectrum treatment of low sexual desire: integration of cognitive, behavioral and systemic therapy. In: S.R. Leiblum & R.C. Rosen (eds.); *Sexual Desire Disorders*. Guilford Press, New York.
- Masters, W.H. en V.E. Johnson (1966). *Human sexual response*. Little, Brown & Co, Boston.
- Masters, W.H. en V.E. Johnson (1970). *Human sexual inadequacy*. Little, Brown & Co, Boston.

- Rosen, R.C. en S.R. Leiblum. (1987). Current approaches to the evaluation of sexual desire disorders. *J Sex Research*, 23: 141-162.
- Rosen, R.C. en S.R. Leiblum. (1989). Assessment and treatment of desire disorders. In: S.R. Leiblum & R.C. Rosen (eds) *Principles and Practice of Sex Therapy; Update for the 1990s*. The Guilford Press, New York.
- Rosen, R.C. en A.K. Ashton (1993). Prosexual drugs: Empirical status of the "New Aphrodisiacs". *Archives of Sexual Behavior*, 22: 521-543.
- Sanders, D. (1985, 1987). In: Bancroft, J. (1989). *Human Sexuality and its problems*. Churchill Livingstone, Edinburgh London.
- Schnarch, D.M. (1991). *Constructing the sexual crucible; An integration of sexual and marital therapy*. Norton and Company, New York.
- Schwartz, P. (1994). *Peer marriage; How love between equals really works*. The Free Press, New York.
- Segraves, R.T. (1988). Drugs and desire. In: S.R. Leiblum & R.C. Rosen (eds.): *Sexual Desire Disorders*. Guilford Press, New York.
- Spector, H. en M. Carey (1990). Incidence and prevalence of sexual dysfunctions; a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav*, 19: 389-408.
- Vennix, P. (1989). *Seks en sekse*. Academisch proefschrift, Rijks Universiteit Groningen.
- Verhulst, J. en J.R. Heiman (1988). A systems perspective on sexual desire. In: S.R. Leiblum & R.C. Rosen (eds.): *Sexual Desire Disorders*. Guilford Press, New York.
- Willigen, L.H.M. van, A.J.K. Hondius en H.M. van de Ploeg (1995). Health problems of refugees in The Netherlands. *Tropical and Geographical Medicine*, 47: 118-124.
- Zilbergeld, B. en C.R. Ellison (1980). Desire discrepancies and arousal problems. In: S.R. Leiblum & L. Pervin (eds): *Principles and practice of sex therapy*. Tavistock Publications, Londen.