

# DE SEKSUELE KLACHTEN VAN EEN GROEP TURKSE EN MAROKKAANSE MANNEN<sup>0</sup>

Dr. J. Schippers<sup>1</sup>

**Bij een groep van dertig mannen van Turkse en Marokkaanse afkomst werd een kwalitatief casuïstiekonderzoek verricht. De resultaten worden gepresenteerd in het kader van twee artikelen. Het onderhavige artikel begint met een inleiding en een korte verantwoording van de gevolgde onderzoeksmethode. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de demografische gegevens van de onderzochte groep, de voorgeschiedenis van de betreffende mannen en de specifieke wijze waarop zij aankijken tegen contacten met vrouwen en met andere mannen. Kennis van en begrip voor de belangrijkste verschillen tussen de onderzochte mannen en de gemiddelde autochtone patiënt vormen de eerste bouwstenen voor een verbetering van de kwaliteit van de seksuologische hulpverlening aan deze doelgroep. In dit casuïstiekonderzoek komen onder andere verschillen naar voren in (seksuele) opvoeding, denken en praten over seksualiteit, sociaal-economische positie, en psychologiseren versus somatiseren. De mogelijke consequenties voor behandeling komen aan de orde in het tweede artikel van deze reeks.**

Als psycholoog en als seksuoloog heb ik me jarenlang gespecialiseerd in de hulpverlening aan homoseksuele mannen. Toen ik vanaf 1996 ging werken bij de Polikliniek Medische Seksuologie van het Ziekenhuis Leyenburg te Den Haag, kwam ik voor het eerst in aanraking met heteroseksuele patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst. Al spoedig kreeg ik het gevoel dat ik onvoldoende was toegerust om deze mannen adequaat te kunnen helpen. Met name het percentage drop-outs onder de betreffende patiëntengroepen baarde mij zorgen. Ik besloot daarom een casuïstiekonderzoek te doen naar de mannelijke patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst (voortaan kortweg, maar niet altijd helemaal correct, aangeduid als Turkse of Marokkaanse mannen), die van 1996 tot en met 1999 bij mij in behandeling waren. Deze artikelenreeks, die uit twee delen bestaat, is een neerslag van dit casuïstiekonderzoek. In het eerste deel geef ik een beschrijving van de patiënten terwijl ik in het tweede deel vooral inga op de uitgevoerde behandelingen en de resultaten daarvan.

Het is niet zo dat ik nu, na afronding van het onderzoek, weet hoe men Turkse en Marokkaanse mannen het beste kan

ik regelmatig heb vernomen, eveneens vaak niet weten hoe om te gaan met de betreffende problematiek. De onderhavige artikelen moeten gelezen worden als 'berichten uit de praktijk'. Aan verdere generalisaties en meer diepgaande reflecties over de wezenlijke verschillen in denken en spreken over seksualiteit tussen Turken en Marokkanen enerzijds, en autochtone Nederlanders anderzijds, heb ik mij (nog) niet gewaagd.

Na een korte verantwoording van de gehanteerde onderzoeksmethode volgt een paragraaf met algemene en demografische gegevens over

helpen met hun seksuele klachten. Wel heb ik in de afgelopen periode veel geleerd over dit onderwerp en het leek me belangrijk deze inzichten te delen met collegae die, zoals

de patiënten die in het onderzoek werden opgenomen. Daarna ga ik in op hun voorgeschiedenis en huidige positie als migranten in de Nederlandse samenleving. De relaties van de betreffende mannen met vrouwen en met andere mannen zal ik apart bespreken.

Het tweede artikel in deze reeks zal zich bezighouden met de gepresenteerde hulpvragen, taal en communicatie en de gehanteerde behandelvormen. Ik sluit beide artikelen af met een nabeschuiving.

Korte verantwoording

Het materiaal voor dit onderzoek bestaat uit dertig gevalsstudies. Hoewel er in dit en het volgende deel een aantal cijfers en tabellen voorkomen, wil ik be

Geaccepteerd voor publicatie: 13 januari 2001.

<sup>1</sup> Dr. J. Schippers, GZ-psycholoog / seksuoloog NVVS. Polikliniek Medische Seksuologie, Ziekenhuis Leyenburg, Leyweg 275, 2545 CH Den Haag. Tel. 070-3592112; E-mail: j.schippers@chello.nl

---

*De seksuele klachten van een groep Turkse en Marokkaanse mannen 27*

nadrukken dat het hier gaat om een kwalitatieve studie. Er is geen enkele garantie dat deze onderzoeksgroep van dertig mannen representatief is voor alle Turkse en Marokkaanse mannen in Nederland. Gezien de specifieke ligging van het Ziekenhuis Leyenburg (aan de rand van de Schilderswijk in Den Haag) en gezien het gegeven dat de meeste van onze allochtone patiënten in de Schilderswijk woonachtig zijn, kan men er ook niet vanuit gaan dat de mannen uit de onderzoeksgroep representatief zijn voor Turkse en Marokkaanse patiënten op een polikliniek seksuologie van een (algemeen) ziekenhuis. De gebruikte cijfers geven dus slechts informatie over de onderzoeksgroep zelf en niet meer (of minder) dan dat.

Voor het analyseren van de casuïstiek heb ik uitsluitend gebruik gemaakt van mijn eigen aantekeningen in de dossiers. In deel één en met name in deel twee van dit artikel ga ik in op de behandelresultaten en ook op de eventuele relatie tussen behandelresultaat en beheersing van het Nederlands. Zowel het behandelresultaat als de mate waarin een patiënt het Nederlands beheerste werden door mij zelf ingeschat. Hoewel ik uiteraard mijn best heb gedaan dit zo zorgvuldig mogelijk te doen, zijn de betreffende gegevens uiteraard niet betrouwbaar.

Tenslotte heb ik ervoor gekozen geen toestemming te vragen aan mijn patiënten voor het publiceren van de casuïstiek. Deze toestemming zou bij veel patiënten achteraf geworven moeten worden en gezien bijvoorbeeld de buitengewoon lage response-rate

mannen waren er drie voor de tweede maal getrouwd. Drie mannen (bijna 18%) waren gescheiden, drie (eveneens bijna 18%) waren vrijgezel. Alle Turkse mannen die gehuwd waren of waren geweest, hadden kinderen. Van de Marokkaanse patiënten waren er twaalf getrouwd (92%), waaronder één man die voor de tweede maal gehuwd was. Drie van deze mannen hadden geen kinderen. Tenslotte was één Marokkaanse man ongehuwd; hij had ook geen kinderen.

In heel Nederland is 53% van de Turkse en 48% van de Marokkaanse mannen boven de 15 jaar gehuwd, terwijl ongeveer 5% van de in Turkije of Marokko geboren mannen gescheiden is (Tenwolde e.a., 1996). De gehuwde mannen zijn in dit onderzoek dus sterk oververtegenwoordigd, zeker bij de Marokkaanse patiënten. Een deel van de problematiek die deze mannen presenteerden had dan ook te maken met seksuele problemen binnen een langer durende relatie waar de spanning een beetje uit was of waarbinnen de seksualiteit nooit geweldig was geweest. Het is echter belangrijk om niet over het hoofd te zien dat ongeveer een kwart van deze gehuwde mannen in feite een vrijgezellenbestaan leidde, omdat hun echtgenoten nog in het land van herkomst woonden. Hun seksuele klachten traden op in het kader van soms wisselende en soms meer vaste contacten met prostituees of vriendinnen. Een enkele maal was de aanstaande komst naar Nederland van de echtgenote de directe aanleiding voor een bezoek aan onze polikliniek.

Wat betreft hun sociale positie, gold voor de meeste mannen dat zij laag

voor de drop-out formulieren die we in de afgelopen jaren onder andere toestuurd aan patiënten uit de onderzoeksgroep, leek dat een heilloze onderneming. In de casuïstiek in dit artikel zijn de patiënten dus absoluut onherkenbaar gemaakt, zonder dat, naar mijn smaak, de essentie van de gepresenteerde casus daarmee verloren is gegaan.

#### Demografische gegevens

Gedurende de periode 1996 tot en met 1999 sloot ik de behandeling van 17 Turkse en 13 Marokkaanse mannen af. Deze 30 mannen vormen de groep waar dit artikel over gaat. Bij aanmelding was de gemiddelde leeftijd van de Turkse patiënten 36,6 jaar. De jongste was 23, de oudste 61. Voor de Marokkaanse mannen gold een gemiddelde leeftijd van 39,3 jaar. De jongste was 25, de oudste 54. Waar het de leeftijdsopbouw betreft zijn beide subgroepen dus goed met elkaar vergelijkbaar. Van de onderzochte Turkse mannen was 65% gehuwd. Van deze elf gehuwde

betaald en zwaar werk verrichtten, bijvoorbeeld in de glastuinbouw in het Westland. Een aantal mannen zat in de WAO of was langdurig werkeloos. Regelmatig legden zij zelf een verband tussen hun seksuele problemen en de lichamelijke gevolgen van zwaar werk. Met name de rugklachten die het gevolg waren van veel tillen of bukken werden vaak als de mogelijke oorzaak van de problematiek aangeduid. Een kleinere groep mannen (met name van Turkse afkomst) maakten een wat welvarender indruk, bijvoorbeeld door hun manier van kleden of door de sierraden die zij droegen. Opvallend was in ieder geval dat zich in de afgelopen drie jaar vrijwel geen Turkse of Marokkaanse mannen hebben aangemeld uit de middenklasse of hoger en dat geen van allen een hogere dan middelbare opleiding had genoten. Hiermee verschilt deze groep van de mannen uit andere allochtone groeperingen die zich bij onze polikliniek melden, zoals de Hindoestanen en Creolen van Surinaamse afkomst of mannen uit bijvoor

beeld Irak en Iran, die een veel grotere variatie laten zien waar het gaat om sociale positie en opleidingsniveau. Deze verschillen zijn verklaarbaar uit de verschillende migratiegeschiedenissen (gastarbeiders' versus koloniale migratie of vluchten uit het land van herkomst).

#### Voorgeschiedenis

De onderzochte mannen behoorden allen tot de eerste generatie immigranten, hetgeen wil zeggen dat geen van hen in Nederland geboren werd. Sommigen woonden hier al geruime tijd, maar beheersten de taal nog nauwelijks. Anderen woonden hier korter, maar leken beter geïntegreerd.

Aanvankelijk heb ik bij vrijwel iedere Turkse of Marokkaanse man met wie ik een intake deed geprobeerd informatie los te krijgen over de migratiegeschiedenis. Vrijwel niemand was echter bereid om uitgebreid met mij over dit onderwerp van gedachten te wisselen. De betreffende mannen zagen de relevantie ervan niet in en wilden, na een zeer kort antwoord op mijn vraag, het liefste weer snel ter zake komen. Later heb ik begrepen dat mijn timing meestal niet goed was. Het bleek duidelijk geen goed idee om al in het begin van een behandeling (bijvoorbeeld tijdens de intake) onderwerpen te bespreken die, in de visie van de patiënt, niet relevant waren voor de behandeling van zijn klachten. Alleen bij patiënten die wat langer in behandeling bleven en met wie een zekere vertrouwensrelatie begon te ontstaan bleek, na uitleg over de relevantie of over mijn speciale interesse in het onderwerp, de

*lagere school af en moest daarna aan het werk op de boerderij van zijn grootouders. Er was geen sprake van seksuele voorlichting. Dhr. A. legt uit dat je over dat soort zaken niet spreekt met je familie, maar hooguit met vrienden. En die wisten ook niet precies hoe het zat.*

*Patiënt trouwde op 21-jarige leeftijd met een meisje uit een naburig dorp. Dit huwelijk liep uit op een scheiding, omdat er geen kinderen kwamen. Mede daarom emigreerde dhr. A. rond zijn dertigste jaar naar Nederland. Hij vond werk in een boomkwekerij en knoopte een relatie aan met een Nederlandse vrouw. Er was veel ruzie: door de cultuurverschillen en omdat patiënt vaak erg moe van zijn werk thuiskwam. De relatie liep stuk en dhr. A. bezoekt sindsdien regelmatig prostituees. Zijn familie bracht hem onlangs in contact met een Turkse vrouw. De angst voor erectieverlies tijdens de huwelijksnacht is de directe aanleiding voor dhr. A. om hulp te zoeken. Vanuit het perspectief van de Westerse psychologie wordt het levensverhaal van dhr. A. gekenmerkt door verlatingen en krenkingen. Met name zijn mannelijke identiteit en eer moeten forse deuken hebben opgelopen: de desinteresse van zijn vader, het ontbreken van kansen op een zorgeloze jeugd en een goede opleiding, het kinderloos blijven van het eerste huwelijk en de min of meer gedwongen emigratie naar Nederland, het tweede huwelijk dat onder andere strandde omdat zijn gezag niet werd geaccepteerd, het afmattende werk, en ten slotte dan een erectiestoornis terwijl het derde huwelijk op stapel staat. Dhr. A. wil, na een aantal gesprekken, nog wel accepteren dat faalangst een rol*

migratiegeschiedenis wel bespreekbaar. Zo bleek dhr. A. pas na een aantal gesprekken bereid iets meer over zijn voorgeschiedenis te vertellen, overigens zonder dat hij zelf belangstelling leek te hebben voor het verwerven van meer inzicht in het verband tussen zijn persoonlijke ontwikkelingsgeschiedenis en zijn seksuele klachten.

*De heer A. is een vermoeid ogende man van tegen de veertig. Hij spreekt redelijk Nederlands en meldt zich aan in verband met een secundaire erectiele disfunctie. Dhr. A. is erg somber en klaagt over buikpijn, nachtzweeten en bloeduitstortingen op de penis.*

*Patiënt is afkomstig uit een klein dorpje in Oost Turkije. Zijn ouders gingen uit elkaar toen hij nog geen jaar oud was en hij werd opgevoed door zijn grootouders, die een kleine boerderij hadden. Verbitterd vertelt dhr. A. dat zijn eigen ouders nooit meer iets voor hem hebben gedaan. Hij maakte de*

*speelt bij zijn erectieprobleem, maar hij denkt toch vooral aan lichamelijke oorzaken en laat merken geen enkele behoefte te hebben aan een verdere analyse van zijn levensgeschiedenis, laat staan aan een poging tot verwerking van wat er gebeurd is. Nu is iets dergelijks bij een klachtgerichte benadering natuurlijk ook lang niet altijd nodig, maar juist bij dhr. A. had ik sterk het gevoel dat het hele complex van somberheid, somatisering en faalangst onveranderd zou blijven zonder aandacht voor de dieperliggende oorzaken.*

Ook bij het afnemen van een wat meer uitgebreide anamnese, deed het hierboven beschreven probleem zich veelvuldig voor. Vragen over bijvoorbeeld de opvoeding, de relatie met vader en moeder of de omgang met leeftijdsgenoten tijdens de jeugd bleven stevast onbeantwoord. Vragen over de seksuele opvoeding werden meestal zeer kort beantwoord: van een seksuele opvoeding was geen

sprake geweest en de grote meerderheid van de patiënten had de informatie over seksualiteit die zij bezaten opgedaan in contacten met mannelijke leeftijdsgenoten. Voor de meeste Turkse en Marokkaanse patiënten gold dat ik maar weinig informatie kreeg over de mogelijke psychodynamische factoren die een rol hadden gespeeld bij de ontwikkeling van de hulpvraag. Een enkeling was echter wel bereid over deze onderwerpen te spreken, zij het dat zij dat deden om mij tevreden te stellen en niet vanuit een wens om de achtergronden van hun klacht beter te leren begrijpen.

Uit de schaarse verhalen over jeugd en opvoeding werd wel duidelijk dat veel Turkse en Marokkaanse mannen in de loop van hun leven te maken krijgen met scherpe overgangen van de ene levensfase naar de andere. Van Gelder en Lamur (1993) noemen, waar het Marokkaanse mannen betreft, de volgende vier fases:

- \* spelen (0 tot 7 jaar);
- \* opvoeden (7 tot 14 jaar);
- \* kind wordt meer beschouwd als gelijkwaardig, als vriend (14 tot 21 jaar);
- \* loslaten (vanaf 21 jaar).

Terugkijkend op hun leven tot dan toe, kwamen mijn patiënten echter met een wat andere fase-indeling. Grofweg samengevat beschreven zij een fase van min of meer onbezorgd jong zijn, die tot aan het twaalfde jaar duurde. Gedurende deze periode hadden zij vooral te maken met hun moeder en de eventuele andere vrouwen die deel uitmaakten

Nederland waren verhuisd ontwikkelden tijdens de adolescentie een wilde leefstijl (uitgaan, drinken, blowen, cocaïne, vriendinnen en bodybuilding vormden in dit verband een veelgehoorde combinatie), die hen niet zelden in conflict met de familie bracht.

*Dhr. B. (26 jaar) is een grote, gespierde man. Hij woont sinds acht jaar in Nederland en leidde de eerste vijf jaar van zijn verblijf hier een leven van feesten, alcohol, cocaïnegebruik en veel wisselende seksuele contacten. Hij had in die periode last van premature ejaculaties, maar dat probleem werd verholpen door een Turkse arts. Vader, moeder en verschillende ooms probeerden hem wel tot de orde te roepen, maar kennelijk zonder veel resultaat.*

*Toen drie jaar geleden zijn vader overleed, kwam dhr. B. onder zeer grote druk te staan van zijn familie, die vond dat het nu echt tijd werd dat hij zijn verantwoordelijkheden op zich nam en een goede moslim werd. Patiënt was het daar mee eens en stopte, naar eigen zeggen zonder enig probleem, met alcohol en drugsgebruik en trouwde met een Turks meisje met wie hij door zijn familie in contact was gebracht.*

*Vanaf de huwelijksnacht, toen patiënt voor het eerst seksueel contact had met zijn echtgenote, was er sprake van erectieverlies, hoewel de coïtus die eerste keer uiteindelijk wel lukte. Sindsdien maakt dhr. B zich ernstige zorgen over zijn seksueel functioneren. Hij heeft het gevoel dat zijn spermaproductie sterk is afgenomen en vermoedt dat daardoor een tweede orgasme tijdens een seksueel*

van het huishouden. Ik kreeg de indruk dat veel jongens tijdens deze fase enorm verwend worden en relatief weinig te maken krijgen met verboden en geboden.

Rond het twaalfde jaar worden zij geacht een man te worden. De contacten met vader worden geïntensiveerd en de betreffende jongen hoort zich te onderwerpen aan diens gezag. Vanaf ongeveer het zestiende jaar tot aan het huwelijk is er weer sprake van een periode van relatieve vrijheid. Dit lijkt zeker te gelden voor mannen die tijdens hun puberteit en adolescentie in Nederland woonden. Hoewel volgens de Islam jongens als maagd het huwelijk horen in te gaan, vermeldden bijna alle patiënten die hierover spraken dat er tijdens deze levensfase seksueel geëxperimenteerd mocht worden, soms zelfs op aandringen van vader. Een enkele vader nam zijn zoon mee naar een prostituee, zodat hij met haar zijn eerste ervaring op kon doen. Een aantal mannen die al op jeugdige leeftijd naar

*contact moeilijk is geworden. Hij vermeldt een onplezierig gevoel aan de onderkant van de testikels.*

*Dhr. B ziet geen enkel verband tussen zijn erectieprobleem enerzijds en de grote veranderingen in zijn seksuele leven en de wijze waarop seksuele stimulatie plaatsvindt anderzijds. Hij zegt dat hij zeer opgewonden raakt als hij met zijn vrouw samen is. Hij voelt zich wel schuldig over zijn vroegere, 'wilde' leven, maar benadrukt dat dat ook gewoon een kwestie van leeftijd was. De familie zou zijn vroegere 'zonden' hebben vergeven en vergeten.*

Waar het de seksuele opvoeding betreft, was (zoals gezegd) de informatie die mijn patiënten mij gaven zeer beperkt. Voor allen die hierover informatie gaven gold, dat er thuis niet over seksualiteit gesproken werd. Weliswaar wordt seks binnen de Turkse en Marokkaanse cultuur niet beschouwd als zondig, maar wel als taboe. Je praat er thuis niet over, omdat dit beide partijen in verlegenheid zou brengen. De noodzakelijke informatie wordt op straat



opgedaan, want seks is een onderwerp dat niet binnen de familie thuis hoort, het is iets 'van buiten' (Eppink, 1976; Boedjarath, 1998). Gevolg is wel dat de verkregen informatie vaak verre van accuraat is. Veel van de informatie die via vrienden wordt verkregen is gebaseerd op angst:

*Tal van bakerpraatjes, negatieve verhalen van naar erkenning zoekende gescheiden mannen, idealen uit Hollywood en de reclamewereld, blijven de ideeën sterk bepalen ... (Nijman, 1990, p. 39).*

Het huwelijk vormt de overgang naar de volgende levensfase, die regelmatig werd beschreven als 'je gaan gedragen als een goede Moslim'. Waar vrouwen uit deze culturele groeperingen vaak zeer opzien tegen de ontmaagding tijdens de huwelijksnacht (en zich grote zorgen maken over de vraag of echtgenoot en zijn familie zullen geloven dat zij inderdaad als maagd het huwelijk ingingen), waren sommige van mijn mannelijke patiënten extreem bang dat zij tijdens de huwelijksnacht geen erectie zouden kunnen produceren. Voor weer anderen was de hereniging met hun vrouw, van wie zij soms jaren lang gescheiden hadden geleefd, aanleiding tot faalangst en zorgen over het seksueel functioneren.

*Dhr. D. is 25 jaar oud en heeft sinds een maand last van een erectiele disfunctie. Dat zit hem enorm dwars, want het is de bedoeling dat hij over zes maanden gaat trouwen. Hij klaagt over krampende en hevige pijn rondom de basis van de penis en in de urethra en heeft verder het gevoel dat er veel*

*land gewerkt. Omdat hij bij een ongeluk gewond raakte, besloot hij naar Marokko terug te keren. Door allerlei omstandigheden ging het niet goed tussen hem en zijn vrouw en er volgde een scheiding. Patiënt hertrouwde vrij kort daarop en vertrok enkele jaren later opnieuw naar Nederland om werk te zoeken, ditmaal zonder verblijfsstatus. Zijn tweede vrouw bleef, samen met twee kinderen, achter in Marokko. Dhr. Z. meldt zich bij onze polikliniek met een secundaire erectiele disfunctie. Hij vertelt dat hij binnenkort weer voor langere tijd terug wil naar Marokko, maar dat hij bij 'een vriendin' gemerkt had dat zijn erectie vlak voor intromissie verdween. Patiënt is er van overtuigd dat hij een lichamelijk probleem heeft en wil dat opgelost zien voordat hij weer seksueel contact zal hebben met zijn vrouw. Hij is somber, slaapt slecht en heeft maagklachten.*

Turkse en Marokkaanse mannen kunnen uiteraard ook te maken krijgen met het verschijnsel van de midlifecrisis. Deze problematiek speelt zich ergens tussen het veertigste en vijftigste jaar af. Voor de patiënten uit deze leeftijdscategorie gold meestal dat zij grote moeite hadden met het afnemen van hun seksuele potentie in de brede zin van het woord. Problemen bij het krijgen of handhaven van een erectie leidden vaak tot hevige faalangst. Primaire premature ejaculatie werd onhanteerbaar omdat de betreffende mannen niet meer in staat waren meerdere keren achter elkaar klaar te komen. Een snelle, harde erectie, die het onder alle omstandigheden doet, en meerdere keren achter elkaar klaar kunnen komen, vormen belangrijke bewijzen voor

*draderig slijm uit de penis komt. Hij voelt zich somber en daardoor is het libido ook verlaagd.*

*In verband met de pijnklachten, die overigens niet objectiveerbaar waren, kreeg patiënt een pijnstillert voorgeschreven, waarna de erectiele disfunctie verdween. Tijdens de huwelijksnacht bleek penetratie mogelijk (tot grote opluchting van patiënt), maar was er helaas wel sprake van premature ejaculatie, een klacht die ook bij verdere seksuele contacten tussen patiënt en zijn echtgenote persisteerde. Bij deze man, met een neiging tot depressie en hypochondrie, uitte de spanning rond het gaan trouwen zich dus aanvankelijk in pijnklachten en faalangst. De p.e. was waarschijnlijk weer het gevolg van overstimulatie, in een poging om vooral de erectie te kunnen handhaven. Het voorschrijven van Seroxat ter bestrijding van en de depressie en de premature ejaculatie leidde helaas weer tot een hernieuwd erectieprobleem.*

*Dhr. Z. (44) had van 1978 tot en met 1986 in Neder*

*mannelijkheid bij de onderzochte patiënten. Pas als zij grootvader geworden zijn neemt voor sommigen de druk om zo potent te blijven als een twintigjarige enigszins af.*

*Dhr. H.(47) heeft, wanneer hij zich bij de polikliniek aanmeldt, sinds een jaar last van erectieproblemen. Hij spreekt prima Nederlands en vertelt dat zijn probleem begon na het drinken van een fles met een alcoholische drank. Hij was op vakantie en bezocht, op weg naar Turkije, een vriendin in Duitsland. Ze dronken samen een paar glazen sterke drank en, na een (mislukte) coïtuspoging, werd patiënt erg misselijk. Sindsdien is er dus sprake van een erectiele disfunctie en patiënt denkt daarom dat de alcohol die hij heeft gedronken waarschijnlijk bedorven was. Hoewel hij er daarom ook van overtuigd is dat hij een lichamelijk en geen psychisch probleem heeft, is hij gemotiveerd om naar alle mogelijke oorzaken te kijken.*

*Na een paar gesprekken meldt patiënt dat het aanzienlijk beter gaat met zijn erectie. Toch is hij niet tevreden. De erectie is nog steeds geen 100% en er dreigt zich een premature ejaculatie te ontwikkelen, tengevolge van het feit dat patiënt overstimuleert om zijn penis goed stijf te houden. Bij dhr. H. is de paniek soms bijna tastbaar en pas na meerdere gesprekken wordt mij duidelijk waar die paniek precies over gaat: het is de angst voor verlies van de vanzelfsprekende, jeugdige potentie, het soort potentie waarbij je als man elk moment van de dag en vrijwel met elke redelijk aantrekkelijke partner als vanzelf een stijve penis krijgt en ook de potentie waarbij je meerdere keren achter elkaar klaar kunt komen. Het wordt steeds duidelijker dat dhr. H. pas tevreden zal zijn als hij deze potentie weer ervaart. Uiteindelijk gaat het bij hem om angst voor verlies van zijn jeugd en maakt het seksuele probleem onderdeel uit van zijn veel bredere midlife problematiek.*

#### Relaties met vrouwen

De wijze waarop de gehuwde Turkse en Marokkaanse mannen zich verhielden tot hun echtgenotes, verschilt van die van de gemiddelde autochtone man, althans waar het de eerste generatie immigranten betreft. Eigenlijk trof ik bij deze groep mannen twee verschillende houdingen aan ten aanzien van hun vrouw. Sommigen leken zich weinig gelegen te laten liggen aan haar reactie op de seksuele problemen. Een enkele keer kreeg ik het vermoeden dat de echtgenote al geruime tijd geen zin meer had in vrijen of last had van dyspareunie en dus waarschijnlijk ook geen moeite had met de seksuele klachten

dere vrouwen zou roddelen over hun disfunctioneren en dat zij daardoor in brede kring belachelijk gemaakt zouden worden. Een enkeling was bang voor een dreigende echtscheiding.

Naast de echtgenotes speelden soms ook andere vrouwen een rol in het seksuele leven van de onderzochte mannen. Gehuwde mannen, die gedurende langere tijd alleen in Nederland verbleven, bezochten vrijwel zonder uitzondering prostituees. Tegelijkertijd waren zij er allen van overtuigd dat hun vrouw in Marokko of Turkije hen trouw was gebleven.

De mannen die prostituees bezochten terwijl hun echtgenote al in Nederland woonde, hadden veel vaker last van gewetensproblemen en schreven hun seksuele klacht nogal eens toe aan het contact dat zij hadden met 'slechte vrouwen'.

Waar het de jongere mannen (25 tot 30 jaar) betrof, gaf ik al aan dat zij niet zelden een 'wild' leven leidden, waarbij de seksuele klachten optraden op het moment dat zij aan trouwen gingen denken of het gevoel hadden dat het tijd werd een goede moslim te worden (zoals bijvoorbeeld na het overlijden van de vader). Deze mannen onderhielden vrijwel zonder uitzondering seksuele contacten met Nederlandse meisjes, maar waren meestal van plan uiteindelijk te trouwen met een meisje van hun eigen volk (zie ook Brugman e.a., 1995). In het algemeen waren hun huidige partner(s) niet op de hoogte van dit voornemen.

Verschillen in integratie in de Nederlandse cultuur tussen man en vrouw bleek bij sommige patiënten

van haar man, maar de betreffende patiënten bleken zeer terughoudend met het geven van concrete informatie hierover. Een aantal patiënten, waarvan sommigen toch een totaal erectieverlies meldden of een wel zeer premature ejaculatie, hielden vol dat hun vrouw niet op de hoogte was van hun seksuele problemen en dat er ook nooit over gesproken werd. Deels zou hierbij een rol kunnen spelen dat Islamitische meisjes en vrouwen seksueel onwetend worden gehouden (Danz e.a., 1993) en dat investeren en affectie binnen een relatie door sommige Islamitische mannen wordt afgewezen, omdat het de toewijding aan Allah zou kunnen verstoren (Boedjarath e.a., 1998).

Een tweede groep mannen maakten zich wel zorgen over de seksuele tevredenheid van hun echtgenote. Desgevraagd lieten zij weten dat hun vrouw 'ontevreden' of 'kwaad' was. Vaak maakten deze mannen zich zorgen dat hun echtgenote met an

een rol te spelen bij het ontstaan of in stand blijven van de seksuele klacht. Meestal ging het hierbij om huwelijksproblemen die in verband stonden met het overnemen van Westerse normen en waarden door de echtgenote, terwijl de man van mening was dat zij zich traditioneel diende te blijven gedragen.

*De heer L. (51) heeft vanaf zijn eerste seksuele contact met zijn vrouw last gehad van een premature ejaculatie. Hij zoekt nu hulp omdat hij bang is dat zijn vrouw ontevreden is over zijn seksuele prestaties. Hij heeft daarover niet met haar gesproken. Dhr. L. is een zeer nerveuze man, die sinds enkele jaren in de WAO zit. Hij is van Marokkaanse afkomst en heeft vier kinderen, allemaal in de puberteit of ouder. Naarmate ik hem wat beter leer kennen, vertelt hij mij over de vele problemen binnen zijn gezin. Aanvankelijk lijkt hij vooral moeite te hebben met één van zijn dochters, die geen respect meer voor haar vader zou hebben. Dan blijkt hij zich ook erg boos te maken over zijn vrouw, die weigert een hoofddoek om te doen als zij de deur openmaakt*

*voor een onbekende. Ook staat zij vaak met onbedekt haar voor het raam. Het ziet er naar uit dat dhr. L. juist nu hulp zoekt voor zijn klacht, omdat hij het gevoel heeft dat zijn positie als vader en echtgenoot ernstig in gevaar is. Hij lijkt te denken dat een oplossing voor zijn seksuele probleem zal bijdragen aan een verbetering van zijn positie binnen zijn eigen gezin en in ieder geval ten aanzien van zijn vrouw.*

*De heer en mevrouw P. (respectievelijk 33 en 31 jaar oud) komen samen op het spreekuur. Op het eerste gezicht lijkt het te gaan om een jong maar traditioneel Turks stel: zij draagt een hoofddoek, geeft mij geen hand en loopt op de gang enkele passen achter haar man. Mevrouw P. blijkt echter goed Nederlands te spreken, terwijl haar man slechts over een zeer geringe woordenschat beschikt. Mevrouw functioneert dan ook als tolk tijdens het gesprek. Dan wordt duidelijk dat de heer P. nog maar enkele jaren in Nederland is, terwijl zij hier vanaf haar achtste jaar woont. De man wil graag medicijnen in verband met zijn premature ejaculatie. De vrouw benadrukt dat zijn snelle orgasme voor haar niet zo'n probleem is. Ze geeft aan dat hun seksuele relatie sterk zou kunnen verbeteren als hij minder tijd in het koffiehuis en op het sportveld zou doorbrengen en meer verantwoording op zich zou nemen voor de opvoeding van hun twee kinderen. Ze vindt dat zij en haar man veel te weinig tijd met elkaar doorbrengen. Ze heeft het gevoel overal alleen voor te staan en heeft mede daardoor vaak maar weinig zin in vrijen. De heer L. vindt duidelijk dat zijn vrouw hem veel te veel aan zijn kop zeurt. Alle*

wel eens in Turkije of Marokko is geweest, heeft kunnen waarnemen dat mannen veelal in elkaars gezelschap verkeren en elkaar aanraken op manieren die in West Europa vrijwel uitsluitend voorbehouden zijn aan homoseksuele mannen (hand in hand lopen, armen om elkaar heen, tegen elkaar aanhangen, kussen). Het intimiteitgehalte van deze vriendschappen lijkt (in de ogen van een Europeaan) hoog, maar kent in de praktijk van alle dag zeker beperkingen. Volgens Van Gelder en Lamur (1993) bestaan de meest kenmerkende omgangsvormen tussen Marokkaanse mannen uit dollen en vechten, waarbij het dollen staat voor gemeenschappelijkheid, plezier maken, elkaar overtreffen en samen dingen doen (hetgeen niet hetzelfde is als 'samen zijn'). Plaats voor het onderling bespreken van, bijvoorbeeld, seksuele problemen is er niet of nauwelijks. De meeste van mijn Turkse en Marokkaanse patiënten leken eerder bang dat vrienden of kennissen zouden ontdekken wat er met hen aan de hand was en dat zij daarom zouden worden uitgelachen. Dit was bijvoorbeeld een veelgehoord argument, wanneer ik het inschakelen van een tolk ter sprake bracht. Mannen gaven dan nogal eens aan dat zij bang waren voor roddels binnen hun eigen gemeenschap en gaven dus meestal maar de voorkeur aan een wat moeizame communicatie boven het inschakelen van een tolk.

Zoals ik eerder heb opgemerkt, heb ik in de afgelopen jaren geen enkele Turkse of Marokkaanse man op mijn spreekuur gehad die aangaf homoseksueel te zijn. Een enkele maal heb ik voorzichtig

*mannen brengen na hun werk veel tijd door in het koffiehuis. Een man mag toch wel ontspannen in het gezelschap van zijn vrienden? Bovendien vindt hij het niet goed als een man zich moet gaan bemoeien met vrouwenzaken en daaronder schaaft hij zeker het huishouden en de opvoeding van de (nog jonge) kinderen.*

Een enkele keer kwam het echter ook wel voor dat de man wenste dat zijn vrouw zich wat moderner op zou stellen, ook waar dit het seksuele gedrag betrof.

#### Relaties met andere mannen

Binnen de Turkse en Marokkaanse cultuur spelen vriendschappen tussen mannen een belangrijke rol (Schmitt en Sofer, 1992; Van Gelder en Lamur, 1993). De traditioneel strikte scheiding van de seksen en de ongelijke positie van mannen en vrouwen vormen een verklaring voor een sterke gerichtheid op vriendschappen met seksegenoten. Iedereen die

geïnformeerd naar homoseksuele contacten in het verleden, maar kreeg daar vrijwel altijd een ontkennend antwoord op. Een Turkse man vertelde dat hij als jongen wel eens seksuele spelletjes had gedaan met andere jongens. Hij beweerde dat 60% van alle Turkse mannen tijdens de puberteit hun eerste seksuele ervaringen opdoen met seksegenoten.

Zelf voelde ik me bij geen van de patiënten die in dit artikel besproken worden vrij genoeg om te laten merken dat ik homoseksueel ben. Juist omdat dit onderwerp nooit op een vanzelfsprekende manier aan de orde kwam, kreeg ik sterk de indruk dat mijn vertrouwensrelatie met de patiënten gevaar zou kunnen lopen als ik openheid zou betrachten. Niemand stelde overigens een rechtstreekse vraag op dit gebied, ook niet naar een eventuele vrouw en/of kinderen. Uitzondering op deze `regel' was een wat oudere Marokkaanse man, die vroeg of ik kinderen had. Toen ik ontkennend antwoordde, zei hij lachend dat ik een gelukkig mens was. Zelf had hij enorme problemen met zijn twee oudste

kinderen, die zijn gezag niet langer accepteerden en hem niet langer met respect behandelden.

### Nabeschouwing

De verbetering van de kwaliteit van de seksuologische hulpverlening aan mannen van Turkse en Marokkaanse afkomst begint bij het begrijpen van de verschillen tussen deze mannen als groep enerzijds en de gemiddelde autochtone man anderzijds.

Op het eerste gezicht lijken deze verschillen enorm. Turkse en Marokkaanse mannen kregen in ieder geval in het land van herkomst geen seksuele voorlichting en er bestaat een sterk taboe op spreken over seksualiteit, zeker binnen de familie of binnen het eigen gezin. Turkse en Marokkaanse mannen worden sowieso anders opgevoed dan de gemiddelde Nederlandse man en zij hebben meestal minder opleiding genoten. Mede hierdoor en door de persoonlijke migratiegeschiedenis, de vaak slechte sociaal economische positie en confrontaties met de dominante cultuur in Nederland, is de mannelijke identiteit vaak wankel en moet deze (soms) met hand en tand verdedigd worden. Vriendschappen en contacten met vrouwen en met andere mannen worden vaak heel anders beleefd dan in Nederland gebruikelijk is. De

technieken beter aanslaan bij de gemiddelde Turkse of Marokkaanse man, dan andere. Kern van het verschil in benadering ligt mijns inziens echter veel eerder bij de presentatie van wat de seksuoloog ziet als oorzaken voor de klachten en van de manier waarop hij of zij de patiënt denkt te helpen. Ook voor Turkse en Marokkaanse mannen moet de theorie over het ontstaan van de problemen begrijpelijk en aanvaardbaar zijn en hetzelfde geldt uiteraard voor het behandelplan. In het volgende deel van deze reeks zal ik op deze aspecten nader ingegaan.

### Literatuur

**Boedjarath, I., H.E. Lamur en C.J. Straver (1998).** *Seksualiteit, cultuur en godsdienst*. In: Slob, A.K., C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd (red.), *Leerboek Seksuologie*; pag. 129-152. Houten/Diegem: Bohn, Stafleu, Van Loghum.

**Brugman, E., H. Goedhart, T. Vogels en G. van Zessen (1995).** *Jeugd en seks '95. Resultaten van het nationale scholierenonderzoek*. Utrecht: SWP.

**Danz, M.J., T. Vogels en R.W.M. Grúndeman (1993).** *Jeugd en seks: houding en gedrag bij Turkse en Marokkaanse jongeren in Nederland*. Leiden: NIPG.

**Eppink, A. (1976).** *Seksualiteit en verliefdheid bij Marokkaanse jongens en meisjes*. Amsterdam: Uitgeverij Averroes Stichting.

**van Gelder, P. en H.E. Lamur (1993).** *Tussen schaamte en mannelijkheid. Seksuele relaties en beschermingsgedrag onder Marokkaanse*

mannelijke seksualiteitsbeleving lijkt veelal de norm, terwijl over een specifiek vrouwelijke seksualiteitsbeleving niet of nauwelijks lijkt te worden nagedacht. Seksuele problemen worden eveneens anders beleefd en hebben ook andere consequenties voor de betreffende mannen. Over de oorzaken ervan hebben zij vaak een eigen theorie, die lang niet altijd strookt met de theorie van de (autochtone) seksuoloog (zie ook het tweede artikel in deze reeks). Een somatische verklaring voor het ontstaan van de klacht blijkt voor velen nog het minst krenkend. Een dergelijke verklaring sluit ook goed aan bij het verlangen naar een snelle en gemakkelijke oplossing van de klachten, namelijk met behulp van medicijnen.

Hoewel de verschillen tussen Turkse en Marokkaanse mannen enerzijds, en autochtone Nederlandse mannen anderzijds, groot zijn, moet de seksuoloog zich wel bewust blijven van het gegeven dat de onderlinge verschillen tussen de betreffende mannen ook heel groot kunnen zijn. De mate van integratie in de Nederlandse samenleving en de mate van ontvankelijkheid voor nieuwe ideeën op het gebied van seksualiteit is bij de een veel groter dan bij de ander. Kennis van de verschillen hoeft overigens bepaald niet altijd te

*mannen*. Amsterdam: Het Spinhuis.

Nederlands Centrum voor Buitenlanders (1988). *Cursus Cross-culturele Hulpverlening*.

Nijman, M. (1990). *Als een Tajine... Beeldvorming van ongehuwde Marokkaanse mannen over vrouwen, huwelijk en seksualiteit*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.

Schmitt, A. en J. Sofer (1992). *Sexuality and eroticism among males in moslem societies*. New York: Harrington Park Press.

Tenwolde, H., I. Mouthaan en M. de Neef (1996). Welke immigranten? In: de Neef, J.E., J. Tenwolde en K.A.A. Mouthaan (red.), *Handboek Interculturele Zorg*, I 1.1-1 tot I 1.2 \_ 10. Maarssen: Elsevier / De Tijdstroom.

Vlasblom, R. (1994). Doelgroep migranten. *SOA-bulletin*, (15), 5, 4 \_ 5.

#### English Summary

#### Sexual complaints in a group of Turkish and Moroccan men

A qualitative case study was performed among a group of 30 men of Turkish and Moroccan descent. The results will be presented in two different articles. The current article starts out with an introduction and a short explanation of the research methods used. Next, attention will be paid to the demographic information on the men participating in the study, their histories, and the specific way in which they conceptualize their contacts with women and with other men. Knowledge of and understanding for the most important differences between these men on the one hand, and male patients who are from Dutch descent on the other, are the first steps to be taken toward improvement of the quality of treatment offered to Turkish and Moroccan men. The main differences found in this study concerned upbringing and sexual education, talking and thinking about sexuality, social-economic position, and interpretation of problems as psychological versus somatic in nature.



leiden tot een andersoortige  
behandeling. Uiteraard zullen  
sommige