

# DE BEHANDELING VAN SEKSUELE KLACHTEN BIJ EEN GROEP TURKSE EN MAROKKAANSE MANNEN<sup>1</sup>

J. Schippers<sup>2</sup>

Bij een groep van dertig mannen van Turkse en Marokkaanse afkomst, die van 1996 tot en met 1999 in behandeling waren bij de Polikliniek Medische Seksuologie van het Ziekenhuis Leyenburg te Den Haag, werd een kwalitatief casuïstiekonderzoek verricht. De resultaten worden gepresenteerd in het kader van twee artikelen. Het eerste artikel, over de seksuele klachten in deze groep, verscheen in de vorige uitgave van dit tijdschrift. Daarin werd ingegaan op demografische gegevens, voorgeschiedenis en specifieke aspecten van de contacten met andere mannen en met vrouwen. In het onderhavige (tweede) artikel wordt eerst ingegaan op de hulpvragen van de betreffende mannen, waarbij opvalt dat er, naast de seksuele functiestoornis, vaak sprake is van een veelheid aan somatische klachten. Daarna komt de rol die taal en communicatie hebben gespeeld bij de gespreksvoering en behandeling aan de orde, waarbij overigens geen verband werd gevonden tussen de mate van beheersing van het Nederlands en het behandelresultaat. Vervolgens wordt ingegaan op de ervaringen met de volgende behandeltechnieken: informatie en voorlichting, ontspanning en ademhaling, masturbatieoefeningen, bekkenbodemspieroefeningen, cognitieve therapie, inzichtgevende benaderingen, relatiegesprekken en medicamenteuze behandelingen. Het artikel wordt afgesloten met een nabeschuiving.

Hulpvragen

Tabel 1 (zie onder) geeft een overzicht van de seksuele klachten waarmee de mannen van Turkse en Marokkaanse afkomst zich bij onze polikliniek hadden aangemeld.

Aanmeldingsklacht Turkse Marokkaanse

afkomst

Verlaagd of afwezig libido	2	-
Erectiele disfunctie (ED)	9	7
Premature ejaculatie (PE)	4	4
ED plus PE	2	-
Pijn na orgasme	-	1
Coïtus onmogelijk	-	1

klachten, een jeukerige of branderige huid, hevige pijn in de liezen, pijn rond en in de penis, slijmverlies, obstipatie, winderigheid, lucht die uit de penis zou ontsnappen, koude testikels, een kleiner wordende penis, rugpijn, pijn in kuit en liezen, bloeduitstorting op de penis, blaasjes op de penis, extreme transpiratie, diarree, hoofdpijnen en snotterig sperma. De gemiddelde duur van de klachten bedroeg 6,5 jaar, met een range van 1 maand tot 18 jaar.

TOTAAL

17

13

Zoals uit tabel 1 blijkt, was het aantal verschillende seksuologische klachten van de onderzochte mannen beperkt. Erectiele disfuncties en premature ejaculatie vormen het overgrote deel van de klachten. Libidostoornissen zijn zeldzaam (als aanmeldingsklacht tenminste) en andere klachten komen helemaal niet voor. Hierbij speelt ongetwijfeld een rol dat een libidostoornis maar moeilijk past binnen het zelfbeeld van Turkse en Marokkaanse mannen. Bij een aantal mannen bleek verwarring te bestaan over het onderscheid tussen een erectiele disfunctie en een premature ejaculatie. Deze mannen bleken het erectieverlies na het orgasme te verwarren met een erectiele disfunctie, meestal omdat zij vroeger gewend waren dat hun erectie na het klaarkomen weer snel terug kwam en zij nog meerdere orgasmen tijdens een en hetzelfde sek

---

**Tabel 1:** aanmeldingsklachten en het aantal Turkse en Marokkaanse mannen dat zich met deze klachten had aangemeld (N=30).

**NB:** Bij de patiënt die zich aanmeldde omdat coïtus onmogelijk was, werd niet duidelijk of het hier ging om een erectie-le disfunctie, vaginisme bij zijn vrouw of nog iets anders.

De grote meerderheid van deze patiënten (77% van de Turkse en 71% van de Marokkaanse mannen) presenteerden tijdens het aanmeldingsgesprek tevens een breed scala aan somatische klachten, waarvan zij zelf vermoedden dat die gerelateerd waren aan hun seksuele probleem. Het betrof maag

<sup>1</sup> Geaccepteerd voor publicatie: 13 januari 2001.

<sup>2</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

suele contact konden produceren.

De meeste patiënten hadden zelf een theorie over de ontstaansgeschiedenis van hun klacht. Het merendeel (88%) vertelde hierover een somatisch getint verhaal, zoals een steeds slechter wordende bloedsomloop, het drinken van bedorven alcohol met een erectiestoornis tot gevolg, het vermoeden van een ernstige lichamelijke ziekte of infecties in het genitale gebied. Een enkeling dacht dat magie de oorzaak van het problemen zou kunnen zijn. Alleen mannen met eerdere ervaringen met psychosociale hulpverlening spraken wat gemakkelijker over huidige spanningen en zagen eerder een verband tussen die spanningen en hun klachten. Opvallend is het hoge percentage Turkse en Marokkaanse mannen met pijnklachten (een veel zeldzamer verschijnsel onder Nederlandse mannen) en het aantal mannen dat een hypochondrisch en/of depressief beeld vertoonde. De pijnklachten betroffen pijn in de benen, de liezen, de onderbuik, de rug, de urethra en de testikels. Deze klachten kunnen overigens in de loop van de behandeling sterk veranderen: de ene keer wordt dan bijvoorbeeld pijn in de urethra vermeld, de volgende keer in de liezen en de keer daarna in de testikels. Een aantal mannen meldde een hevige pijn na het orgasme, meestal in de urethra. Deze mannen hadden vaak het gevoel dat er iets (sperma, urine) in de urethra bleef steken, hetgeen de pijnklachten zou veroorzaken. Een paar mannen meldden pijnklachten tijdens de coïtus, waarbij zij het idee hadden dat er iets in de vagina zat dat hen pijn deed.

verschillen in status. Penetratie heeft altijd iets te maken met ongelijkheid. Mannen hebben in principe het recht de 'minderwaardigheid' van vrouwen (maar ook die van jongeren, travestieten of ongelovigen) te bevestigen door hen te penetreren (Sofer, 1988). Wanneer de mannelijke identiteit toch al onder druk staat en een man dan ook nog zijn vermogen tot penetreren verliest, kan er sprake zijn van een ware crisis. Bij een aantal mannen lijken de pijnklachten dan ook functioneel voor het verminderen van de krenking van hun mannelijkheid. Zij voelen zich lichamelijk ziek en kunnen daar dus niets aan doen. Zeker voor deze mannen heeft een polikliniek seksuologie in een algemeen ziekenhuis een redelijk lage drempel. Anderen maken zich daarentegen zoveel zorgen over bijvoorbeeld erectieverlies, dat zij de hele dag met vrijwel niets anders bezig zijn dan hun genitaalstreek. Hierdoor krijgen zij allerlei vreemde sensaties in dit gebied, die soms lijken uit te groeien tot pijnklachten, maar ook vaak leiden tot het idee dat er sprake is van slijmachtige uitscheiding uit de penis, vreemde plekjes en blaasjes et cetera. Voor deze mannen zijn de lichamelijke klachten dus juist een uiting van hoe slecht het er met hun mannelijkheid voorstaat.

Juist omdat mannelijkheid zo'n centraal begrip is bij de betekenisgeving aan seksuele klachten, doet de hulpverlener er goed aan aandacht te besteden aan andere aspecten in het leven, die de mannelijkheid bedreigen. Gedacht kan worden aan werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, problemen met de kinderen, een vrouw die zich

De combinatie van seksuologische klachten en psychosomatiek, die ik zo veelvuldig aantrof, staat onder andere in verband met hun positie als immigrant. Een deel van de betreffende mannen voelde zich in Nederland in de steek gelaten en eenzaam. Wanneer hun vrouw in het land van herkomst was achtergebleven, of wanneer zij nog niet getrouwd dan wel gescheiden waren, was de enige vorm van beschikbare seks een vorm die eigenlijk niet is toegestaan. Het voortduren van zo'n situatie kan dan gemakkelijk leiden tot gewetensconflicten, die zich uiten in psychosomatische klachten en impotentie (Nijman, 1990).

Zoals ik hierboven reeds eerder aangaf interpreteren nogal wat mannen uit de onderzochte groep hun seksuologische problemen als een ernstige aantasting van hun mannelijkheid. Dit geldt natuurlijk ook wel voor autochtone patiënten, maar (naar mijn indruk) in veel mindere mate. Hierbij speelt een rol dat binnen de traditionele Turkse en Marokkaanse cultuur seksualiteit gerelateerd is aan

hier in het Westen op een niet-traditionele manier ontwikkelt, problemen binnen de familie of financiële problemen.

De nadruk op mannelijkheid, tenslotte, lijkt bij sommigen te leiden tot een sterke polarisering van de periode voor en de periode na het begin van de klachten. Een aantal patiënten vergastte mij op zeer sterke verhalen over hun vroegere seksueel functioneren. Het kan in deze gevallen haast niet anders, dan dat het premorbide functioneren wordt geïdealiseerd. Dit kan voor de behandeling erg lastig zijn, omdat deze zelfde patiënten vaak pas tevreden zijn als zij hun potentie zoals zij zich die herinnerden terug hebben, hetgeen meestal onhaalbaar is.

*De heer I. (41) uit Turkije heeft al enige tijd last van een erectiestoornis. Volgens hem is het begonnen na een injectie in het scrotum, ter bestrijding van een infectie. Hij is al bij meerdere seksuologen geweest, maar dat heeft niet geholpen. Nachtelijke erectiemetingen laten echter een mooi patroon van*

*stevige erecties zien en ook bij erotische stimulatie met behulp van een pornofilm lijkt er van een disfunctie geen sprake. Patiënt geeft zelf aan dat hij geen moeite heeft met penetreren en klaarkomen. Hij benadrukt echter dat zijn penis niet zo hard meer wordt als vroeger en dat hij na een eerste orgasme niet meer in staat is opnieuw een erectie te produceren. Als ook de gesprekken met mij geen verdere verbetering opleveren wil hij worden doorverwezen naar een academisch ziekenhuis.*

### Taal en communicatie

In de communicatie met Turkse en Marokkaanse mannen kunnen taalproblemen een flink obstakel vormen. Een enkele keer heb ik gebruik gemaakt van een tolk om de communicatie met de patiënt te vergemakkelijken of mogelijk te maken. Een enkele keer ook maakten patiënten bezwaar tegen het inschakelen van een tolk (hoewel het mijns inziens wel nuttig geweest zou zijn), omdat zij bang waren voor roddels binnen de eigen gemeenschap. Meestal lukte het overigens redelijk om met behulp van handen, voeten en tekeningen te communiceren. Een aantal centrale begrippen die maar weinig patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst begrepen waren: masturbatie, erectie en orgasme. Met omschrijvingen en gebaren is echter wel duidelijk te maken wat wordt bedoeld.

In de literatuur over multiculturele hulpverlening wordt met enige regelmaat gesteld dat het verstandig is om bij Turkse en Marokkaanse patiënten aan het begin van een sessie niet direct ter zake te komen, maar eerst wat beleefdheden uit te

op. Wanneer men een patiënt uit deze groeperingen beter kent, kan het wel raadzaam zijn wat tijd in te ruimen voor het uitwisselen van beleefdheden; meestal komt het signaal hiertoe van de patiënt zelf, die begint met iets te zeggen over het weer of informeert naar de gezondheid van de hulpverlener. Ik heb gemerkt dat met name tijdens de kennismakingssessies de hulpverlener (en misschien wel met name de psychosociale hulpverlener) zijn competentie moet tonen om een goede werkrelatie tot stand te brengen. Een goede uitleg over de mogelijke oorzaken van de klachten en de bestaande behandelingen, met veel aandacht en tijd voor uitleg over het verband tussen lichaam en geest, lijken nog het beste te werken. Vaak is op deze manier ook goed uit te leggen waarom er niet meteen medicatie wordt voorgeschreven. Desalniettemin lijkt een deel van de patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst alleen vertrouwen in de behandelaar te krijgen als er vanaf het begin met medicijnen gewerkt wordt.

Het Nederlands Centrum voor Buitenlanders (NCB) geeft de volgende tips voor 'interculturele communicatie', waar ik me goed in kan vinden:

I stel open vragen;

I controleer steeds of het gegeven antwoord of advies duidelijk is;

I geef niet teveel informatie in een keer;

I gebruik geen moeilijke woorden en zinsconstructies;

wisselen (zie bijvoorbeeld Vlasblom, 1994). Naar mijn ervaring tot nu toe, geldt dat niet zozeer voor de eerste sessies. Meerdere patiënten bij wie ik deze methode tijdens de kennismakingsgesprekken uitprobeerde, reageerden daar met enige verbazing en ongeduld

I blijf correct Nederlands spreken;

I ga na of de hulpvrager analfabeet is;

I maak gebruik van visuele middelen

(NCB, 1988).

Ook verdient het aanbeveling om kinderen en familieleden niet als tolk te gebruiken, omdat de inhoud en kwaliteit van de vertaling oncontroleerbaar

#### TURKS BEHANDELRESULTAAT

Beheersing Nederlands Totaal + +/- - Drop-out					
Goed	4	3	1	2	1
Matig	6	3	1	2	2
Slecht	3	6	8%	15%	1
Totaal	13	46%			4
%	100%				31%

*Tabel 2a:* beheersing van het Nederlands (naar inschatting van de hulpverlener) en behandelresultaat (naar inschatting van de hulpverlener) bij de Turkse mannen uit de onderzoeksgroep.

## MAROKKAANS BEHANDELRESULTAAT

Beheersing Nederlands Totaal + +/- - Drop-out					
Goed	5	1	0%	1	3
Matig	1	1		1	1
Slecht	1	2		14%	4
Totaal	7		29%		57%
%	100%				

*Tabel 2b: beheersing van het Nederlands (naar inschatting van de hulpverlener) en behandelresultaat (naar inschatting van de hulpverlener) bij de Marokkaanse mannen uit de onderzoeksgroep*

zijn. Maar ook hier geldt uiteraard dat men moet roeien met de riemen die men heeft. Wanneer, zoals mij een tweetal keren overkwam, een patiënt zijn broer of een vriend meeneemt voor het vertaalwerk, kan de hulpverlener niet meteen afwijzend reageren. Wel heb ik in beide gevallen de vraag opgeworpen of een onbekende als tolk niet beter zou zijn. Een patiënt bleek dat inderdaad te vinden, de andere niet.

Tot mijn eigen verbazing kon ik, bij de eerste analyse van de gegevens over de onderzochte patiënten, geen verband ontdekken tussen de mate waarin een patiënt het Nederlands beheerste (naar mijn inschatting) en het succes van de behandeling (ook naar mijn inschatting). Tabel 2a en 2b geven een overzicht van het verband tussen beheersing van het Nederlands en behandelresultaat.

Bij de Turkse mannen zien we een

*scheiden. Zijn eerste huwelijk (met een Turkse vrouw) duurde drie jaar, het tweede huwelijk (met een Nederlandse vrouw) slechts één jaar. Patiënt heeft jarenlang zwaar werk verricht in de tuinbouw en heeft veel last van pijn in de benen en de rug. Hij loopt moeizaam en maakt een sombere indruk. Er is sprake van een al lang bestaande erectiele disfunctie en (naar pas later blijkt) van een premature ejaculatie. Tijdens het eerste gesprek geeft patiënt aan hoe ongelukkig hij zich voelt. Zijn leven is, naar zijn eigen gevoel, mislukt. Wat hij het allerbelangrijkste vindt is dat hij zijn potentie als man weer terug krijgt. Hij pakt mijn handen beet en gaat dan letterlijk op zijn knieën zitten om aan mij duidelijk te maken hoe moeilijk dit allemaal voor hem is en hoe graag hij geholpen wil worden.*

In de voorgaande paragraaf kwam reeds aan de orde dat veel van de

zekere afname van het behandelresultaat, naarmate de beheersing van het Nederlands slechter is. Bij de Marokkaanse mannen is dit verband minder duidelijk. Zoals uit bovenstaande tabellen blijkt is het behandelresultaat bij Marokkaanse mannen sowieso slechter dan bij Turkse mannen. Mogelijk gaat het hier om een aanwijzing dat in eerste instantie de cultuurverschillen tussen patiënt en hulpverlener het resultaat beïnvloeden en dat vervolgens pas de beheersing van het Nederlands een rol zal gaan spelen.

Verreweg de meeste patiënten stelden zich vriendelijk en een beetje schuchter op tijdens de gesprekken. Bij hoge uitzondering stelden patiënten zich dwingend en agressief op en eisten zij pillen of injecties. Daarnaast kwam ik wel regelmatig een (naar Nederlandse begrippen) theatrale klachtenpresentatie tegen of werd er een krachtig beroep op mij gedaan om toch vooral de klachten op te lossen.

*Dhr. C. (42) is twee keer getrouwd en twee keer ge*

onderzochte patiënten een puur somatische betekenis gaven aan hun seksuele problemen. Ongeveer 75 % van alle patiënten presenteerde, naast hun seksuele klacht, een veelvoud aan lichamelijke problemen (zie boven). Meestal waren deze klachten niet objectiveerbaar en gingen ze gepaard met een sombere of depressieve stemming. Ook konden de gepresenteerde klachten per sessie wisselen.

*Dhr G. wordt door zijn huisarts naar onze polikliniek verwezen in verband met een libidostoornis. Hij is een jonge man van rond de dertig jaar, maar voelt zich oud en uitgeblust. Dhr. G. is erg somber en heeft eigenlijk nergens meer zin in, dus ook niet in seks. Tijdens ons eerste gesprek vermeldt hij alleen zijn gebrek aan verlangen naar seks en de regelmatig terugkerende rugklachten, waarvan hij vindt dat er door de medische sector te weinig aandacht aan besteed wordt. Aan het begin van onze tweede sessie blijkt er een misverstand te zijn ont*



*staan. Als ik begin over het libidoprobleem word ik door patiënt gecorrigeerd: hij heeft een erectieprobleem en als hij geen erectieprobleem had gehad, dan was er ook niets mis geweest met zijn seksueel verlangen. Dhr. G vertelt nu dat er regelmatig lucht uit zijn penis komt en dat hij ook in zijn darmen last heeft van winderigheid. Als ik iets zeg over de sombere indruk die hij maakt en hoe depressie kan leiden tot allerlei onaangename lichamelijke sensaties, bagatelliseert patiënt zijn somberheid en benadrukt hij dat zijn symptomen toch duidelijk wijzen op een lichamelijke ziekte, waardoor hij geen erectie meer kan krijgen. Tijdens onze derde en laatste sessie legt dhr. G. de nadruk weer anders en blijkt hij te worden geplaagd door maagklachten en het gevoel dat zijn testikels koud zijn, dat ze lijken te krimpen en dat zijn penis zich in zijn buik aan het terugtrekken is.*

#### Behandelvormen

Hoewel uit de cijfers over deze relatief kleine groep mannen natuurlijk geen harde conclusies getrokken kunnen worden over Turkse en Marokkaanse mannen met seksuele klachten, valt in ieder geval op dat het succespercentage laag is, terwijl het percentage drop-outs, met name onder Marokkaanse mannen, erg hoog is (zie tabel 2a en 2b).

Bij de behandelingen maakte ik gebruik van verschillende methodieken.

*Informatie en voorlichting:* Zoals eerder vermeld probeerde ik in toenemende mate om de informatie die ik gaf zo goed mogelijk te laten

de patiënt er ook baat bij heeft. Met name veelvuldige en indringende informatie over het verband tussen lichaam en geest bleek bij veel van deze behandelingen onontbeerlijk.

*Ontspanning en ademhaling:* Met name gedurende de eerste twee jaar die door dit onderzoek worden bestreken schreef ik regelmatig ademhalings- en ontspanningsoefeningen voor, bijvoorbeeld in een poging het algemene stressniveau te verlagen of als onderdeel van de bestrijding van hevige faalangst. Deze oefeningen sloegen vrijwel nooit aan en de compliance was buitengewoon slecht. Blijkbaar slaagde ik er niet in mijn patiënten duidelijk te maken wat het belang van deze oefeningen was en raakten zij gedemotiveerd bij het uitblijven van snelle resultaten.

*Masturbatieoefeningen:* Voor vrijwel alle patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst gold dat zij als jongen wel gemasturbeerd hadden, maar dat zij als volwassen mannen dat niet langer deden. Masturbatie werd gezien als iets dat alleen jongens doen, maar ook als gevaarlijk en verslavend. Oefeningen waarbij zelfstimulatie een rol speelde waren voor sommige mannen bovendien niet acceptabel om religieuze redenen. Overigens kan de imam een ontheffing op het verbod op masturberen verlenen, als dat om gezondheidsredenen noodzakelijk is. Toch blijft het masturberen daarmee nog steeds een handeling die niet past in het seksuele leven van volwassen Turkse en Marokkaanse mannen. Het laten inmasseren van een (indifferent) zelf levert soms een aardig compromis op. De hulpverlener

aansluiten op de eigen opvattingen en ideeën van de patiënt zelf, zonder afbreuk te doen aan de noodzaak dat hij langzamerhand zijn visie op seksualiteit zou moeten gaan aanpassen en veranderen (zie Thung, 2000). Het ontbreken van schriftelijk, auditief en visueel materiaal in de eigen taal van de patiënten bleek hierbij overigens een grote handicap. De besproken onderwerpen waren zeer divers en varieerden van voorlichting over masturbatie (veel patiënten waren nog van mening dat masturbatie schadelijk is voor het lichaam) tot informatie over de rol van de clitoris bij de vrouw. Het geven van informatie en voorlichting vormde eigenlijk een hoofdbestanddeel van alle behandelingen, al slaagde ik er de ene keer beter in dan de andere. Veel van de onderzochte Turkse en Marokkaanse mannen hadden immers te kampen met ernstige misvattingen en mythes over mannelijke seksualiteit. De grote vraag is dus niet óf er informatie moet worden gegeven, maar h<sup>o</sup>e je dat zo kan doen dat

moet overigens in de gaten houden dat de patiënt vaak speciale maatregelen moet nemen om een beetje privacy te krijgen voor dit soort oefeningen.

*Bekkenbodemspieroefeningen:* De zogenaamde Kegeloefeningen voor het trainen van de bekkenbodemspieren en het vergroten van de controle over deze spieren, leverden onverwacht vaak goede resultaten op. De rationale achter deze oefeningen laat zich makkelijk vertalen in somatische termen en spreekt deze groep patiënten daarom vaak aan. Het ritmisch aanspannen en ontspannen van de spier is goed voor de lokale bloedsomloop en een ontspannen spier vergemakkelijkt het krijgen van een erectie omdat de bloedvaten niet worden afgeknepen. Ook aandacht voor de pompwerking van de bekkenbodemspieren bij erectieverlies bleek soms te helpen. Ontspannen tijdens het vrijen en krachtig aanspannen vlak voor het klaarkomen bleken, tenslotte, goede technieken om het orgasme uit te stellen (zie bijvoorbeeld Metz en Pryor, 2000). Opvallend was dat pijnklachten in het genitaal

gebied nogal eens verdwenen of verminderden als de patiënt kon leren de bekkenbodemspier vaker en beter te ontspannen. Mijn indruk is dat de betreffende oefeningen met name leidden tot een bewustzijnsverandering ten aanzien van de genitaalstreek

*Cognitieve therapie:* Technieken uit de cognitieve therapie of de Rationeel Emotieve Therapie zette ik vooral in ter vermindering van faalangst. Deze technieken leken alleen een positieve werking te hebben als ik erin slaagde duidelijk te maken dat er, wanneer een man bezig is met vrijen en hij zich daarbij voortdurend afvraagt of zijn penis het al dan niet doet, spanning of stress ontstaat en dat dit slecht is voor de opwinding en leidt tot vernauwing van de bloedvaten. In alle andere gevallen bleek er weer sprake van een slechte compliance ten aanzien van de betreffende huiswerkopdrachten en sloegen de technieken dus niet aan.

*Inzichtgevende benaderingen:* Gespreksvoering volgens psychodynamische principes bleek vrijwel niet mogelijk. Inzichtgevend werken is uiteraard alleen zinvol als de patiënt gemotiveerd is voor een intensief zoekproces in zichzelf en hij de hulpverlener kan beschouwen als iemand die hem daarbij helpt. Turkse en Marokkaanse mannen verwachten in eerste instantie dat de hulpverlener het probleem voor hen oplost. Uiteraard bevatten de gesprekken zeker 'inzichtgevende momenten', maar die hadden eerder betrekking op het accepteren van nieuwe of andere informatie over aspecten van seksualiteit, dan op emotioneel geladen inzichten over het verband tussen bijvoorbeeld

Wanneer het toch lukte om een relatiegesprek te arrangeren, deden zich nieuwe valkuilen voor.

*Dhr. U. heeft last van zowel een erectiele disfunctie als een premature ejaculatie. Hij is erg gespannen, ook tijdens het vrijen en heeft duidelijk last van prestatiedwang en faalangst. Tijdens onze eerste gesprekken laat ik hem weten dat zijn problemen makkelijker aangepakt zouden kunnen worden als zijn vrouw aan de gesprekken deel zou nemen. Patiënt geeft een ontwijkend antwoord, maar een paar sessies later zit hij samen met zijn vrouw in de wachtkamer. Ze is veel jonger dan hij en maakt een verlegen, schuchtere indruk. Na een aantal oriënterende vragen, leg ik de principes van sensate focus uit. Dhr. en mw. U. voelen zich duidelijk niet op hun gemak. Ik merk dat met name dhr. U. het onaangenaam vindt dat er, in het bijzijn van zijn vrouw, zo openlijk over seksualiteit en lichamelijkeheid gesproken wordt, terwijl hij daar tijdens de individuele gesprekken geen last van leek te hebben. Mw. U. bloost bijna voortdurend. Op de volgende afspraak komen ze niet opdagen.*

Bij jongens en mannen die reeds op jonge leeftijd in Nederland waren komen wonen bleek dit iets makkelijker te gaan, maar ook bij hen was vaak sprake van veel weerstand. Uiteraard werden de behandelmogelijkheden hierdoor sterk beperkt.

*Medicatie:* Bijna de helft van alle onderzochte mannen kreeg medicatie voorgeschreven (uiteraard door een arts). Hierbij moet worden aangetekend dat

opvoeding en klacht of de ontdekking van voorheen onbewuste motieven en drijfveren.

*Relatiegesprekken:* Vrijwel geen enkele patiënt uit de onderzochte groep bleek bereid zijn vrouw mee te nemen voor de gesprekken (zie ook het eerste artikel in deze reeks). Het voorschrijven van sensate focus oefeningen was dus meestal niet aan de orde.

nogal wat Marokkaanse mannen de gesprekken al hadden afgebroken voordat eventuele medicatie überhaupt ter sprake was gebracht. Ik heb hiervan geleerd en bespreek tegenwoordig het gebruik van medicijnen tijdens elk kennismakingsgesprek met Marokkaanse patiënten. Dit is des te meer van belang omdat met Viagra er nu een adequaat en voor veel mannen acceptabel middel op de markt

#### Medicijn Indicatie Aantal patienten Resultaat

+ -

Medicijn	Indicatie	Aantal patienten	Resultaat +	Resultaat -
Yohimbine	libidostoornissen, ED	2	1	1
Viagra	ED	2	1	1
Seroxat	PE, angststoornissen, depressie	7	4	3
Prozac	depressie,	1	1	-
Brufen	libidovermindering	2	1	1
ZIT	pijnklachten	5	3	2
Zalf	ED	2	-	2
	ED			

*Tabel 3:* inschatting van de resultaten van de verschillende voorgeschreven medicijnen. ED= erectiele disfunctie, PE= premature ejaculatie, ZIT=Zelf Injectie Therapie.

---

## *De behandeling van een groep Turkse en Marokkaanse mannen 65*

is dat goed werkt bij erectiele disfuncties. Tabel 3 geeft een inschatting van de werkzaamheid van de medicijnen die aan de onderzochte mannen werden voorgeschreven.

Bij tabel 3 moet worden aangetekend dat Viagra alleen gedurende de laatste periode van dit onderzoek beschikbaar was. Vermeldenswaard is hier verder de klinische impressie dat Seroxat bij sommige patiënten met psychosomatische pijnklachten en een neiging tot hypochondrie tot een aanzienlijke klachtenreductie kan leiden. Dit zou erop kunnen duiden dat deze klachten vooral verband houden met depressie en/of angst.

### Nabeschouwing

Hieronder wil ik nog eens samenvatten wat voor mij de belangrijkste leerpunten waren, die uit dit casuïstiekonderzoek naar voren kwamen. Tijdens de eerste gesprekken met mannen van Turkse en Marokkaanse afkomst, is het van groot belang dat de seksuoloog competent overkomt. Serieuze aandacht voor alle klachten van de patiënt en voor diens eigen theorie over de ontstaansgeschiedenis ervan moet, als het enigszins kan, uitmonden in een verklaringsmodel dat voor beide partijen aanvaardbaar is en dat ruimte biedt voor

ken voor beleefdheden en andere onderwerpen die niet rechtstreeks in verband (lijken te) staan met de klachten. Ik gebruik deze intermezzo's steeds vaker om informatie te krijgen over jeugd, opvoeding, contacten met de familie en cultureel bepaalde opvattingen. Daarnaast dienen zich vaak mogelijkheden aan voor egoversterking (complimenten over doorzettingsvermogen, begrip voor hoe zwaar het allemaal is enzovoorts).

Hoewel mijn indruk is dat de bovenstaande veranderingen in en aanpassingen van mijn werkwijze de kwaliteit van de hulp inderdaad verhogen, kan ik dat nog niet met cijfermateriaal onderbouwen. Uiteraard is het uiteindelijke doel om het aantal drop-outs te verminderen en het succespercentage te verhogen. Gezien het toenemend aantal patiënten van allochtone afkomst, maar ook gezien het feit dat seksuele disfuncties de kwaliteit van leven voor deze patiënten ernstig kunnen aantasten, is verdere methodiekontwikkeling voor de seksuologische hulpverlening van groot belang.

### Literatuur

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

behandeling. Zelf benadruk ik nu meestal dat elk seksueel probleem somatische, psychische, relationele en culturele aspecten heeft en dat die aspecten onderling samenhangen. Doorvragen naar onderwerpen die de patiënt als irrelevant ervaart zal in de eerste fase van een behandeling gemakkelijk leiden tot ondermijning van het vertrouwen en drop-out.

Uitgebreide informatie over de voorgestelde behandeling is eveneens van belang. Ook hier probeer ik uit te leggen dat bij een goede behandeling aandacht besteed wordt aan alle vier de bovengenoemde aspecten, waarbij de meestal somatische hypothese van de patiënt zelf extra aandacht krijgt. In een zo vroeg mogelijk stadium vertel ik welke medicatie er beschikbaar is en waarom die al dan niet meteen voor zal worden geschreven. Meestal geef ik ook aan dat het soms zoeken is naar de beste oplossing en dat voortijdig onderbreken van de therapie daarom onverstandig is (drop-out preventie).

Wanneer er sprake is van een depressie, hypochondrie of psychosomatische klachten moet, naar mijn ervaring, snel adequate medicatie worden ingezet, zo nodig in overleg met een psychiater.

Wanneer er eenmaal vertrouwen of vertrouwdheid groeit, is het van belang meer tijd uit te trek

#### Hulpverlening.

Metz, M.E. en J.L. Pryor (2000). **Premature ejaculation: a psycho-physiological approach for assessment and management.** *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26: 293-320.

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

Sofer, J. (1988). **Seks tussen mannen in de Arabische maatschappij.** *De Gay Krant*, 17 december 1988, nr. 121.

Thung, F.H. (2000). **Geestmodellen en modelgeesten. Verklarende modellen in de transculturele psychiatrie.** *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55: 528-539.

Vlasblom, R. (1994). **Doelgroep migranten.** *SOA-Bulletin*, 15: 4-5.

#### English Summary

**The treatment of sexual complaints of men of Turkish and Moroccan descent in the Netherlands**

**A qualitative case study was performed among a group of 30 men of Turkish and Moroccan descent. The results are presented in two articles. The present article pays attention to the different kinds of sexual problems presented by the patients. It is noted that, apart from their sexual dysfunction(s), many of these patients present with a wide range of somatic complaints. The role of language and communication in the treatment-sessions is examined in the next section. No relationship could be found between the patient's proficiency in Dutch and the results of the treatment. Next, impressions about the results of the following treatment modalities are discussed: information and sexual education, relaxation and breathing, masturbation exercises, pelvic floor muscle exercises, cognitive therapy, insight oriented approaches, couple therapy, and treatment with medication. The most salient lessons to be learned from this study are summarised.**

