

Seks, angst en pijn: een mediahype, een lekencommentaar, een feministisch proefschrift en de DSM

Jelto Drenth, Groningen

Samenvatting

Dit artikel reflecteert op vier bronnen van informatie over dyspareunie en vaginisme. De tv-documentaire *My fucking problem* van Anne van Campenhout leidde tot een forumdiscussie onder leiding van Sophie Hilbrand, waarna Esther Polak reageerde met een persoonlijk commentaar in *Opzij*. Het derde onderdeel is een uitvoerige boekbespreking over *Wenn Sex schmerzt* van de Weense feministische onderzoekster Julia Riegler. Tenslotte wordt er stilgestaan bij de sterkten en zwakten van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek over dyspareunie, met in het bijzonder een uitwijding over het dispuut over de DSM-5-definitie van seksuele pijn- en penetratieproblemen van vrouwen.

In maart 2017 zagen veel seksuologen de documentaire *My Fucking Problem* van Anne van Campenhout, met een discussie nadien onder leiding van Sophie Hilbrand. Film en discussie leken niet echt goed met elkaar te sporen: Anne en haar respondenten (en partners) waren vooral gefocust op de rol van pijn in de relatie, terwijl de discussie meer over primair vaginisme leek te gaan. Ik had over het geheel nogal ambivalente gevoelens, en bij navraag bij collega's bleek ik niet de enige te zijn. Ik heb nadien nog mailcontact met de maakster gehad. Zij vertelde dat haar mailbox geëxplodeerd was, dat er meer dan vijftig expliciete adviezen aangereikt waren, en dat sommige respondenten erg boos waren dat Minke de Boer (toch wel de meest degelijke professional in het panel) stelde dat zij dacht toch wel 90% succes te hebben bij de vrouwen/paren die haar praktijk gevonden hadden vanwege primair vaginisme. Een openbare reactie verscheen in *Opzij*, van de hand van Esther Polak¹. Zij had de uitzending bekeken met afgrijzen, maar ook met compassie, gekleurd door haar eigen, heel andere, seksuele *coming of age*. Haar CV begint met masturbatie vanaf 15; een jaar later heeft ze haar eerste coïtuservaring, en die valt tegen. Ze schakelt naar een blijmoedig seksleven zonder penetratie. Af en toe test ze nog weleens of dat echt niet kan, en dan lukt het inderdaad niet.

Door de documentaire My Fucking Problem realiseer ik mij dat ik een half jaar in mijn leven, of misschien wel tweeënehalf jaar, vaginisme heb gehad. Maar een probleem was dat niet.

Ze vertelt vervolgens hoe ze met verschillende vriendjes ruimschoots creatieve erotische ervaringen opgedaan heeft, en dat het haar nooit aan seksueel zelfvertrouwen ontbroken heeft. Op zeker moment mondde een kleine variatie van haar orgasme-gerichte routine (glijcontact tussen penis en schaamlippen) opeens uit in penetratie, zonder enige moeilijkheid.

Ik ben neuken altijd blijven combineren met veel niet-neuken. Ik ben het ook altijd belangrijk blijven vinden om ongeveer evenveel klaar te komen als mijn partner. Bijna als een soort geldrekening. Geen man heeft dit ooit gek of egoïstisch gevonden.

Kort na *My fucking problem* las ik in het *Zeitschrift für Sexualforschung* een boekbespreking over *Wenn Sex schmerzt. Biographische und soziale Genese einer sogenannten "Sexualstörung"*, een dissertatie van psychologe Julia Riegler uit 2015, die mijn interesse wekte. Zij promoveerde binnen een project getiteld: *Politisierung von Erkenntnis und Körper; Möglichkeiten einer transdisziplinären feministischen Wissenschaftskritik*. Dat voorspelt dus zware, hoog-theoretische kost, maar mij enthousiasmeerde de feministische invalshoek. In de beginjaren van mijn professionele ontwikkeling was de seksuologie in hoge mate schatplichtig aan het feminisme. Dit boek heeft mij één van de wonderlijkste leeservaringen uit mijn carrière bezorgd. Ik bespreek het uitvoerig omdat ik vrij zeker weet dat (bijna) niemand van de vaderlandse seksuologen het zal gaan lezen.

Drs. J. Drenth, arts-seksuoloog, gepensioneerd
Correspondentie: E: drenth.dekker@planet.nl

Ontvangen: 10 december 2017; Geaccepteerd: 27 april 2018

¹ De brief van Esther Polak is online gepubliceerd in de rubriek *Opinie* van het Tijdschrift voor Seksuologie

De narratieve methode als subgroep binnen het kwalitatieve onderzoek

De schrijfster hanteert een strikt kwalitatieve methodiek, maar ze heeft natuurlijk de courante kwantitatieve publicaties goed bestudeerd. Haar radar is scherp gericht op androcentrisme; ze is er voorts alert op dat de vele obligate biopsychosociale geloofsbelijdenissen ook waargemaakt worden. Derhalve wordt uitgebreid aandacht besteed aan context. Medicalisering krijgt veel aandacht; Moyhian's *Sex, lies and pharmaceuticals* uit 2010 wordt uitvoerig geciteerd (zie ook Drenth, 2011). Ze benadrukt de verwevenheid tussen de belangen van de farmaceutische industrie en het wetenschappelijke streven naar harde criteria voor de vrouwelijke seksuele (dis)functies. Een ander uitgangspunt: dichotomiseren tussen somatogeen en psychogeen is een simplificatie.

Haar eigen interviewproject typeert Riegler als *Alltag*, hetgeen inhoudt dat de rol van de wetenschapper ondergeschikt is aan de beleving van de vrouw die pijn heeft. Want dyspareunie is immers een fenomeen dat nogal eens door onderzoekers geannexeerd is; dat levert een parallel beeld op, waar de schrijfster ruim honderd pagina's aan wijdt. De classificatiesystemen worden behandeld, waarbij de auteur fijntjes erop wijst dat, wie pathologie definieert, automatisch ook verordonneert wat normaal is, te weten heteroseksuele, de coïtus centraal stellende interactie. Uiteraard wordt in dit verband Leonore Tiefer uitvoerig geciteerd (o.a. *Sex is not a natural act*, uit 1994).

Twee voorbeelden van kritiek op kwantitatieve, gecontroleerde research

De Canadese researchgroep rond Yitzchak Binik wordt behandeld, en de dissertatie van Marieke Brauer. Beide kenschetst zij als methodologisch objectivistisch, hetgeen haars inziens onvermijdelijk tot decontextualisering leidt. De pijnlijgende vrouwen worden ont koppeld van hun context en vervolgens verdwijnen ze achter de datasets. Riegler gebruikt nogal eens het Marxistische begrip *Verdinglichung*. (De arbeider wordt door het grootkapitaal van mens tot productiemiddel gereduceerd.) Zo wilde Binik dyspareunie van een seksuele disfunctie omkatten naar een pijnstoornis; dat is dus een specimen van *Verdinglichung*. Binik maakte het zijn critici erg gemakkelijk: één van zijn motieven was dat onderzoekers makkelijker financiering zullen vinden voor 'fatsoenlijke' pijnstoornissen dan voor de, nog steeds beladen, seksproblemen. Kortom: het *product* dyspareunie kan door een andere *branding* beter in de fondsenmarkt gezet worden. Leonore Tiefer riposteerde dat dyspareunie juist het enige seksprobleem is waarbij de term disfunctie in de meest letterlijke betekenis correct toegepast is.

Riegler wijdt tien pagina's aan één artikel van de Canadese groep (Meana, Binik, Khalifé, & Cohen, 1997) en dat mondt uit in deze conclusie: "De onderzoeksresultaten hebben onveranderlijk betrekking

op >gemankeerde< (gepathologiseerde), individuele (geïsoleerde) vrouwen." Niks context dus, niks biopsychosociaal. De artikelen uit Marieke Brauers dissertatie analyseert ze als voorbeelden van laboratoriumonderzoek waarin de relatie tussen pijn en afwezigheid van opwinding de focus vormt. Ook hier ziet Riegler de vrouwen verdwijnen achter de methodiek, en in de analyse bespeurt ze een cognitivistische bias. "De raadsels waarmee deze uitkomsten de onderzoek(st)ers confronteerden, spreken boekdelen over de, uit de nomothetische onderzoekslogica voortkomende, ongepreciseerde vooronderstellingen waarin de onderzoek(st)ers gevangen zitten." Een soort tunnelvisie dus.

Drie voorbeelden van kritiek op kwalitatieve research

Meana et al. (1997) maken terloops melding van het feit dat sommige vrouwen met pijn, maar zonder zichtbare pathologie (dus niet de klassieke laesies die bij de oude diagnose focale vulvitis kenmerkend waren), even frequent coïteren als vrouwen zonder pijn. Dit gegeven is de focus van het eerste van drie interviewprojecten: *Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain?* (Elmerstig, Wijma & Berterö, 2008). Eva Elmerstig gebruikt de kwalitatieve methode *grounded theory* en zij legt er de nadruk op dat zij geen vooropgezette hypotheses hanteert. De interviewgegevens worden vanaf een blanco start gebruikt om een theorie te formuleren. Respondentes worden aangesproken op hun subjectiviteit, maar Riegler constateert dat er in de vraagstelling al zoveel vooronderstellingen doorklinken, dat de uitkomsten automatisch vrij stereotiep uit moeten vallen, cq. naar de subjectieve veronderstellingen van de interviewster toe buigen. En inderdaad, Elmerstig vond als kernpunt: het streven de ideale vrouw te zijn, met als deelaspecten berusting, opoffering, en schuldgevoel. De partner heeft in de theorie-opbouw geen rol, terwijl de interviewster niet blind is voor het feit dat vriendjes soms ongeloofwaardig-positief afgeschilderd worden. Andermaal dus verwaarlozing van de context.

Ook twee onderzoeken over vulvodynie (Kaler, 2005; Ayling & Ussher 2008) bevallen Riegler niet zo, omdat ook hierin de vrouwen teveel bevraagd worden naar hun reflecties over hun pijnprobleem, waarbij *unverfrohren* aangenomen wordt dat de respondentes zich graag zullen plaatsen in het feministische kader waar de interviewsters bevestiging voor nastreven ('*Does vulvodynia affect your sense of self as a woman?*'). Daarbij wordt kennelijk verondersteld dat alles wat vrouwen over hun probleem weten, ook echt bewust geweten wordt. En daarmee zitten we op Rieglers essentieelste punt: ze spreekt van *Körperwissen* als ze veronderstelt dat ieders alledaagse gedrag (ook seksueel) voor een deel gestuurd wordt door "kennis" die niet in het brein opgeslagen is. In dit verband hanteert ze het begrip *habitus* van Bourdieu: de niet-reflectieve

vanzelfsprekendheden waarmee iedereen in zijn sociale context weet hoe je je moet gedragen. In Rieglers eigen werkwijze, het narratieve interview, geldt dat teveel reflectie, teveel theoretiseren over de eigen problematiek, een stoorzender vormt.

Eigen onderzoek: de narratieve methode *im Alltag*

Riegler interviewde 24 vrouwen (leeftijden: 21 tot 68 jaar) die vooral via psychotherapeuten en consultatiebureaus gevonden werden. Zij is niet geïnteresseerd in representativiteit, wel heeft ze gestreefd naar zo groot mogelijke variatie. De lezer krijgt van 6 van de 24 vrouwen zeer uitgebreide verslagen, met blokken verbatim en uitgebreide parafrazen en uitdiepingen. De narratieve werkwijze impliceert dat iedere vrouw wordt uitgenodigd om haar levensverhaal te vertellen; de term *Stehgreif* (voor-de-vuist-weg, *stand-up*) gebruikt zij om de respondenten op het juiste pad te zetten. Bij de eerste casus was de respondente 2.45 uur aan het woord, en pas daarna volgden 45 minuten waarin de interviewster verheldering vroeg en lacunes aanroerde. Sommige vrouwen blijken nauwelijks tot een verhaal in staat; zij kleuren alle informatie met reflectie. Verbatim is in dit boek zeer letterlijk en precies; de Oostenrijkse tongval wordt fonetisch uitgeschreven, en ook aarzelingen, lachjes en momenten van hard of zacht spreken worden gemeld. Vervolgens demonstreert Riegler een buitengewoon intense vorm van *close reading*, waardoor subtiele gevoelsladingen aan het licht gebracht worden. Een minuscule voorbeeld: in het zinsfragment... *i hab irgendwie irgendwie war des wie gesagt dan so ...* begint Paula Jobst met een actieve werkwoordsvorm (ik heb (iets gedaan)), maar schrikt daarvoor terug en schakelt terug naar haar gebruikelijke passieve formulering (er is mij iets overkomen). Een voor haar kenmerkende, behoorlijk deprimerende attitude.

Een nadeel van dit boek is de taal waarin deze scherpe analyse overgedragen wordt: Riegler hanteert een uiterst wijdlopieg, hermetisch jargon.

Eén uittreksel²

Therese Engel, 62, is zeer geïsoleerd opgegroeid in een bekrompen, extreem religieus gezin waarin vooral de vader het contact met jongens onmogelijk maakte. Zij heeft vanaf haar eerste coïtuservaring op 24 jaar pijn, en is daar nooit vrij van geweest, ondanks een aantal therapieën en bezoeken aan consultatiebureaus. Zij vertelt een *Sad Tale*; haar axioma over hoe een 'goede', 'echte' vrouw in bed hoort te zijn confronteert haar ononderbroken met haar falen. Zij stigmatiseert zichzelf. Aan voorspel heeft zij nooit veel plezier beleefd, dus in haar ervaringen met mannen spelen glijmiddelen altijd een grote rol. Ook haar onvermogen om 'normaal' tot orgasmes te komen is een bron van zelf-

verwerping. Ze heeft maar beperkte ervaring met langere relaties, geen kinderen en haar beroeps carrière (inmiddels zes jaar geleden afgesloten) gaf ook weinig reden tot satisfactie. Riegler spreekt bij een dergelijk CV over 'ongeleefde levens'.

Een bijzonder snijdend detail is, dat zij een aantal jaren een minnaar gehad heeft die haar wel heeft kunnen laten kennismaken met seksuele ervaringen die in haar normaalbeeld passen, inclusief vaginale orgasmes (dus zonder clitorisstimulatie). Ze beleeft dit succes echter als zijn verdienste: hij was bijzonder groot geschapen, was tot eindeloos coïteren in staat, en gelukkig was hij op het moment van bij haar naar binnen gaan subtiel en geduldig. Hij was echter niet geneigd zich aan haar te binden en ze wist nooit wanneer hij weer eens langs zou komen.

Evaluatie van Rieglers werk

Riegler heeft mij ervan overtuigd dat dit type analyse een wezenlijk feministische bijdrage levert. De intensieve aandacht voor de context is inderdaad een verrijking in vergelijking met de courante androcentrische geluiden. De ideeën die ze vervolgens aan klinisch werkende psychotherapeuten aanreikt, zijn niet heel spectaculair; dat zou samen kunnen hangen met het feit dat Riegler zelf geen therapeutische praktijk voert. Het lijkt eigenlijk sterk op de feministische grondtoon in de seksuologie van de jaren 80, namelijk dat het altijd moet gaan om het versterken van de autonomie, en dat vrijere seksuele expressie ten goede dient te komen aan de vrouw zelf, en niet vooral aan de partner. Ze constateert verder tevreden dat de narratieve methode inderdaad licht kan doen schijnen over etiologische aspecten die niet in het bewuste geheugen teruggevonden kunnen worden, maar die in een *Körperwissen* verankerd zijn. Dat doet mij persoonlijk deugd, omdat ik met regelmaat de nauwe voorhuid aangewezen heb als product van vroegkinderlijke angsten. Bovendien hebben we in Nederland net een relevante, uitvoerige discussie achter de rug: Griet Op de Beeck werd in *De Wereld Draait Door* geïnterviewd over haar incestverleden, en daarbij formuleerde zij uiterst genuanceerd. Zij benadrukte dat zij geen herinneringen teruggevonden heeft, maar tijdens haar therapeutische proces met allerlei elementen van *Körperwissen* haar stabiliteit, haar kennis van haar historie hersteld heeft. Waarmee zij nogal wat ongeloof over zich heen haalde.

Bij alle zes vignetten lezen we hoe de geïnterviewde vrouwen gereageerd hebben op de vraag hoe zij het gesprek beleefd hebben, maar omdat er in de uiteindelijke tekst veel zaken geëxpliciteerd zijn waarvoor de geïnterviewde juist een filter hanteerde, die dus niet met woorden uit het eigen biografische geheugen gehaald zijn, zou ik erg benieuwd zijn naar de reacties

²Vanwege het volume is in dit artikel maar één casus opgenomen. Liefhebbers van ziektegeschiedenissen kunnen bij de auteur een PDF van de andere vijf opvragen

van de respondentes op de uiteindelijke tekst. Die nieuwsgierigheid wordt helaas niet bevredigd. Het is een beetje een rare vergelijking, maar van de vrouwen die door overrijverige hypno-therapeuten ‘verdrongen herinneringen’ aangereikt kregen, zullen sommigen toch ook echt wel de conclusies verworpen hebben. Zoals ook Freuds analysanden vast wel eens een duiding tegengesproken hebben, of stilletjes van zich af lieten glijden.

Het is opmerkelijk hoe zorgvuldig de onderzoekster zich beperkt tot dyspareunie, en vaginisme buiten beeld houdt. Het is haar gelukt: ik heb de vignetten ook gelezen met de vraag in het achterhoofd: klopt het dat dit helemaal dyspareunie is, en geen vaginisme, en ik kan Riegler prima volgen. Eén vrouw kreeg van een gynaecologe het label vaginisme, en die wilde met injecties in de bekkenbodemmusculatuur het probleem attaqueren. (Wie alleen een hamer heeft, ziet overal spijkers, denk ik dan.) Riegler volgt consequent de taal van haar geïnterviewden, dus het woord botox valt niet.

Het is dan weer leuk dat van de weinige keren dat vaginisme wel besproken wordt, het kleine artikel van Willeke Bezemer uit 1985 (Bezemer, 1985, waarvan ik niet wist dat er in 1988 een Duitse versie van gepubliceerd werd (Bezemer, 1988)) vrij frequent aangehaald wordt. Riegler is kennelijk gecharmeerd van het expliciete therapiedoel, geformuleerd als: dat lichaam en geest elkaar niet meer tegenspreken. Dat overlapt fraai met haar ideeën: zij benoemt *eine widerständige Leibheit*. Dus zijn Riegler en Bezemer het erover eens dat dyspareunie een emancipatoir potentieel in zich heeft. Dat komt ook naar voren uit de brief van Esther Polak, n.a.v. *My fucking problem*:

Wat was ik blij dat ik opgegroeid ben in een tijd van seksueel experimenteren, en dat ik zo'n lekker koppige vagina had.

Tussen Nederland en Oostenrijk gaapt onmiskenbaar een cultureel-wetenschappelijke kloof. Ik vond het overigens verrassend dat deze Weense psychologe vrijwel nergens aan Freud refereert. En in ons taalgebied zou een feministische auteur bij dit onderwerp misschien weinig psychoanalyse, maar vast wel de hechtingstheorie als interpretatiekader gebruiken; zo niet Riegler. Al met al realiseer ik me dat ik wel één boek van een Oostenrijkse kan behappen, maar dat ik daarmee alleen maar met meer vragen blijf zitten over hoe het in Wenen nu echt toe gaat in de seksuologie.

Over dyspareunie en vaginisme

Voor Riegler is het vanzelfsprekend dat dyspareunie en vaginisme verschillende probleemgebieden zijn, maar daaromtrent is recent op wetenschappelijk niveau fors gebakkeleid, met als resultaat een DSM-5 waarin het verschil geëlimineerd werd. Riegler had van de classificatiediscussie nog wel Binik's voorstel meegekregen om dyspareunie van seksuele dysfunctie naar pijnstoornis te transporteren (hetgeen afgewezen werd),

maar de verwijdering van vaginisme, de samenvoeging met dyspareunie tot genitopelviene pijn/penetratiestoornis (GPPPS) kwam na haar promotie. Ik ben niet blij met deze reductie van nuance. Kennelijk missen allerlei gecontroleerde researchmethoden het oplossend vermogen om de verschillen te kwantificeren, maar in de kwalitatieve *Alltag* zijn die verschillen toch echt relevant, voor de hulpvraagster en de behandelaar. In de NHG-standaard Seksuele klachten bijvoorbeeld wordt voor dyspareuniepatiëntes geruststelling en informatie door de huisarts zelf aanbevolen, en pas in tweede instantie verwijzing naar een seksuoloog. Bij primair vaginisme is die verwijzing de enige optie. Dus: ga er zelf niet mee pionieren. Bezemers groepen waren destijds voor vaginistische vrouwen/paren; dyspareunie was een exclusiegrond en daar was goed over nagedacht. Onder *Alltag* valt voor mij ook het ruime aanbod aan (semi-)professioneel en ervaringsdeskundig advies via sociale media, waarvan de participanten echt niet van plan zijn om de vertrouwde term vaginisme te vervangen. *Collateral damage* in de DSM-5 pijnagnostiek is dyspareunie bij mannen, en dat raakt mij nogal persoonlijk, want ik heb in de loop der jaren toch zeker honderd pagina's aan dat onderwerp gewijd. Waarvan een deel ook gaat over *Körperwissen*: mijn eerste publicatie had als titel: De voorhuid als verklikker (Drenth, 1979). Logisch dus dat seksuologische therapeuten, na de bittere pil van de GPPPS, zo teleurgesteld waren over *My fucking problem* en de discussie erna. Het grote publiek had best wat genuanceerder voorgelicht kunnen worden. Maar ook onder prominenten van de kwantitatieve school is een soort spijtoptantengeluid te horen: al een jaar na de publicatie van de DSM-5 betoogden negen Nederlanders en één Canadese dat de term *lifelong vaginismus* toch eigenlijk wel erg gemist werd (Reissing et al., 2014).

We mogen deze verschraling wijten aan 'de kwantitatieven', maar het is juist en passend om ook stil te staan bij hun verdiensten. De gelegenheid deed zich snel voor: in het volgende *Zeitschrift für Sexualforschung* stond een ambitieuze *review* van gecontroleerde onderzoeken (gerandomiseerde en klinische) naar psychosociale behandelingen van seksuele dysfuncties bij vrouwen (Schmidt, Höhn, Widmeyer & Berner, 2017). Tussen 1985 en 2015 vond men 148 artikelen, maar na een grondige, op de acht criteria van de *Cochrane Handbook* gebaseerde kwaliteitsweging bleven maar negentien researchverslagen over. Een imposante tabel laat echter ook van deze negentien artikelen precies zien over welke *risks of bias* men nog twijfel heeft, en niemand is zonder zonden. *Alliance bias* bij voorbeeld (twijfel of de onderzoeker niet een heel uitgesproken voorkeur heeft voor één van de onderzochte methodes/interventies) leek bij vijftien van de negentien aantoonbaar te zijn. Dat beperkt de waarde van de geïnccludeerde onderzoeken, maar je gaat je dan ook afvragen hoe objectief de exclusies

konden zijn. Dat Willeke Bezemer niet in deze selectie is opgenomen verbaast mij niet: veel te weinig getallen. Des te bevredigender dat Riegler er zoveel waarde aan hecht.

Eén van de geïncludeerde artikelen is het fameuze *multi-centre project* rond focale vulvitis (tegenwoordig PVD genoemd) en de Woodruffplastiek, en dat is juist heel illustratief als het om *allegiance bias* gaat (Weijmar Schultz et al., 1996). De *Werdegang* van dat project heb ik in 1998 beschreven: vier universitaire gynaecologieklinieken beloofden hun schouders eronder te zetten, maar twee haakten al snel af (Drenth, 1998). De universitaire gynaecologiekliniek van Nijmegen (de gynaecoloog Julien Dony) was onstuitbaar enthousiast over opereren, en die van Amsterdam (Rik van Lunzen) was rabiaat tegen, dus bleven er maar twee over. Rotterdam en (vooral) Groningen moesten het doen, en dat kostte veel tijd. De eerste veertien vrouwen kregen, naast een flink multidisciplinair psychosociaal behandelingspakket, *at random* ofwel de operatie, ofwel een *shamtherapie*: een dag opname met een behandeling met locaalanaesthetica. Toen bij een tussenevaluatie na veertien patiëntes de resultaten niet van elkaar bleken te verschillen, werd de randomisatie losgelaten, vooral omdat de klinische werkende deelnemers aan het project hun tegenzin tegenover de operatie moeilijk konden onderdrukken. Dus ook hier: *allegiance bias*, maar erg begrijpelijk. Misschien speelde daarna de voorkeur van de behandelaar een hoofdrol (bewust of onbewust) want in de niet-gerandomiseerde fase koos maar 18% van de focale vulvitis-lijdsters voor operatie. Dit Nederlandse onderzoek contrasteert enorm met de Amerikaanse praktijk. Riegler, in haar kritiek op de medicalisering, stipt aan dat er in de dyspareunieliteratuur onevenredig veel artikelen zijn over *provoked vestibulodynia*, met de Woodruffplastiek als vanzelfsprekende behandeling. Terwijl deze praktijk toch op weinig *research evidence* kan bogen. Ook de NHG-standaard Seksuele klachten is over de kwaliteit van het chirurgieonderzoek bij PVD uiterst negatief.

Terug naar de Duitse review: in 30 jaar negentien onderzoeksprojecten die aan de, toch nog behoorlijk opgerechte, kwaliteitscriteria voldoen, dat maakt geen sterke indruk. Misschien is het tij ook wel aan het keren: in de weekendbijlage van de Volkskrant staat sinds enige tijd de rubriek 180°, waarin wetenschappers verslag doen van een omslag in hun overtuigingen. Jim van Os had al kort na zijn artsexamen geconstateerd dat in Frankrijk en Engeland schizofrenie niet hetzelfde ziektebeeld was, terwijl men dezelfde classificatiesystemen hanteerde. In latere jaren kreeg hij last van de kloof tussen academisme en *Alltag*: "Je academische cultuur mag voorschrijven dat schizofrenie bestaat, maar geeft je dat het recht om mensen dat label op te plakken? [...] Help de persoon zijn verhaal te ontwikkelen, inzicht te krijgen in onderliggende kwetsbaarheid en kracht, greep te krijgen op beperkingen en regie te pakken over de behandeling." Die emotie werd het

uitgangspunt van een nieuw boek: *Goede GGZ! de patiënt als partner*, en op basis daarvan lopen er momenteel een aantal vernieuwingsprojecten. Ook Christien Brinkgreve, emeritus vrouwenstudies, propageerde in haar afscheidscollage een sociologie waarin de verhalen van mensen een grotere rol spelen. Ze vormde met geestverwanten de groep Babel en er verscheen een boek met de veelzeggende titel *Weten is meer dan meten*. Kortom, Riegler is echt niet de enige die de lof zingt van kwalitatief onderzoek, met duidelijke accenten richting de narratieve aanpak.

Literatuur

- Ayling, K. & Ussher, J. (2008). "If sex hurts, am I still a woman?" The subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 294-304.
- Bezemer, W. (1985). Een groepsbehandeling voor vaginisme. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 9, 1-24.
- Bezemer, W. (1988). Körperharmonie als Therapieziel. Unsere Erfahrungen aus der Vaginismusbehandlung. *Sexualmedizin*, 12, 345-347.
- Brauer, M. (2008). *Dyspareunia in women; a painful affair. The role of fear of pain and sexual arousal*. <https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/12984>.
- Drenth, J.J. (1979). De voorhuid als verklikker. In Drenth, J.J., Bezemer, W., Sommeling, L. Van Ulzen, I. & Beetsma, P. (1979). *Seks als probleem*. Haarlem: Holland.
- Drenth, J.J. (1998). What's in a name; focale vulvitis, vestibulodynie, vulvaire vestibulitis of toch maar gewoon dyspareunie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 22, 145-151.
- Drenth, J.J. (2011). Bespreking van Moynihan: Sex, lies and pharmaceuticals. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 35, 49-50.
- Elmerstig, E., Wijma B., & Berterö, C. (2008). Why do Young women continue to have sexual intercourse despite pain? *Journal of Adolescent Health*, 43, 357-363.
- Kaler, A. (2005). Classifying pain: What's at stake for women with dyspareunia. *Archives Sexual Behavior*, 34, 34-36.
- Meana M., Binik Y., Khalifé S. & Cohen D. (1997). Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstetrics and Gynecology*, 90, 583 – 589.
- Moynihan, R. (2010). *Sex, lies and pharmaceuticals*. Crows nest: Allen Unwin.
- Reissing, E.D., Borg Ch., Spoelstra S.S., Ter Kuile M.M., Both S., De Jong P.J., ... & Weijmar Schultz W.C.M. (2014). "Throwing the baby out with the bathwater": the demise of vaginismus in favor of genitor-pelvic pain/penetration disorder. *Archives of Sexual Behavior* 43, 1209-1213.
- Riegler, J. (2015). *Wenn Sex schmerzt. Biographische und soziale Genese einer sogenannten "Sexualstörung"*. Gießen: Pyschosozial-Verlag.
- Schmidt, H.M., Höhn, C., Widmeyer, E. & Berner, M.M. (2017). Psychosoziale Interventionen für sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen. *Zeitschrift für Sexualforschung* 30, 213-247.
- Tiefer, L. (1995). *Sex is not a natural act*. Boulder: West View.
- Weijmar Schultz, W.C.M., Gianotten, W.L., Van der Meijden, W.I., Van de Wiel, H.B.M., Blindeman, I., Chadga, S., & Drogendijk A.C. (1996). Behavioral approach with or without surgical intervention to the vulvar vestibulitis syndrome: a prospective randomized and non-randomized study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 17, 143-148.

Summary

Sex, fear and pain; a media hype, a lay comment, a feminist dissertation and the DSM

This text is a reflection on four sources of information on dyspareunia and vaginismus. A tv-documentary *My fucking problem* was followed by a forum discussion, led by journalist Sophie Hilbrands, and as a reaction Esther Polak published a personal comment in the feminist monthly *Opzij*. The third element that is discussed is a thorough book review on *Wenn Sex schmerzt* by the Viennese feminist researcher Julia Riegler.

The publication is completed with a discussion on strengths and weaknesses of qualitative as well as quantitative research on dyspareunia, with a sideline towards the ongoing dispute on DSM-5's definition of sexual pain and/or penetration problems.

Keywords: dyspareunia, vaginismus, media and sexology, methodological controversy, DSM dilemmas

Trefwoorden: dyspareunie, vaginisme, media en seksuologie, methodologische controverse, DSM-dilemma's



OPROEP voor kandidaten voor de VAN EMDE-BOAS – VAN USSEL-PRIJS 2019

Volgend jaar zal wederom de tweejaarlijkse Van Emde-Boas – Van Ussel-Prijs worden uitgereikt. De uitreiking van deze prijs is gekoppeld aan het NVVS Voorjaarscongres dat op vrijdag 29 maart 2019 plaatsvindt.

De VEBVU- prijs van de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie bestaat uit een bronzen kunstwerk, een geldbedrag en een uitnodiging om een voordracht te houden, waarin de laureaat bij voorkeur zijn/haar visie geeft op de ontwikkelingen in de seksuologie.

De prijs zal worden toegekend aan een persoon, Nederlander of Vlaming, die

- zich bijzonder verdienstelijk maakt of gemaakt heeft voor de seksuologie en/of het maatschappelijk seksueel klimaat;
- op een oorspronkelijke en vernieuwende wijze werkt of gewerkt heeft, binnen wetenschap, beroep of samenleving;
- een ontwikkeling op gang gebracht of bevorderd heeft.

De winnaar is iemand die zich heeft geprofileerd binnen wetenschappelijk onderzoek, binnen het beroep en/of binnen de maatschappij, bij voorkeur op meerdere van deze fronten.

Het beroep kan omvatten: seksuologische hulpverlening, onderzoek, onderwijs, voorlichting of preventie.

De NVVS heeft een jury benoemd onder voorzitterschap van prof. dr. Ine Vanwesenbeeck, laureaat van de afgelopen editie. Onder voorzitterschap van prof. dr. Ine Vanwesenbeeck bestaat de jury voor 2019 uit Erik van Beek, Albert Bronkhorst, Els Elaut, Ruth Kaufmann en Esther van der Steeg.

De jury nodigt iedereen uit om tot en met **28 oktober 2018** namen van in aanmerking komende personen door te geven aan het secretariaat van de NVVS. Het secretariaat zal alle voorgedragen namen na **28 oktober 2018** aan de voorzitter van de jury overdragen. Na het jury-overleg zal de jury haar keuze met argumentatie, ter akkoord bespreken met het bestuur van de NVVS. De namen van niet-geselecteerden worden niet openbaar gemaakt.

Correspondentie bij voorkeur per e-mail richten aan:

Merel Hartog, Secretariaat NVVS

E: info@nvvs.info

W: www.nvvs.info