

tijdschrift voor
seksuologie

- 81 Editoriaal**
Marieke Dewitte
- 83 Seksuele klachten bij transgender personen in verschillende zorgtrajecten, een ENIGI follow-up studie**
Mauro E. Kerckhof, Els Elaut, Baudewijntje P.C. Kreukels, Timo O. Nieder, Inga Becker-Hebly, Tim C. van de Grift, Annemieke S. Staphorsius, Andreas Köhler & Gunter Heylens
- 93 De rol van psychische klachten in de samenhang tussen seksueel functioneren en de ervaren relatietevredenheid bij vrouwen**
Nelleke Stoot, Andrea Grauvogl & Jacques van Lankveld
- 101 Squirting: Een onoplosbaar raadsel**
Jelto Drenth
- 108 Heteronormativiteit en de preventie van seksueel geweld**
Ine Vanwesenbeeck
- 115 Literatuurbulletin**

Tijdschrift voor Seksuologie

Wetenschappelijk kwartaalblad over onderzoek en ontwikkelingen op het gebied van de seksuologie
www.tijdschriftvoorseksuologie.nl

Het Tijdschrift voor Seksuologie is een uitgave van de Stichting Tijdschrift voor Seksuologie en is een wetenschappelijk kwartaalblad over onderzoek en ontwikkelingen op het gebied van de seksuologie. Het staat open voor Nederlandstalige wetenschappelijke bijdragen over hulpverlening, onderzoek, opleiding en onderwijs, voorlichting en preventie.

Aanwijzingen voor auteurs

Manuscripten indienen via dr. Andrea Grauvogl, media- en redactieassistent,
E: redactie@tijdschriftvoorseksuologie.nl.
Voor uitgebreide informatie zie de website
www.tijdschriftvoorseksuologie.nl.

Redactie-adres

Voor Tijdschrift voor Seksuologie: dr. M. Dewitte
E: marieke.dewitte@maastrichtuniversity.nl
Voor Literatuurbulletin: dr. Andrea Grauvogl,
E: literatuurbulletin@gmail.com

Redactieraad

Dr. Marieke Dewitte (psycholoog, hoofd- en eindredactie), prof. dr. mr. Catrien Bijleveld (criminoloog), dr. med. Greta Bolle (arts), drs. Jelto Drenth (arts), dr. Els Elaut (psycholoog), prof. dr. Paul Enzlin, (pedagoog), drs. Erica Frans (agoog), prof. dr. Luk Gijs (psycholoog), dr. Hanneke de Graaf (senior onderzoeker), prof. dr. Jan Hendriks (pedagoog en ontwikkelingspsycholoog), prof. dr. Michiel Hengeveld (psychiater), prof. dr. Erick Janssen (psycholoog), prof. dr. Gerjo Kok (psycholoog), prof. dr. Ellen Laan (psycholoog), prof. dr. Jacques van Lankveld (psycholoog), dr. Peter Leusink (huisarts), prof. dr. Eric Meuleman (uroloog), prof. dr. Chijs van Nieuwenhuizen (psycholoog), dr. Cobi Reisman (uroloog), dr. Theo Sandfort (psycholoog), dr. Katrien Symons (socioloog), dr. Moniek ter Kuile (psycholoog), prof. dr. Alfons Vansteenberg (psycholoog), prof. dr. Ine Vanwesenbeeck (psycholoog), prof. dr. Willibrord Weijmar Schultz (gynaecoloog).

Redactie Literatuurbulletin

Dr. Marieke Dewitte (psycholoog), drs. Erik van Beek (filosoof), drs. Jelto Drenth (arts), drs. Yuri Ohlrichs (consultant), drs. Hester Pastoor (psycholoog), prof. dr. Ine Vanwesenbeeck (psycholoog).

Uitgave

Stichting Tijdschrift voor Seksuologie.
Voorzitter: Prof. dr. J. van Lankveld.
E: Jacques.vanLankveld@ou.nl. Secretaris: Freek Jan Berkhout. Leden: Marieke Dewitte, Erick Janssen, Peter Leusink, Ine Vanwesenbeeck

Administratie-adres

Secretariaat TvS - Status Plus, Zaanweg 119a 1521 DS Wormerveer, België. T: +31 (0)75-6476367;
E: info@tijdschriftvoorseksuologie.nl.
Bank KBC, rekening: 744-3563000-86, t.n.v. Tijdschrift voor Seksuologie.

Technische verzorging

VGA Verspaget Grafische Afwerking Nuenen,
De Huufkes 8, 5674TM Nuenen.
T: 040 201 1432, E: vgabv@planet.nl

Omslagontwerp

Vlijtige Lis geeft Vorm, E: iris@vlijtigelis.nl

Abonnement

Abonnementsadministratie en verkoop losse nummers: Status Plus, zie Administratie-adres.
De abonnementsprijs bedraagt, inclusief BTW, €45,00 per jaar (vier nummers). Losse nummers €12,50. Leden van de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS) en de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie (VVS) zijn via hun lidmaatschap geabonneerd.

Betaling

Via een toegestuurd factuur.

Wijziging naam of adres

Abonnement *zonder* lidmaatschap van beroepsverenigingen: melden aan het Administratie-adres. Abonnement met lidmaatschap: melden aan NVVS of VVS.

Opzeggen van abonnement

Abonnementen zonder lidmaatschap dienen schriftelijk te worden opgezegd vóór 1 december van het lopende kalenderjaar.

Copyright

De in dit tijdschrift gepubliceerde artikelen vallen onder het copyright van de Stichting Tijdschrift voor Seksuologie.

ISSN: 0167-5915

Editoriaal

Marieke Dewitte

Ik had beloofd dat we na het lijvige COVID-nummer onze blik weer zouden verruimen. Even genoeg van alle corona-berichtgeving. Nu we geleidelijk aan wat perspectief krijgen, door het verder uitrollen van de vaccinatiecampagne en de (moeizame) start van het buitenleven (Waar blijft de zon?), kunnen we langzaam terug ademen – voorlopig nog met mondkapjes weliswaar. Ook de klinische hulpverlening en het wetenschappelijk onderzoek herstelt en verbreedt zich terug. Na de *overload* aan corona-studies, is er weer meer aandacht voor fundamenteel en klinisch toegepast onderzoek binnen het ruime veld van de seksuologie. Ook in dit nummer pakken we de draad terug op en brengen we vier relevante artikelen over uiteenlopende onderwerpen.

Nu ja, de aandacht voor de gevolgen van de coronaepidemie op ons seksueel welzijn zal niet snel verdwijnen. De toekomst zal moeten uitwijzen hoe ingrijpend de gevolgen van de *lockdowns* zijn op onze macro- en micro-systemen. Er zullen vast wel een aantal dingen veranderen, we zijn nu eenmaal grondig door elkaar geschud. En uiteraard wordt er weer volop gespeculeerd. Onheilspellende berichten over (al dan niet seksuele) vrijheid en promiscuïteit. Sappige verhalen over wilde euforie en de *revival* van de *Roaring Twenties*. Voorspellingen over relationele verlossing en/of passionele verliefdheid, alsof die echtscheidingsgolf er nu toch echt wel eens moet gaan komen. Ik lees ze met aandacht en nieuwsgierigheid, de vele speculaties die ik wekelijks in mijn mailbox tref, maar niemand weet op welke manier, in welke mate en op welk tempo onze maatschappij zich zal herstellen of aanpassen. Vergelijkingen met de periode na de eerste Wereldoorlog en de Spaanse griep zijn niet zo gek. Maar laat ons niet vergeten dat de socio-economisch-culturele context anno 2000 fundamenteel anders geënt is dan anno 1900.

Dat mensen meer dan ooit op zoek zullen gaan naar sociaal contact lijkt logisch, maar hoeft nog niet meteen te ontfaan in losbandigheid. Hoe dat sociaal contact zal vormkrijgen, is moeilijk in te schatten. Door de pandemie is fysieke nabijheid heel beladen geworden. Er is veel verlangen, maar ook veel angst. Velen hebben het afstand houden ondertussen verinnerlijkt; geen hand meer schudden, geen kus, écht menselijk contact werd risicovol. En wat dan met seksueel contact, als meest extreme en intieme vorm van fysieke nabijheid? Seksueel gedrag werd meer dan ooit onderworpen aan regels, ingebed in een sterk ‘pas op’-discours. Is er

nog ruimte voor seksueel plezier? De impact hiervan op de sociale en seksuele ontwikkeling van jongeren dient nauwgezet opgevolgd te worden. Op vlak van preventie en seksuele en relationele vorming liggen hier grote uitdagingen. Jongeren werden hard geraakt door de coronamaatregelen. In een periode waarin sociaal contact en seksuele exploratie fundamenteel zijn, wegen het gebrek aan ‘oefenmogelijkheden’, gebrek aan perspectief, de eenzaamheid en de angst extra door. Daarenboven werden ze meermaals geïdentificeerd als super-verspreiders, oproerzakers, overtreders van de coronamaatregelen; de grote zondebokken van deze coronacrisis. Hoe moet het nu verder met hun seksuele ontwikkeling? Wordt hun seksuele interactie-carrière uitgesteld of overgeslagen? Ontaardt het “we mogen weer” in een “we moeten nu”, met als risico dat jongeren zich te snel in seksueel gedrag engageren terwijl ze er eigenlijk nog niet klaar voor zijn? Evoluëren we naar seksuele ontremming of eerder afremming door sociaal ongemak en angst voor *real-life* contact? Ik betrap er mezelf op dat ook ik aan het speculeren ben, terwijl er wellicht geen uniform antwoord is op de vraag “wat nu?”, van alles wat en dus veel individuele verschillen. Diversiteit, het blijft de kern van elk betoog over seks. Maar dat er extra inspanningen nodig zullen zijn om seksueel contact terug een positieve betekenis te geven, lijkt me niet onwaarschijnlijk.

Genoeg gespeculeerd en genoeg over corona. Laat ons even een blik werpen op het huidige nummer. Het samenwerkingsverband tussen de meest toonaangevende gender-klinieken (Amsterdam, Gent, Hamburg en Oslo) in Europa (ENIGI; *The European Network for the Investigation of Gender Incongruence*) heeft al heel wat bijgedragen tot een beter begrip van en omgang met genderdysforie en genderincongruentie. In de huidige studie wordt het seksueel functioneren in kaart gebracht van een grote groep transgender personen in verschillende fases van hun transitie. Dat er meer aandacht nodig is voor de seksualiteitsbeleving van transgenderpersonen blijkt uit de resultaten die wijzen op een hoge prevalentie van seksuele problemen, ook na medische transitie en genitale chirurgie. Naast gevoelens van genderdysforie, liggen wellicht ook angst voor seksuele contacten, een persisterend negatief lichaamsbeeld en een gestagneerde seksuele ontwikkeling aan de basis van de moeilijkheden met seksueel functioneren en het initiëren van seksueel contact met een partner. Seksuele counseling is dus een belangrijk onderdeel van het zorgtraject van transgenderperso-

nen, waarbij ook aandacht nodig is voor seksuele nazorg na medische/chirurgische behandeling.

Nelleke Stoot heeft onder begeleiding van Andrea Grauvogl en Jacques van Lankveld een grote groep vrouwen bevraagd om de samenhang tussen seksueel functioneren, relatietevredenheid en psychische klachten te ontleden. De resultaten toonden aan dat vooral hogere depressiescores, en niet zozeer angst, het negatieve verband tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid versterken. Hoewel dit onderzoek geen klinische steekproef betrof, zijn er wel duidelijke aanwijzingen dat individuele stemmingsklachten goed uitgevraagd dienen te worden bij het evalueren van relationeel en seksueel functioneren in koppels. Bovendien kan de behandeling zich beter richten op de wisselwerking tussen individuele en relationele kwetsbaarheden, om op die manier de faciliterende en inhiberende dimensies van de seksuele problematiek te achterhalen.

Jelto Drenth waagt zich in zijn beschouwend stuk aan het mysterie van *squirting*, ook wel vrouwelijke ejaculatie genoemd en vaak in verband gebracht met G-spot stimulatie, nog een ander fenomeen waarrond nogal wat mysterie en controverse bestaat. Aan de hand van een nauwgezette historische en anatomisch-fysiologische analyse, daagt hij de wijdverspreide hypothese uit dat vrouwelijke ejaculatievloeistof eigenlijk urine is. Hij stelt drie mogelijke hypothesen voorop over de origine van *squirt*-vloeistof en concludeert dat er te weinig wetenschappelijke evidentie voor handen is om tot een solide, *evidence-based* verklaring te komen. Wordt vervolgd.

Hoewel Ine Vanwesenbeeck dit jaar op emeritaat ging, zal ze niet gauw gaan stilzitten en blijft ze vast en zeker haar stempel drukken op de Vlaams-Nederlandse seksuologie. Haar inzichten hebben doorheen de jaren ruim doorgang gevonden en hebben vele onderzoekers, klinici, counselors en lobbyisten geïnspireerd op vlak van seksuele zorg en preventie. Op het NVVS voorjaarscongres 'Als seks schaadt' dat op 26 maart 2021 plaatsvond, heeft Ine een *keynote* gegeven over heteronormativiteit en de preventie van seksueel geweld. In haar lezing maakt ze een unieke en fijnzinnige analyse van seksueel geweld als complex, meervoudig veranderd sociaal gedrag dat zich afspeelt binnen een dwingend heteronormatief kader, met duidelijke implicaties voor de preventie en bestrijding van seksueel geweld. Gezien het belang en de actualiteit van het thema, leek het ons wenselijk om haar ideeën aan een ruimer publiek kenbaar te maken, dus ook aan degenen die niet aanwezig konden zijn tijdens het congres.

Naar goede gewoonte sluiten we af met een aantal boekentips. Al jaren levert Ine Vanwesenbeeck een actieve bijdrage aan ons literatuurbulletin, waarvoor ik graag mijn waardering wil uitdrukken. Ook in dit nummer verschijnt een recensie van haar hand, waarin ze op geheel eigen wijze - scherp, pittig en terzake - het boek van Katrien Jacobs bespreekt waarin het radicaal rechtse gedachtengoed over seks aangekaart wordt. Hester Pastoor neemt ons mee naar de kern van de sekstherapie en bespreekt een boek waarin alle mogelijkheden en details van sensate focus worden uitgelicht, met concrete instructies en illustraties. Benieuwd!

Seksuele klachten bij transgender personen in verschillende zorgtrajecten, een ENIGI follow-up studie

Mauro E. Kerckhof¹, Els Elaut¹, Baudewijntje P.C. Kreukels², Timo O. Nieder³, Inga Becker-Hebly³, Tim C. van de Grift², Annemieke S. Staphorsius², Andreas Köhler³ & Gunter Heylens¹

¹ Centrum voor Seksuologie en Gender, Universitair Ziekenhuis Gent, België

² Expertisecentrum Genderdysforie, Amsterdam Universitair Medische Centra, UMC, Nederland

³ Interdisciplinary Transgender Health Care Center, Institute for Sex Research, Sexual Medicine and Forensic Psychiatry, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Duitsland

Samenvatting

Hoewel transgender personen steeds zichtbaarder worden in onze maatschappij en in de zorgverlening, blijkt er bitter weinig onderzoek uitgevoerd naar hun seksualiteitsbeleving. Oudere, vaak kleinschalige studies hebben het seksueel functioneren na een medische transitie vaak verengd tot het al dan niet kunnen beleven van een orgasme. Het doel van de huidige studie is om de prevalentie van een breed spectrum aan seksuele functiestoornissen en disfuncties (met last) in kaart te brengen bij een multicenter cohorte van transgender personen tijdens/na hun transitie. De prevalentie wordt eveneens gerapporteerd naargelang de verschillende mogelijke medische trajecten die deelnemers (hebben) doorlopen.

518 transgender personen (307 die zich vooral vrouwelijk, 211 die zich vooral mannelijk identificeren) hebben een online follow-up vragenlijst ingevuld in het kader van het European Network for the Investigation of Gender Incongruence Initiative (ENIGI). Alle participanten hadden hun eerste afspraak vier à zes jaar voor het onderzoek in een genderteam in Gent, Amsterdam of Hamburg.

Zowel trans vrouwen als trans mannen ervaren het vaakst 'last van problemen bij het initiëren van seks' (26% en 32%) en 'last van problemen met het bereiken van een orgasme' (29% en 15%). Trans vrouwen ervaren na vaginoplastiek minder vaak opwindingsproblemen, seksuele aversie en een laag seksueel verlangen, in vergelijking met trans vrouwen die enkel hormonale therapie innemen. Vergeleken met trans mannen die geen medische stappen zetten, ervaren trans mannen na een falloplastiek minder vaak problemen met seksuele aversie maar vaker pijn na het vrijen.

Seksuele disfuncties bij transgender personen vier tot zes jaar na hun eerste contact met transgenderzorg zijn frequent. Medische stappen kunnen helpen en zelfs essentieel zijn voor de ontwikkeling van een gezonde seksualiteit. Toch blijkt een significante groep van transgender personen (nog) last te hebben van seksuele disfuncties na genitale chirurgie. Seksuologische nazorg in deze groep verdient dus zeker aandacht.

Mauro E. Kerckhof werkte als wetenschappelijk medewerker aan het Centrum voor Seksuologie en Gender. Momenteel is hij onderzoeker in het expertisecentrum Sociale Innovatie aan de Hogeschool VIVES en is ook actief als psychotherapeut.

Prof. dr. Els Elaut is coördinator van het Centrum voor Seksuologie en Gender van het Universitair Ziekenhuis Gent, klinisch gastprofessor aan de Universiteit Gent en verantwoordelijk voor de Permanente Vorming Seksuologie (Universiteit Gent).

Dr. Baudewijntje P.C. Kreukels is Universitair Hoofddocent aan de afdeling Medische Psychologie en het Kennis en Zorgcentrum voor Genderdysforie van het Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Priv. Doz. Timo Nieder coördineert de Outpatient Unit for Sexual Health and Transgender Care en is Teaching Coördinator voor Sexual Medicine op de Medical Faculty van het University Medical Center Hamburg-Eppendorf.

Dr. Inga Becker-Hebly is coördinator van een onderzoeksgroep gericht op transgender gezondheid in de kindertijd en adolescentie bij de afdeling Kind- en Jeugdpsychiatrie en -psychotherapie van het Universitair Medisch Centrum Hamburg-Eppendorf.

Dr. Tim van de Grift werkt als psychiater in opleiding en seksuoloog in opleiding in het Amsterdam UMC, daarnaast is hij verbonden als Universitair Docent aan het Amsterdam UMC, afdeling plastische chirurgie.

Dr. Annemieke S. Staphorsius is datamanager bij het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie in het Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Andreas Köhler werkt als *fellow* bij het Institute for Sex Research, Sexual Medicine, and Forensic Psychiatry van het University Medical Center Hamburg-Eppendorf. Hij bereidt momenteel een doctoraat voor rond een (de-)centrale transgenderzorg.

Prof. Dr. Gunter Heylens is als psychiater verbonden aan de Dienst Spoedpsychiatrie, het mobiel crisis team en het Centrum voor Seksuologie en Gender, en docent aan de Universiteit Gent.

Correspondentieadres: els.elaut@uzgent.be

Ontvangen: 30 juni 2020; Geaccepteerd: 29 september 2020

Dit artikel is een Nederlandstalige bewerking van een artikel eerder verschenen in het Journal of Sexual Medicine.

Personen met genderdysforie lijden onder de incongruentie tussen het gender dat hen toegewezen werd bij de geboorte en het gender waarmee ze zich identificeren (APA, 2013). Meer gebruikelijk wordt naar hen verwezen als 'transgender personen'. De seksuele ervaringen van transgender personen zijn nog weinig onderzocht (Stephenson et al., 2017; van de Grift et al., 2017; Weyers, Hoebeke, Stockman, & Monstrey, 2016). Nochtans is seksualiteit een belangrijk aspect in het leven, ook bij transgender personen (Cerwenka, Nieder, Cohen-Kettenis, et al., 2014). Daarnaast ervaart deze groep specifieke uitdagingen op vlak van seksuele gezondheid zoals een hoger risico op slachtofferchap van seksueel geweld, complicaties bij genderbevestigende chirurgische ingrepen en genderdysfore gevoelens tegenover het eigen lichaam (Cerwenka, Nieder, Briken, et al., 2014; Cerwenka, Nieder, Cohen-Kettenis, et al., 2014; Stotzer, 2009).

Seksualiteit bij trans vrouwen (mannelijk geslacht toegekend bij geboorte, vrouwelijke genderidentiteit) is vooral onderzocht na hormoontherapie (HT) en genderbevestigende chirurgie (GBC), zoals de vaginoplastiek. De meerderheid (63%) van de trans vrouwen rapporteert nadien een beter seksueel functioneren (Murad et al., 2010). Na chirurgie zijn de meeste vrouwen tevreden met de mogelijkheid tot orgasme en rapporteren ze lage pijnscores (De Cuypere et al., 2005; Lawrence, 2005; Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005). De meerderheid van trans vrouwen ervaart na HT en GBC een daling in seksueel verlangen (Wierckx et al., 2014), hoewel de prevalentie vergelijkbaar blijft met de prevalentie van verminderd verlangen onder cisgender vrouwen (vrouwelijk geslacht toegekend bij geboorte, vrouwelijke genderidentiteit) (Elaut et al., 2008). Ook bij trans mannen (vrouwelijk geslacht toegekend bij geboorte, mannelijke genderidentiteit) is seksueel functioneren vooral onderzocht na een medische transitie, waarbij een positief effect op seksueel functioneren blijkt (Klein & Gorzalka, 2009; Murad et al., 2010; Stephenson et al., 2017). Trans mannen ervaren na HT en GBC een sterker seksueel verlangen, meer seksuele opwindning en de frequentie van seksuele activiteit en masturbatie stijgt (Klein & Gorzalka, 2009; Murad et al., 2010; Wierckx et al., 2011).

Ondanks de globaal positieve effecten van genderbevestigende interventies op seksueel functioneren, blijkt een grote variabiliteit in de individuele ervaringen (Klein & Gorzalka, 2009). Sommige trans vrouwen rapporteren moeilijkheden bij opwindning, lubricatie en pijn (Weyers et al., 2009). Trans mannen die preoperatief reeds problemen ervaren met seksueel functioneren, hebben een grotere kans om ook na chirurgie minder tevreden te zijn (Garcia, Christopher, De Luca, Spilotros, & Ralph, 2014).

Studies hebben nog niet eerder een brede bevraging opgezet naar seksuele problemen bij een grote groep transgender personen. Ook beperken de meeste onderzoeken het seksueel functioneren tot het ervaren

van een orgasme (De Cuypere et al., 2005; Garcia et al., 2014; Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2005; Wierckx, Van Caenegem, et al., 2011). Tot slot is geen onderscheid gemaakt tussen seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties (functiestoornissen die gepaard gaan met last). Niet alle seksuele klachten zijn geassocieerd met de ervaring van last (Hendrickx, Gijs, & Enzlin, 2016). Het niet onderscheiden van functiestoornissen en disfuncties kan dan ook leiden tot een overschatting van de prevalentie van seksuele disfuncties (Hendrickx et al., 2016).

Deze studie wenst dan ook de prevalentie van seksuele functiestoornissen en disfuncties in kaart te brengen in een grote steekproef van personen met genderdysforie, vier tot zes jaar na hun eerste contact met de transgenderzorg. De bevraging gebeurt bij de volledige cohorte, onafhankelijk van welke medische behandeling al dan niet in deze periode toe is besloten. Daarnaast exploreren we de verschillen in seksueel functioneren tussen de verschillende zorgtrajecten (bijvoorbeeld geen medische stappen versus hormoontherapie en chirurgie).

Methodologie

Drie centra (Amsterdam, Gent en Hamburg), die in 2007 de ENIGL studie opstarten (Kreukels et al., 2012), organiseerden een follow-up studie bij een cohorte transgender personen, of personen met genderdysforie, vier à zes jaar na het eerste klinisch contact in de betreffende genderteams, onafhankelijk van de voortgang in een eventuele medische transitie. Participanten werden uitgenodigd door de behandelende clinicus (in Amsterdam door medewerkers van het centrum) via de telefoon, e-mail en/of via brieven met een vraag tot deelname. De studie werd goedgekeurd door de lokale ethische comités.

De data over seksueel functioneren werd ingevuld door 518 transgender personen, waarvan 307 (59,3%) bij de geboorte geregistreerd waren als man en 211 (40,7%) bij de geboorte geregistreerd als vrouw. In dit artikel refereren we om methodologische redenen naar participanten als trans vrouw (mannelijk geslacht toegekend bij geboorte) en trans man (vrouwelijk geslacht toegekend bij geboorte), hoewel dit niet helemaal de genderdiversiteit onder de deelnemers representeert (zie tabel 1 en de appendix).

Zowel de reeds uitgevoerde als nog gewenste medische stappen werden bevroegd. Trans mannen werden op basis hiervan verdeeld in vier groepen: (1) de NT-groep (*no treatment*) bevat deelnemers die geen enkele medische stap gezet hebben; (2) de MA-groep omvat deelnemers die zowel HT als mastectomie hadden ondergaan; (3) deelnemers die naast HT en mastectomie, ook genitale chirurgie achter de rug hadden, werden opgedeeld in de ME-groep (metadoioplastie) en de (4) PH-groep (faloplastiek). Twee groepen werden uit de exploratieve analyse gehaald omdat ze te klein waren, namelijk de groep die enkel HT of enkel mastectomie

ondergaan hadden. Trans vrouwen werden ingedeeld in drie behandelgroepen: (1) een groep die geen medische stappen gezet had (NT-groep); (2) een groep die HT heeft gehad en eventueel ook niet-genitale chirurgie (HT-groep); en (3) een groep die ook een vaginoplastiek had (VA-groep).

Een lijst van mogelijke seksuele disfuncties werd gebaseerd op de seksuele disfuncties beschreven in de *Diagnostic Statistical Manual 4th edition, Text revision* (American Psychiatric Association, 2013): laag seksueel verlangen, seksuele aversie, problemen met opwinding, orgasmeproblemen, ongewilde ejaculatie, pijn na het vrijen en vaginisme. Deze werden aangevuld met de disfuncties afwezige ejaculatie en pijn tijdens het vrijen. Enkel seksueel actieve deelnemers (masturbatie of met ander(en)) kregen deze vragen. Voor elke seksuele disfunctie werd eerst bevestigd of men het probleem al dan niet ervoer. Indien dat het geval was, werd verder gevraagd of men er dan ook last van had.

Statistische analyse

Alle statistische analyses zijn apart uitgevoerd voor trans vrouwen en trans mannen. De prevalenties van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties zijn berekend per gender en per type zorg. Vervolgens werden de prevalenties van seksuele disfuncties tussen verschillende types van zorg met elkaar vergeleken, hierbij werd (indien voldoende waarnemingen per vrijheidsgraad) gecontroleerd op leeftijd en nationaliteit van de participant via binaire logistische regressie.

Beschrijving van de steekproef

Tabel 1. Beschrijving van de steekproef

	Trans vrouwen n=307	Trans mannen n =211
Leeftijd, M (SD)	43 (14)	33 (11)
Genderidentiteit, n (%)	n=303	n=208
Mannelijk	6 (2,0)	131 (63,0)
Vrouwelijk	208 (68,6)	2 (1,0)
Trans vrouw	61 (20,1)	0
Trans man	0	47 (22,6)
Ertussenin	21 (6,9)	24 (11,5)
Anders (bv. genderfluïde)	7 (2,3)	4 (1,9)
Huidige partner, n (%)	n=307	n=209
Mannelijke partner ¹	48 (15,6)	23 (11,0)
Vrouwelijke partner ¹	91 (29,6)	72 (34,4)
Anders	24 (7,8)	7 (3,3)
Niet van toepassing	144 (46,9)	107 (51,2)
Type zorg², n (%)	n=307	n=207
NT-groep	29 (9,4)	8 (3,9)
HT-groep	71 (23,1)	
VA-groep	207 (67,4)	
MA-groep		132 (63,8)
ME-groep		12 (5,8)
PH-groep		44 (21,3)
<i>Enkel HT of enkel mastectomie</i>		11 (5,3)
Tijd tussen behandeling en survey, n (%)		
Hormoonbehandeling	< 1 jaar	7 (2,9)
	1 - 2 jaar	7 (2,9)
	2 - 3 jaar	16 (6,6)
	> 3 jaar	211 (87,4)
Vaginoplastiek/Falloplastiek	< 1 jaar	17 (9,5)
	1 - 2 jaar	41 (22,9)
	2 - 3 jaar	77 (43)
	> 3 jaar	44 (24,7)
Metadoioplastiek	< 1 jaar	2 (33,3)
	1 - 2 jaar	3 (50)
	2 - 3 jaar	1 (16,7)

¹ Heteroseksuele, homoseksuele of biseksuele partners

² NT-groep: geen medische behandeling; HT-groep: HT (en niet-genitale chirurgie); VA-groep: HT en vaginoplastiek; MA-groep: HT en mastectomie (en hysterectomie); ME-groep: HT, hysterectomie, mastectomie en metadoioplastiek; PH-groep: HT, hysterectomie, mastectomie en falloplastiek

Resultaten

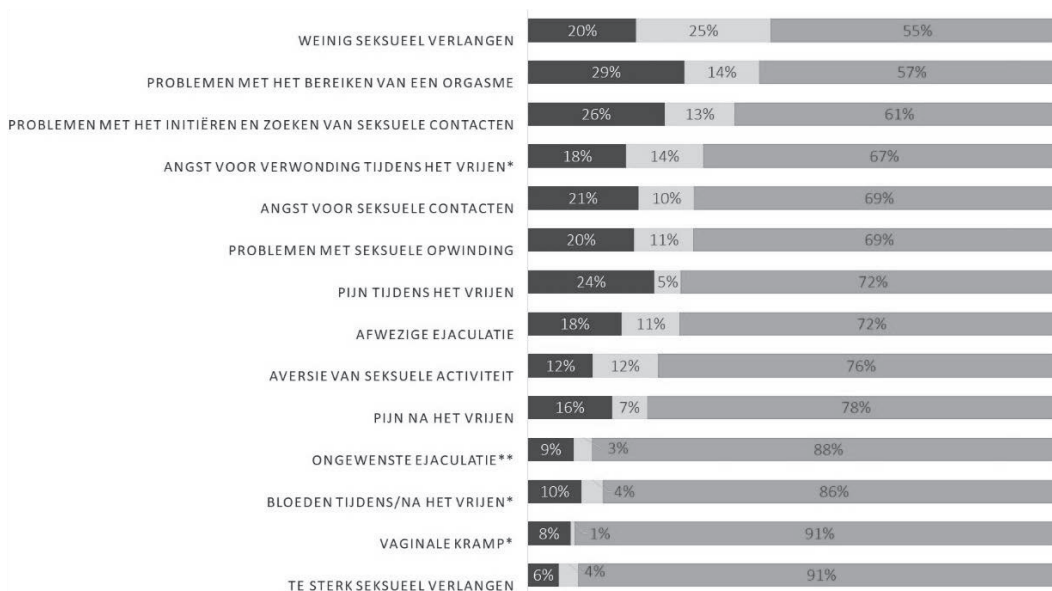
Prevalentie van seksuele disfuncties

Figuur 1 toont de meest frequente seksuele disfuncties en functiestoornissen bij trans vrouwen. Zij ervaren het vaakst last van het moeilijk bereiken van een orgasme (één op drie), last van moeilijkheden om seks te initiëren (één op vier), en last van pijn bij het vrijen (één op vier).

Figuur 1. De prevalentie van seksuele disfuncties en functiestoornissen voor trans vrouwen.

* trans vrouwen die vaginoplastiek ondergaan hebben

** trans vrouwen die geen vaginoplastiek ondergaan hebben.

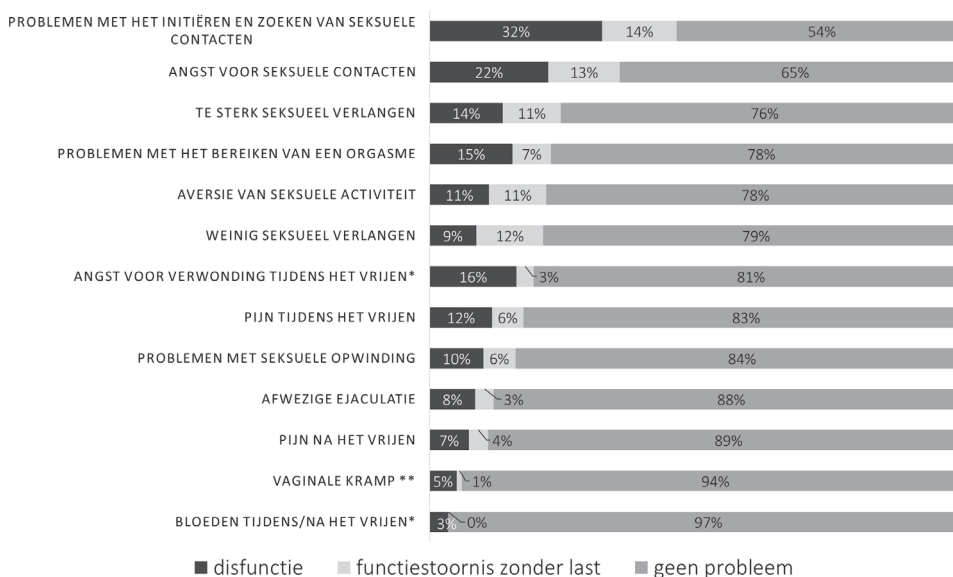


Bij trans mannen blijken de meest frequente klachten gelijklopend: ook zij ervaren vaak last bij het initiëren van seks (één op drie), last door angst voor seksuele contacten (één op vijf), en ook last van moeilijkheden een orgasme te bereiken (één op zes) (Figuur 2). Eén op zes trans mannen ervaren na genitale chirurgie hinder door hun angst voor verwondingen tijdens het vrijen.

Figuur 2. De prevalentie van seksuele disfuncties en functiestoornissen bij trans mannen.

* trans mannen na genitale chirurgie

** trans mannen die geen genitale chirurgie ondergaan hebben



Prevalentie seksuele disfuncties naargelang zorgtraject

Binnen deze cohorte zijn verschillende mogelijke zorgtrajecten te observeren (zie Tabel 1). Sommige transgender personen wensen een 'klassiek' zorgparcours en wensen genitale chirurgie. Bij de trans mannen zijn deze deelnemers terug te vinden in de groep die ofwel een metadoïoplastiek of een falloplastiek heeft ondergaan (ME- en PH-groep); bij de trans vrouwen bevinden deze deelnemers zich in de groep die een vaginoplastiek heeft ondergaan (VA-groep). Andere transgender personen beslissen ertoe om geen genitale chirurgie te ondergaan, zij zijn terug te vinden in de andere groepen. Ook transgender personen zonder een wens naar genitale chirurgie zijn geen compleet homogene groep: sommigen vinden hun identiteit niet helemaal passen in de labels 'man' of 'vrouw'; anderen zien vanuit een potentieel risico op complicaties of verlies van erogene sensitiviteit af van genitale ingrepen. De huidige studie vindt het dan ook relevant om de prevalentie van seksuele klachten voor de verschillende zorgtrajecten nader te bekijken. We merken op dat de huidige follow-up studie een éénmalig, cross-sectionele meting betreft in inherent verschillende groepen.

De prevalentie van seksuele disfuncties in de verschillende zorgtrajecten wordt weergegeven in figuur 3 en 4. Zowel voor trans vrouwen als trans mannen zijn verschillen op te merken naargelang zorgparcours. Trans vrouwen na vaginoplastiek rapporteren minder moeilijkheden met opwinding, minder last van seksuele aversie en minder problemen met laag seksueel verlangen vergeleken met trans vrouwen in de HT-groep. De kans op het ervaren van deze disfuncties in de VA-groep was verlaagd met ongeveer 50%. Trans vrouwen ervaren na een vaginoplastiek vaker pijn tijdens het vrijen in vergelijking met de HT-groep.

De prevalentie van seksuele aversie en orgasme problemen verschilt tussen de verschillende zorgtrajecten bij trans mannen (zie Figuur 4). Door de kleine aantallen in de NT-groep en de ME-groep kunnen deze prevalenties niet vergeleken worden met de andere groepen. De vergelijking tussen de MA-groep en de PH-groep vindt enkel hogere prevalentie van pijn na het vrijen na falloplastiek. De kans op het ervaren van pijn na het vrijen was bijna vier keer groter in de falloplastiek groep in vergelijking met de MA-groep.

Kwalitatieve toelichtingen van de groep die niet seksueel actief is

In totaal gaven 60 trans vrouwen en 19 trans mannen aan niet seksueel actief te zijn door 'niet van toepassing' te antwoorden op alle vragen rond seksueel functioneren. Sommige deelnemers die niet seksueel actief waren, schreven hun redenen hiervoor in de beschikbare open velden. Een deel van deze personen voelde zich geremd in seksuele relaties of konden niet genieten van seks door hun dysforie over het lichaam. Bijvoorbeeld, enkele trans mannen beschreven dat het niet hebben van een penis, of het niet in staat zijn tot

een erectie, het hen moeilijk maakte om een seksuele relatie te hebben. Andere deelnemers beschreven dat complicaties door genderbevestigende chirurgie geleid hebben tot ernstige seksuele moeilijkheden die het hen onmogelijk maken nog seksueel actief te zijn (bijvoorbeeld een verlies van alle genitale sensatie). Andere deelnemers schreven dat ze comfortabel waren met het seksueel niet actief zijn en identificeerden zich soms als asexueel.

Discussie

Deze studie brengt de prevalentie van seksuele disfuncties in kaart bij transgender personen vier tot zes jaar na hun eerste contact met de transgenderzorg in Amsterdam, Gent of Hamburg. De meest frequente seksuele klachten bij zowel trans vrouwen als trans mannen betreffen het initiëren van seks en het beleven van een orgasme. De prevalentie van de meeste seksuele disfuncties ligt lager bij deelnemers die meer genderbevestigende interventies ondergaan hebben.

Studies hebben zich niet eerder gebogen over transgender personen die (nog) geen medische transitie zijn gestart. Globaal ervaren personen met genderdysforie die geen medische zorg hadden een hogere prevalentie van seksuele disfuncties, met uitzondering van een laag seksueel verlangen (trans vrouwen) en pijn na het vrijen (trans mannen). Mogelijks heeft deze groep meer last van genderdysforie en bemoeilijkt dat hun seksueel functioneren. Bovendien is het mogelijk dat zij hun genderidentiteit op het moment van de studie nog niet kunnen uiten naar een partner, wat dan weer een effect zou kunnen hebben hoe ze worden benaderd in het seksueel contact met die partner.

Trans vrouwen na een vaginoplastiek hebben minder last van opwindingsproblemen, seksuele aversie en een laag seksueel verlangen in vergelijking met trans vrouwen die enkel hormonen innemen. Deze cijfers liggen in lijn met studies die positieve effecten van een medische transitie op seksualiteit aantonen. Bijna één op drie trans vrouwen ervaart problemen met het bereiken van een orgasme. Deze problemen zijn zowel aanwezig bij de groep die reeds een vaginoplastiek achter de rug heeft, als bij de groep die (nog) geen genitale chirurgie heeft gehad. Daarnaast rapporteren trans vrouwen na een vaginoplastiek vaker pijn tijdens en na het vrijen, in vergelijking met de groep die enkel hormonen inneemt. Deze cijfers nuanceren toch enigszins het overwegend positieve beeld in de literatuur op vlak van seksueel functioneren na medische stappen (Holmberg, Arver, & Dhejne, 2018; Lawrence, 2005). Vermoedelijk zijn de oorzaken van deze vormen van pijn verschillend tussen de drie types van zorg, maar dat is hier niet bevestigd. Uit klinische ervaring blijkt bijvoorbeeld dat trans vrouwen zonder medische transitie anale penetratie toelaten. Anale seks kan niet alleen potentieel pijnlijker zijn dan vaginale seks, maar kan ook een confrontatie zijn met het nog niet helemaal passend lichaam.

In de groep trans mannen blijken minder verschillen aanwezig te zijn tussen de verschillende behandelgroepen. Ook daar zien we dat de groep zonder medische transitie vaker seksuele aversie en orgasme problemen ervaart. Opvallend is dat trans mannen die een falloplastiek achter de rug hebben, minder vaak seksuele aversie voelen. Tegelijk rapporteert bijna één op vijf pijn na het vrijen. De groep die een metadoïoplastiek of falloplastiek heeft ondergaan, is echter te klein om verdergaande conclusies uit te kunnen trekken.

Ondanks de positieve effecten van de medische transitie, zijn seksuele disfuncties nog vaak aanwezig na genitale chirurgie. Uitdagingen voor transgender personen houden dus ook nog aan na medische stappen. Deelnemers ervaren bijvoorbeeld nog vaak angst voor seksuele contacten en durven seks soms niet te initiëren. Mogelijks hindert een aanhoudend negatief lichaamsbeeld hen hierin (Becker et al., 2018). Ook na een falloplastiek blijven complicaties veelvoorkomend en zijn de mogelijkheden nog gelimiteerd (zo is bijvoorbeeld geen autonome erectie mogelijk) (Stephenson et al., 2017). Andere mogelijke factoren die seksualiteit beïnvloeden zijn geïnternaliseerde transfobie en moeilijkheden om een partner te vinden die de genderidentiteit ondersteunt (Holmberg et al., 2018). De bereidheid bij heteroseksuele cisgender personen om te daten met transgender personen blijkt ook zeer laag (Blair & Hoskin, 2018). Bovendien eindigt de transgenderzorg vaak na de medische stappen, terwijl sommige personen pas starten met het exploreren van hun seksualiteit na het afronden van een medisch parcours. Seksuologische counseling of sekstherapie voor én na operaties zou kunnen helpen om de seksuele gezondheid van transgender personen te verbeteren (Holmberg et al., 2018).

Hoewel de prevalentie van seksuele disfuncties duidelijk verhoogd is in vergelijking met de algemene populatie (24-26), zijn er ook transgender personen die geen enkele van de bevraagde seksuele problemen rapporteren. Verder onderzoek naar de copingstrategieën en beleving van transgender personen met positieve seksuele ervaringen kan waardevolle inzichten opleveren voor hulpverleners en transgender personen.

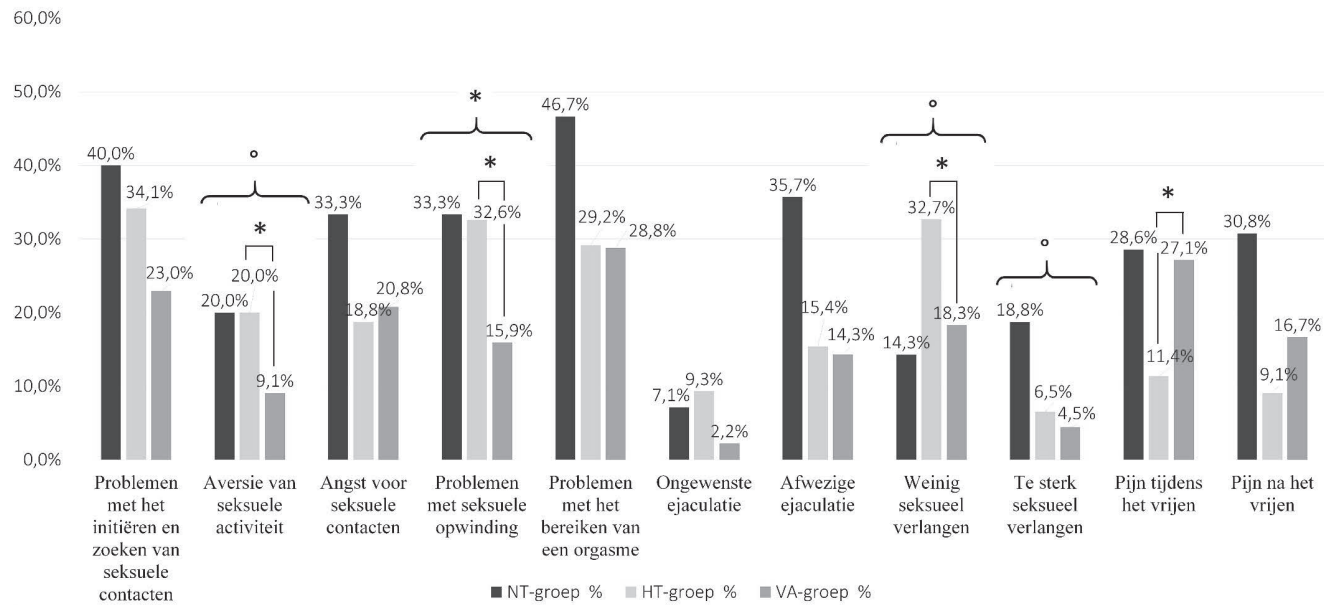
Sterktes en beperkingen

In deze studie volgden we een grote groep transgender personen ongeacht de zorgbeslissingen die ze namen. We bevroegen bij hen een breed spectrum aan seksuele problemen, deels ook los van de DSM-categorisatie van seksuele disfuncties. De belangrijkste beperking is echter dat de deelnemers slechts op één moment in hun transitie bevroegd werden over hun seksueel functioneren. Hierdoor kunnen we geen uitspraken doen over het werkelijke effect van medische stappen op de prevalentie van seksuele problemen. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat de groep die vooraf reeds minder problemen ervoer, sneller voor chirurgie opteerde. Prospectief onderzoek is essentieel om de verbanden tussen medische stappen, de tevredenheid met operaties, partnerrelaties, complicaties en seksualiteit doorheen de transitie in kaart te brengen. Daarnaast was de power van de statistische analyses om behandelgroepen te vergelijken beperkt doordat sommige behandelgroepen zeer klein waren. Tot slot is er geen gevalideerde vragenlijst over seksualiteit bij transgender personen beschikbaar.

Conclusie

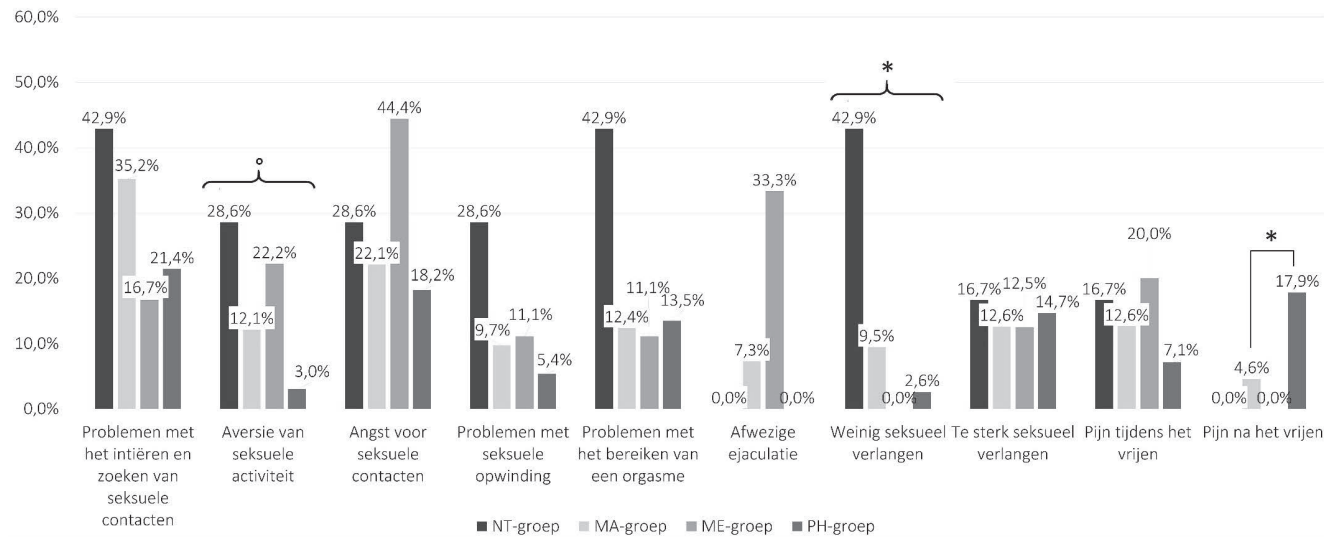
Deze data dragen bij aan de ontwikkeling van een genuanceerder beeld van seksuele moeilijkheden bij transgender personen vier tot zes jaar na de start van hun eerste contact met gespecialiseerde zorg. Best veel transgender personen rapporteren seksuele disfuncties; bijzonder frequent zijn de moeilijkheden met het initiëren van seksuele relaties en een vrees voor seksueel contact. Hoewel medische interventies een noodzakelijke stap vormen richting een seksueel actief en bevredigend relationeel leven voor deze groep, bieden deze uiteraard geen garantie voor een seksueel gezond leven.

Figuur 3. Prevalenties van seksuele disfuncties bij trans vrouwen.



Behandeltrajecten: NT-groep (gemiddelde valide N=14): geen medische behandeling; HT-groep (gemiddelde valide N=45): HT (en niet-genitale chirurgie); VA-groep (gemiddelde valide N=129): HT en vaginoplastiek. Significante resultaten na Fisher's Exact test voor exploratieve analyse tussen behandeltrajecten, Chi-Square testen voor de vergelijking tussen HT-groep en VA-groep, significantie niveaus: ° p<0.10, * p<0.05

Figuur 4. Prevalenties van seksuele disfuncties bij trans mannen.



Behandeltrajecten: NT-groep (gemiddelde valide N= 6): geen medische behandeling; MA-groep (gemiddelde valide N= 97): HT en mastectomie (en ovariohysterectomie); ME-groep (gemiddelde valide N=8): HT, ovariohysterectomie, mastectomie en metadoioplastie; PH-groep (gemiddelde valide N=30): HT, ovariohysterectomie, mastectomie en falloplastiek. Significante resultaten van Fisher's Exact test voor exploratieve analyse tussen alle behandeltrajecten, Chi-Square toets voor de vergelijking tussen de MA-groep en de PH-groep, significantie niveaus: ° p<0.10, * p<.05

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A Cross-Sectional Multicenter Study of Multidimensional Body Image in Adolescents and Adults with Gender Dysphoria Before and After Transition-Related Medical Interventions. *Archives of Sexual Behavior*, *47*, 2335-2347.
- Blair, K. L., & Hoskin, R. A. (2018). Transgender exclusion from the world of dating: Patterns of acceptance and rejection of hypothetical trans dating partners as a function of sexual and gender identity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1-22.
- Cerwenka, S., Nieder, T. O., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., Cuypere, G., De, Haraldsen, I. R. H., Kreukels, B. P. C., & Richter-Appelt, H. (2014). Intimate Partnerships and Sexual Health in Gender-Dysphoric Individuals Before the Start of Medical Treatment. *International Journal of Sexual Health*, *26*(1), 52-65.
- Cerwenka, S., Nieder, T. O., Cohen-Kettenis, P., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R. H., Kreukels, B. P. C., & Richter-Appelt, H. (2014). Sexual behavior of gender-dysphoric individuals before gender-confirming interventions: A European multicenter study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *40*(5), 457-471.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., Monstrey, S., Vansteenwegen, A., & Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(6), 679-690.
- Elaut, E., De Cuypere, G., De Sutter, P., Gijs, L., Van Trotsenburg, M., Heylens, G., Kaufman, J.-M., Rubens, R., & T'Sjoen, G. (2008). Hypoactive sexual desire in transsexual women: Prevalence and association with testosterone levels. *European Journal of Endocrinology*, *158*(3), 393-399.
- Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M., & Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: the Institute of Urology, London U.K. experience. *Translational Andrology and Urology*, *3*(2), 156-162.
- Hendrickx, L., Gijs, L., & Enzlin, P. (2016). Sexual Difficulties and Associated Sexual Distress in Flanders (Belgium): A Representative Population-Based Survey Study. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(4), 650-668.
- Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2018). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology*, *16*(2), 121-139.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine*, *6*(11), 2922-2939.
- Kreukels, B. P. C., Haraldsen, I. R., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Gijs, L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). A European network for the investigation of gender incongruence: The ENIGI initiative. *European Psychiatry*, *27*(6), 445-450.
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(2), 147-166.
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, *72*(2), 214-231.
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, *35*(1), 89-99.
- Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M., & Bauermeister, J. A. (2017). The Sexual Health of Transgender Men: A Scoping Review. *Journal of Sex Research*, *54*(4-5), 424-445.
- Stotzer, R. L. (2009). Violence against transgender people: A review of United States data. *Aggression and Violent Behavior*, *14*(3), 170-179.
- van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L. A. C. L., Buncamper, M. E., Özer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M.-B., & Mullender, M. G. (2017). A Longitudinal Study of Motivations Before and Psychosexual Outcomes After Genital Gender-Confirming Surgery in Transmen. *Journal of Sexual Medicine*, *14*(12), 1621-1628.
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'sjoen, G., Heylens, G., De Cuypere, G., & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *Journal of Sexual Medicine*, *6*(3), 752-760.
- Weyers, S., Hoebeke, P., Stockman, S., & Monstrey, S. (2016). Sexuality and relationships of transgender people - version 2 - dd. 31.10.2016 Authors: Els Elaut, Steven Weyers, Piet Hoebeke, Sabien Stockman & Stan Monstrey.
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedecker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology*, *165*(2), 331-337.
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P., & T'Sjoen, G. (2014). Sexual Desire in Trans Persons: Associations with Sex Reassignment Treatment. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(1), 107-118.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., Toye, K., Weyers, S., Hoebeke, P., Monstrey, S., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2011). Quality of Life and Sexual Health after Sex Reassignment Surgery in Transsexual Men. *Journal of Sexual Medicine*, *8*(12), 3379-3388.

Appendix

In de beschrijving van onze steekproef rapporteren we dat 2.0 % van de trans vrouwelijke participanten een mannelijke genderidentiteit aangeeft, terwijl 1.0 % van de trans mannelijke participanten een vrouwelijke genderidentiteit vermeldt. We hebben de antwoorden van deze acht personen verder geëxploreerd. Ook al lijken deze data op het eerste zicht contradictorisch, willen we hier graag de nuances beschrijven achter deze op het eerste zicht inconsistente antwoorden (met aandacht voor het feit dat inconsistenties deel zijn van de menselijke natuur, en dus ook voorkomen in gendervariante groepen). Deze personen volgden niet altijd het 'klassieke pad' (contact met een genderteam, hormoonbehandeling starten, en eventueel genderbevestigende chirurgie) en beschreven in kwalitatieve opmerkingen waarom ze geen sociale of medisch transitie wilden. Deze redenen varieerden van sociale angst, zich te oud voelen voor bepaalde stappen, angst voor eenzaamheid bij het verderzetten van de sociale transitie, etc. Gezien de situatie van deze acht personen wel wees op de ervaring van genderdysforie, werd beslist om deze personen wel op te nemen in verdere analyses.

Summary**Sexual complaints in transgender persons after different care paths, an ENIGI follow-up study**

While transgender people have become more visible in our society and in health care, little research is available on their sexual experiences. Older, mostly small, studies have limited sexual functioning after a medical transition to orgasm capacity. The goal of the present study was to assess the prevalence of a broad spectrum of sexual function disturbances and dysfunctions (with distress) in a multicentric cohort of transgender persons during/after medical transition. Prevalence was also reported according to possible medical care paths.

518 transgender persons (307 mostly feminine identified, 211 mostly masculine identified) filled out an online follow-up questionnaire in the context of the *European Network for the Investigation of Gender Incongruence Initiative (ENIGI)*. Participants were contacted four to six years after first clinical entry at a gender team in Ghent, Amsterdam or Hamburg.

The most frequent sexual dysfunctions experienced by trans women and trans men were 'difficulties initiating and seeking sexual contact' (26% and 32%, respectively) and 'difficulties experiencing orgasm' (29% and 15%, respectively). Compared with trans women after hormone treatment, trans women after vaginoplasty experienced less often arousal difficulties, sexual aversion, and low sexual desire. Compared with trans men without medical interventions, trans men after a phalloplasty experienced sexual aversion less often, but more pain after sex.

Sexual dysfunctions among transgender persons four to six years after first clinical contact with transgender health care are very common. Medical interventions might be helpful and even essential for developing good sexual health, a significant group of trans persons experienced sexual dysfunctions after genital surgery. Offering sexological aftercare in this group is hence advised.

Keywords: transgender health care, sexual dysfunctions, sexual complaints, gender affirming interventions

Trefwoorden: transgenderzorg, seksuele disfunctie, seksuele zorgen, genderbevestigende interventies

De rol van psychische klachten in de samenhang tussen seksueel functioneren en de ervaren relatietevredenheid bij vrouwen

Nelleke Stoot¹, Andrea Grauvogel¹, Jacques van Lankveld¹

¹Open Universiteit, Faculteit Psychologie, Heerlen, Nederland

Samenvatting

Het doel van deze studie was om de samenhang tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid te onderzoeken bij Nederlandse vrouwen met een heteroseksuele relatie. Daarnaast is onderzocht in welke mate psychische klachten de samenhang tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid modereert. Er werd een significante positieve samenhang tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid gevonden, en een significante negatieve samenhang tussen psychische klachten en seksueel functioneren en tussen psychische klachten en relatietevredenheid. Het negatieve verband tussen relatietevredenheid en seksueel functioneren werd versterkt door de aanwezigheid van hogere depressieniveaus. Een potentiële implicatie van de huidige bevindingen voor de klinische praktijk is dat het secuur uitvragen van de problemen en beschermende factoren op alle bovenstaande gebieden relevant is. Op deze manier kan de behandeling beter aansluiten bij de mogelijke comorbiditeit en kan recidive van seksuele en relationele problematiek worden voorkomen.

De *World Health Organization* (WHO, 2006) omschrijft seksuele gezondheid als een staat van fysiek, emotioneel en mentaal welbevinden met betrekking tot seksualiteit (van Lankveld, ter Kuile, & Leusink, 2010). Hoewel de meeste Nederlandse vrouwen gelukkig zijn met de kwaliteit van hun seksleven is uit vragenlijstonderzoek gebleken dat problemen met seksueel functioneren veel voorkomen (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck, & Weijnenborg, 2009). Om daadwerkelijk van een seksuele disfunctie te mogen spreken moet de betrokkene en/of zijn/haar partner 'last' hebben van het probleem (Hendrickx, Gijs, & Enzlin, 2014). Volgens de DSM-5 worden seksuele disfuncties gekenmerkt door een aanhoudende of terugkerende abnormale reactie op seksuele- en erotische stimuli. Zij veroorzaken klinisch significante verstoringen in het vermogen van een persoon om seksuele ontmoetingen als plezierig te ervaren. Seksuele disfuncties van vrouwen worden gecategoriseerd als de seksuele-interesse-/opwindingsstoornis (bijvoorbeeld geen of weinig zin hebben

in seks), de orgasme stoornis (bijvoorbeeld het niet of moeilijk kunnen krijgen van een orgasme) en de genito-pelviene-pijn-/penetratie-stoornis (voorheen beter bekend als dyspareunie en vaginisme) (American Psychiatric Association, 2014). Uit onderzoek van Kedde (2012) kwam naar voren dat 27% van de Nederlandse vrouwen één of meerdere seksuele disfuncties heeft. En meer recent kwam uit onderzoek van Rutgers (2017) naar voren dat 35% van de vrouwen, in het afgelopen jaar, vaak of altijd één of meerdere seksuele problemen had.

Seksuele problemen kunnen het leven van de getroffen en op meerdere terreinen negatief beïnvloeden (NHG, 2015). Zo is bekend dat seksuele disfuncties een grote impact hebben op de kwaliteit van leven en partnerrelaties (Basson, et al., 2000). In grootschalige studies in meerdere landen is bewijs gevonden voor een positief verband tussen actieve en bevredigende seksuele relaties, emotionele tevredenheid en relatietevredenheid. Vrouwen met meer actieve en bevredigende seksuele relaties blijken hierbij consistent hogere beoordelingen van hun emotionele tevredenheid en relatietevredenheid te geven (Rosen, & Bachmann, 2008). Er heerst echter onduidelijkheid uit welke facetten relatietevredenheid precies bestaat, aangezien er verschillende definities zijn (Sternberg & Hojjat, 1997). Relatietevredenheid is te begrijpen als een continuüm en kan verschuiven onder invloed van gebeurtenissen, bepaalde omstandigheden, en interacties (Spanier,

N. Stoot is psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog bij Stichting GGZ Groep.

Dr. A. Grauvogel is Universitair Docent Klinische Psychologie aan de Open Universiteit Heerlen.

Prof. Dr. Van Lankveld is Emeritus Hoogleraar Klinische Psychologie aan de Open Universiteit Heerlen.

Correspondentie-adres: Andrea.Grauvogel@ou.nl
Ontvangen op 7 juni 2020; Geaccepteerd op: 29 april 2021

1976). De auteurs sluiten zich aan bij de definitie van relatietevredenheid geformuleerd door Rusbult (1983): het hebben van positieve gevoelens over de partner en/of de relatie. Relatietevredenheid kan zowel oorzaak als gevolg zijn van seksueel functioneren (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck, & Weijenborg, 2009).

Naast relationele factoren zoals relatietevredenheid spelen ook psychische problemen een rol in het ontstaan en in stand houden van seksuele problemen (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck, & Weijenborg, 2009; van Lankveld, & Grotjohann, 2000). Zo blijken stemmings- en angstklachten geassocieerd te zijn met seksuele problemen (NHG, 2015). Psychologische problemen gaan vaak gepaard met veranderingen in de seksuele behoefte en de seksuele respons. Anderzijds kunnen seksuele veranderingen de stemming van een persoon negatief beïnvloeden (Bolle, Griffioen, & Knegtering, 2009). Aangezien seksuele-, depressieve- en angstsymptomen vaak tegelijkertijd voorkomen blijft het causale pad in veel gevallen onduidelijk (Laurent, & Simons, 2009). In dit artikel wordt verder de term 'psychische klachten' gebruikt om niet-seksuele psychische problemen aan te duiden. Een belangrijk argument om psychische klachten in deze studie te onderzoeken als moderator is dat neuroticisme een gemeenschappelijke factor blijkt te zijn in veel vormen van psychopathologie (Jeronimus, Kotov, Riese, & Ormel, 2016). Sterker neurotische mensen reageren emotioneel heftiger op emotioneel relevante gebeurtenissen. Hoge niveaus van neuroticisme kunnen leiden tot emotionele stoornissen als depressieve of angststoornissen. Omdat seksuele problemen vaak ook als emotioneel belastend worden ervaren (Quinta Gomes, & Nobre, 2011; Allen, & Walter, 2018), kan een hoger niveau van psychische klachten, gerelateerd aan hogere niveaus van neuroticisme, deze negatieve effecten versterken. Tevens is medicatiegebruik en de effecten hiervan op zowel de psychische- als de fysieke gesteldheid een belangrijke factor waarom psychopathologie invloed heeft op seksueel functioneren (Bolle, Griffioen, & Knegtering, 2009).

In eerder onderzoek naar de samenhang tussen seksueel functioneren, relatietevredenheid en psychische klachten zijn voornamelijk bivariate samenhangen tussen de afzonderlijke concepten onderzocht (Laurent, & Simons, 2009; Atlantis, & Sullivan, 2012), terwijl het goed denkbaar is dat er in werkelijkheid sprake is van complexere samenhangen waar meer factoren bij betrokken zijn. Een voorbeeld hiervan is het idee dat seksuele disfuncties onderdeel zijn van een zogenaamde 'internaliserende dimensie', waar ook psychische stoornissen als angst- en stemmingsstoornissen deel van uitmaken (Forbes, & Schniering, 2013; Forbes, Baillie, Eaton, & Krueger, 2017). Het doel van de huidige studie was nagaan of bij Nederlandse vrouwen de samenhang tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid gemodereerd wordt door het hebben van psychische klachten. De verwachtingen

waren dat vrouwen die goed seksueel functioneren een hogere relatietevredenheid zullen ervaren, dat vrouwen die goed seksueel functioneren minder psychische klachten zullen hebben, dat vrouwen die meer psychische klachten hebben minder relatietevredenheid zullen ervaren en dat de positieve samenhang tussen slechter seksueel functioneren en minder relatietevredenheid sterker is bij hogere niveaus van psychische klachten. De richting van dit verband is gekozen vanuit een klinisch perspectief waarin ontevredenheid centraal staat. Die onvrede is immers wat mensen motiveert om hulp te zoeken. Seksuele problemen als zodanig leiden vaak niet tot een hulpvraag.

Methode

Procedure

Het onderzoek betrof een exploratief cross-sectioneel surveyonderzoek dat akkoord bevonden is door een Medisch Ethische Toetsings Commissie (METC). Er is op één meetmoment, middels een online vragenlijst, data verzameld. Respondenten zijn geworven in april en mei 2019. De survey is telefonisch, per email of persoonlijk onder de aandacht gebracht van potentiële deelnemers in het eigen netwerk. Respondenten werden verzocht de oproep voor het onderzoek verder te verspreiden in het eigen netwerk. Tevens zijn respondenten geworven via sociale media zoals Facebook en LinkedIn. De verzamelde persoonsgegevens zijn geanonimiseerd, geanalyseerd en opgeslagen op een beveiligde T-drive. Na afronding van het onderzoek is de onderzoeksdata verwijderd.

Respondenten

De onderzoeksgroep bestond uit 141 Nederlandse vrouwen. Voor de betrouwbaarheid van het onderzoek moesten er minimaal 119 respondenten worden geworven. Dit aantal is berekend met een G-power analyse waarbij rekening is gehouden met multicollineariteit door het uitvoeren van een moderatie-analyse (Field, 2009) met drie predictoren, met een geschatte effectgrootte van 0.15, een power van 95% en een significantiedrempel van $p = .05$.

De inclusiecriteria waren leeftijd van 18 jaar of ouder, het hebben van een heteroseksuele partnerrelatie van minstens één jaar waarbij het laatste half jaar seksueel contact was geweest. Voor deze inclusiecriteria is gekozen om een beperkte groep te includeren waarbij de gekozen meetinstrumenten goed aansluiten. Zo is de FSFI bekritiseerd vanwege het gebruik ervan in respondenten die al langere tijd niet seksueel actief zijn (Meyer-Bahlburg & Dolezal, 2007).

Daarnaast is het aannemelijk dat de aanwezigheid van psychopathologie het ook moeilijker maakt een bevredigende partnerrelatie te vinden en behouden. Dit is dan ook de reden dat we iets langerdurende relaties wilden onderzoeken. Exclusie criterium was het op moment van deelname in behandeling zijn voor een psychische stoornis (DSM-5 classifica-

tie). De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedroeg 36.6 jaar (*range* = 18-64 jaar, *SD*=12.1). De respondenten hadden hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO) (*N* = 64, 45.4%), universitair onderwijs (*N* = 45, 31.9%), middelbaar beroepsonderwijs (MBO, MTS, MEAO) (*N* = 18, 12.8%), hoger voortgezet onderwijs (HAVO, HBS, VWO) (*N* = 8, 5.7%) of middelbaar voortgezet onderwijs (VBO, MAVO) (*N* = 6, 4.3%) afgerond. De respondenten waren gehuwd (*N* = 60, 42.6%), samenwonend (*N* = 46, 32.6%), ongehuwd, wel relatie (*N* = 34, 24.1%) of gescheiden (*N* = 1, 0.7%).

Meetinstrumenten

Om seksueel functioneren te meten is gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de *Female Sexual Function Index* (FSFI) (Ter Kuile, Brauer, & Laan, 2009). De 19 items van deze index werden op een vijfpunten-schaal en zespunten-schaal gescoord (1 = bijna nooit of nooit en 5 = bijna altijd of altijd; c.q. 0 = geen seksuele activiteit en 5 = bijna altijd of altijd). De index bestaat uit de subschalen seksueel verlangen, seksuele opwindning, lubricatie, orgasme, seksuele tevredenheid en pijn bij seks. Alleen de totaalschaal is gebruikt. Een hoge score op de totaalschaal wijst op een beter seksueel functioneren. Uit de literatuur blijkt dat de *Cronbach's α* van dit instrument > 0.70 is. De interne consistentie van de schaal is goed te noemen (Ter Kuile, Brauer, & Laan, 2009). De *Cronbach's α* in de huidige steekproef bedroeg .78.

Om relatietevredenheid te meten is gebruik gemaakt van de *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) (Spanier, 1976). De 32 items van deze vragenlijst werden op een zespunten-schaal gescoord (0 = nooit akkoord en 5 = altijd akkoord). De vragenlijst bestaat uit de subschalen dyadische consensus, dyadische tevredenheid, dyadische cohesie en affectieve expressie. Alleen de totaalschaal is gebruikt. Een hoge score op de totaalschaal duidt op het ervaren van meer relatietevredenheid. Uit de literatuur blijkt dat de *Cronbach's α* van dit instrument > 0.92 is. De interne consistentie van de schaal is goed te noemen (Graham, Liu, & Jeziorski, 2006). De *Cronbach's α* in de huidige steekproef was .90.

Om psychische klachten te meten is gebruik gemaakt van de *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1975a; De Beurs, 2006). De 53 items van deze vragenlijst werden op een vijfpunten-schaal gescoord (0 = helemaal geen en 4 = heel veel). De vragenlijst bestaat uit de subschalen lichamelijke klachten, cognitieve problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. De subschalen angst en depressieve stemming zijn gebruikt voor deze studie, evenals de totaalschaal. Hoge scores op de subschalen duiden op hogere niveaus van psychische klachten. Uit de literatuur blijkt dat de *Cronbach's α* van het gehele instrument > 0.96 is, de *Cronbach's α* van de subschaal depressieve stemming 0.88 is en de *Cronbach's α* van de subschaal angst 0.85 is. De interne consistentie van

de schaal is goed te noemen (De Beurs, 2006). De *Cronbach's α* van de totaalschaal in de huidige steekproef was .94, de *Cronbach's α* van de subschaal depressieve stemming in de huidige steekproef was .79 en de *Cronbach's α* van de subschaal angst in de huidige steekproef was .76.

Bij de gekozen meetinstrumenten zijn geen afkappwaarden en rangescores gerapporteerd aangezien de proefpersonen niet op deze basis zijn ingedeeld aangezien hiermee onnodige variabiliteit in de data gereduceerd zou worden, evenals de statistische power.

Statistische analyses

De verkregen data zijn geanalyseerd in SPSS Statistics 22.0 en Jamovi 1.2.27. De onafhankelijke variabele was seksueel functioneren, de afhankelijke variabele was relatietevredenheid. Psychische klachten was de moderatorvariabele. De normaliteit van de uitkomstmaat is bestudeerd aan de hand van histogrammen en door het berekenen van de *skewness* en *kurtosis* van de verdeling. Voor de variabelen in het conceptueel model zijn gemiddelde, standaarddeviatie, minimum en maximum berekend. De correlaties tussen de constructen werd onderzocht middels correlatieanalyses (*Pearson r*).

Daarna is met een *stepwise* multiple regressieanalyse gekeken naar het ongemodereerde model en als tweede stap naar het gemodereerde model. De variabelen zijn gestandaardiseerd voorafgaand aan de analyse. Bij de tweede stap is de interactieterm (seksueel functioneren x psychische klachten) berekend om te toetsen of psychische klachten de samenhang tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid modereren. Bij de derde stap is psychische klachten vervangen door de subschalen depressieve stemming en angst (interacties seksueel functioneren x depressiviteit en seksueel functioneren x angst) om te toetsen of deze subschalen de samenhang tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid modereren. *Simple slope* analyse van de significante interacties is verricht in Jamovi 1.2.27. De gehanteerde *p*-waarde bij de analyses is *p* $< .05$.

Resultaten

De onafhankelijke variabele seksueel functioneren is rechtsscheef verdeeld, de afhankelijke variabele relatietevredenheid is normaal verdeeld en de moderator psychische klachten is rechtsscheef verdeeld. De distributies van de studiev variabelen bleken te voldoen aan de assumpties voor de toegepaste analyses.

Tabel 1 toont de resultaten behorend bij de eerste onderzoeksvraag. Er is sprake van een positieve samenhang tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid, wat inhoudt dat beter seksueel functioneren samengaat met meer relatietevredenheid. Er is een negatieve samenhang tussen psychische klachten en relatietevredenheid; hoe meer psychische klachten des te minder relatietevredenheid. Dit geldt zowel voor angstklachten als depressieve klachten. Er is een negatieve samenhang tussen seksueel functioneren en psy-

chische klachten; hoe beter het seksueel functioneren des te minder psychische klachten worden ervaren. Dit geldt eveneens zowel voor angstklachten als depressieve klachten. Tevens is er sprake van een positieve samenhang tussen angst en depressiviteit; hoe meer angstklachten vrouwen ervaren des te meer depressieve klachten zij ook ervaren.

Tabel 1. Gemiddelden en Correlaties van relatietevredenheid, seksueel functioneren, psychische klachten (totaalscore BSI), depressiviteit (subschaal BSI) en angst (subschaal BSI)

	M	SD	1	2	3	4
1. Relatietevredenheid (DAS)	17.40	1.66				
2. Seksueel Functioneren (FSFI)	21.67	3.54	.26**			
3. Psychische klachten (BSI)	12.76	3.04	-.41**	-.19*		
4. Depressiviteit (BSI)	1.38	.44	-.33**	-.20*	.85**	
5. Angst (BSI)	1.44	.49	-.35**	-.19*	.72**	.50**

N = 141. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabel 2 toont de resultaten van de regressieanalyse. Het eerste regressiemodel is significant, 20.4% van de variabiliteit van relatietevredenheid wordt verklaard door seksueel functioneren en psychische klachten. Seksueel functioneren bleek een significante positieve voorspeller te zijn van relatietevredenheid, $p < .05$. Daarnaast is te zien dat psychische klachten een significante negatieve voorspeller zijn van relatietevredenheid, $p < .001$.

Het toevoegen van de interactie van seksueel functioneren X psychische klachten in model 2 zorgt voor een toename van de verklaarde variantie in relatietevredenheid met 1.1% ($R_{\text{change}} = .011$). Dit model is echter niet significant. De bevindingen in Tabel 2, model 2, wijzen op een significante voorspelling door seksueel functioneren, $p < .05$, wat inhoudt dat een hoge score op seksueel functioneren een hoge score op relatietevredenheid voorspelt.

Psychische klachten zijn een significante negatieve voorspeller van relatietevredenheid, wat inhoudt dat een hoge score op psychische klachten een lage score op relatietevredenheid voorspelt, $p < .001$. De interactieterm seksueel functioneren X psychische klachten is echter geen significante voorspeller van Relatietevredenheid, $p > .05$. Bovenstaande laat zien dat er geen sprake is van een moderatie-effect, wat inhoudt dat de samenhang tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid niet wordt beïnvloed door psychische klachten.

We hebben hierna onderzocht of de subschalen depressiviteit en/of angst de samenhang tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid modereren. Het toevoegen van de interacties seksueel functioneren X depressiviteit en seksueel functioneren X angst in model 3, zorgt voor een toename van de verklaarde variantie in Relatietevredenheid met 15% ($R_{\text{change}} = .15$). Dit model is significant. De bevindingen in Tabel 2, model 3, wijzen op een significante positieve voorspelling door seksueel functioneren, $p < .05$, wat inhoudt dat een hoge score op seksueel functioneren een hoge score op relatietevredenheid voorspelt. Depressiviteit is een significante negatieve voorspeller van relatietevredenheid, wat inhoudt dat een hoge score op depressiviteit een voorspelling is van een lage score op relatietevredenheid, $p < .05$). Angst is een significante negatieve voorspeller van relatietevredenheid, wat inhoudt dat een hoge score op angst een voorspelling is van een lage score op relatietevredenheid, $p < .05$. De interactieterm seksueel functioneren X depressiviteit is een significante negatieve voorspeller van relatietevredenheid, $p < .05$. De interactieterm seksueel functioneren X angst is geen significante voorspeller van relatietevredenheid, $p < .56$. Bovenstaande laat zien dat het negatieve verband tussen slechter seksueel functioneren en relatietevredenheid versterkt wordt door de aanwezigheid van hogere depressiviteitsniveaus.

Simple slope analyses lieten zien (zie Tabel 3) dat het verband tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid alleen significant is bij lage niveaus van depressie- en angstklachten. Zie ook Figuren 1 en 2.

Tabel 2. Resultaten Regressieanalyse van relatietevredenheid (N=141)

	B	SE	Beta
Stap 1: $R^2 = .204$, $F(2,138) = 17.72$, $p < .001$			
Seksueel Functioneren	.19	.08	.19*
Psychische klachten	-.38	.08	-.38**
Stap 2: $R^2 = .215$, $F(1,137) = 1.78$, $p = .18$			
Seksueel Functioneren	.20	.08	.20*
Psychische klachten	-.39	.08	-.39**
Seksueel Functioneren X Psychische klachten	-.12	.09	-.10
Stap 3: $R^2 = .365$, $F(5,135) = 7.34$, $p < .001$			
Seksueel Functioneren	.19	.08	.19*
Depressiviteit	-.22	.09	-.22*
Angst	-.21	.10	-.21*
Seksueel Functioneren X Depressiviteit	-.22	.11	-.18*
Seksueel Functioneren X Angst	.04	.07	.05

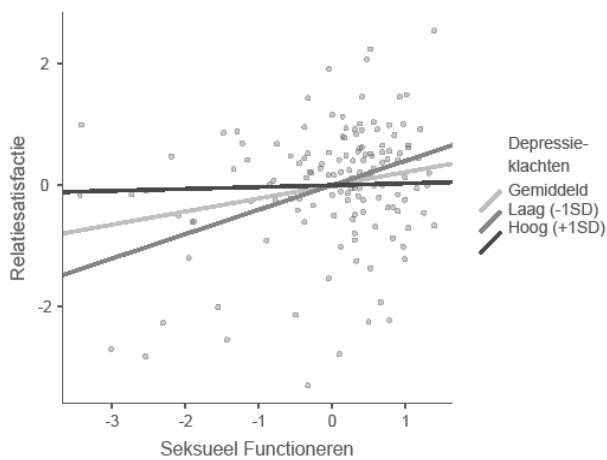
Noot * $p < .05$, ** $p < .01$

Tabel 3. Simple slope schattingen van de significante moderatie-effecten van het verband tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid bij hoge en lage niveaus van depressie- en angstklachten

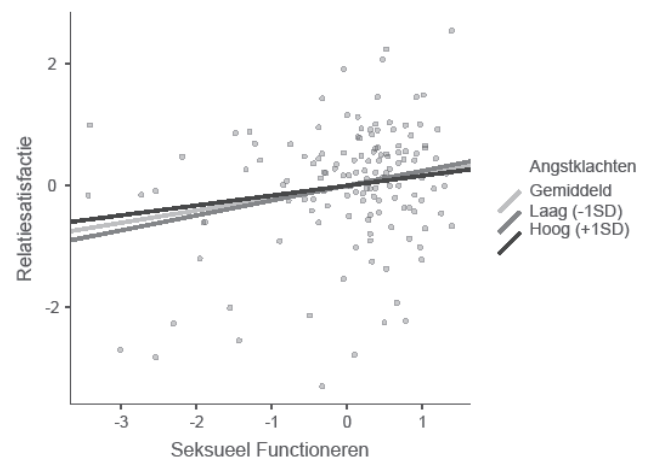
Depressieklachten				
	Schatters	Standaardfout	Z	p
Gemiddeld	0.22	0.08	2.74	.006
Laag (-1SD)	0.40	0.13	3.06	.002
Hoog (+1SD)	0.03	0.12	0.26	.762
Angstklachten				
	Schatters	Standaardfout	Z	p
Gemiddeld	0.20	0.08	2.61	.009
Laag (-1SD)	0.24	0.10	2.34	.019
Hoog (+1SD)	0.16	0.09	1.78	.075

Noot * $p < .05$, ** $p < .01$

Figuur 1. Simple slope analyse van de moderatie van de samenhang van seksueel functioneren en relatietevredenheid door depressieklachten.



Figuur 2. Simple slope analyse van de moderatie van de samenhang van seksueel functioneren en relatietevredenheid door angstklachten.



Discussie

Het doel van dit onderzoek was de samenhang tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid te onderzoeken bij Nederlandse vrouwen met een heteroseksuele relatie. Daarnaast is onderzocht in welke mate niet-seksuele psychische klachten de samenhang tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid modereren. Verondersteld werd dat vrouwen die goed seksueel functioneren een hogere relatietevredenheid zullen vertonen, en dat deze samenhang sterker is bij lage niveaus van psychische klachten.

Een significante positieve samenhang werd gevonden tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid. Ook werd een significante negatieve samenhang gevonden tussen seksueel functioneren en psychische klachten en werd een significante negatieve samenhang gevonden tussen psychische klachten en relatietevredenheid. Daarnaast werd gevonden dat het globale niveau van psychische klachten de positieve samenhang tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid niet modereert. Het negatieve effect van laag seksueel functioneren op relatietevredenheid blijkt wel te worden versterkt door de aanwezigheid van hogere depressieniveaus, maar niet door hogere angstniveaus.

De in dit onderzoek gevonden positieve samenhang tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid komt overeen met bevindingen uit eerder onderzoek van Rosen en Bachman (2008), waarin werd aangetoond dat vrouwen met meer actieve en bevredigende seksuele relaties consistent hogere beoordelingen blijken te geven van hun emotionele tevredenheid en relatietevredenheid. Uit het huidige onderzoek blijkt daarnaast dat hoe meer psychische klachten vrouwen hebben des te slechter zij seksueel functioneren. Dit komt overeen met eerdere studies die uitwezen dat psychische klachten, zoals angst en depressiviteit, vaak gepaard gaan met negatieve veranderingen in de seksuele behoefte en seksuele respons (van Lankveld, & Grotjohann, 2000). De gevonden negatieve samenhang tussen psychische klachten en relatietevredenheid komt overeen met de vooraf gestelde hypothese en ondersteunt de 'stress-buffering hypothesis' (Tames, Janicki, & Helgeson, 2002). Volgens deze theorie beschermt sociale steun, zoals aanwezig binnen een bevredigende partnerrelatie, mensen tegen psychische klachten zoals depressie en zijn ze op deze manier negatieve voorspellers van elkaar. Het is aannemelijk dat de aanwezigheid van psychopathologie het ook moeilijker maakt een bevredigende partnerrelatie te vinden en behouden. Dit is dan ook de reden dat we iets langere relaties wilden onderzoeken.

Het in dit onderzoek gevonden negatieve verband tussen lager seksueel functioneren en relatietevredenheid en de versterking van dit effect door de aanwezigheid van hogere depressieniveaus sluit aan bij eerder onderzoek. In eerdere onderzoeken is namelijk aangetoond dat angst- en stemmingsklachten voornamelijk

van invloed zijn op het seksueel functioneren (Kennedy, Dickens, Eisfeld et al., 1999; Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck, & Weijenburg, 2009).

Er zijn enkele kanttekeningen te plaatsen bij dit onderzoek. Er is sprake van cross-sectioneel onderzoek eerder dan longitudinaal of experimenteel onderzoek. Hierdoor kan er niets gezegd worden over causaliteit (Field, 2009). Daarnaast is er mogelijk responsbias opgetreden aangezien respondenten via zelfrapportage het eigen seksueel functioneren, de relatietevredenheid en de ervaren psychische klachten hebben beoordeeld. Hierdoor bestaat het risico dat sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven (Field, 2009). Het geven van sociaal wenselijke antwoorden op vragen heeft zowel een *trait* als een *state* aspect. De *state* neiging om dat te doen kan sterker zijn bij directe observatie, en zou daarom ook zwakker kunnen zijn in een online vragenlijst. De *trait* neiging speelt op een globaler niveau en zou ook een rol kunnen spelen bij het invullen van online vragenlijsten.

Mogelijk is ook selectiebias opgetreden aangezien de steekproeftrekking in 'eigen kring' heeft plaatsgevonden waardoor de onderzoekspopulatie waarschijnlijk geen goede afspiegeling vormt van de algemene vrouwelijke Nederlandse bevolking. De onderzoeksgroep is mogelijk hierdoor betrekkelijk homogeen wat impliceert dat de generaliseerbaarheid van de resultaten twijfelachtig is (Katzner et al., 1998). In een meer heterogene steekproef, waarbij gedacht wordt aan vrouwen met een meer representatieve verdeling wat betreft opleidingsniveau en leeftijdscategorie, zouden de resultaten anders kunnen zijn. Hierbij moet tevens worden opgemerkt dat de onderzoeksgroep een seksueel en relationeel 'gezonde' steekproef betreft waardoor er weinig variabiliteit bestaat. Om effecten van psychische klachten te onderzoeken, is het meer aangewezen om een klinische steekproef te onderzoeken. Door het selectieve karakter van deze onderzoeksgroep is de externe validiteit van dit onderzoek beperkt (Katzner et al., 1998). De resultaten kunnen daarom niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar de vrouwelijke Nederlandse bevolking met een heteroseksuele relatie van minimaal één jaar die niet in behandeling zijn voor een psychisch probleem.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Aangezien relatietevredenheid een complex begrip is, is het aan te bevelen om bij vervolgonderzoek naar relatietevredenheid een breder perspectief aan te nemen en het onderzoek niet enkel te richten op de samenhang met seksueel functioneren. Er zijn bijvoorbeeld andere relevante variabelen genoemd in de '*triangular theory of love*' van Sternberg (1986), namelijk intimiteit en toewijding. Maar bijvoorbeeld ook de gezinssamenstelling en dan met name het hebben van kinderen, waarbij het van belang is om de specifieke leeftijd van deze eventuele kinderen na te vragen. Het is noodza-

kelijk dat aanvullend onderzoek gedaan wordt dat rekening houdt met deze variabelen om op deze manier een vollediger beeld te krijgen van het begrip relatietevredenheid en de variabelen die hiermee samenhangen. Bovenstaande kan selectiebias voorkomen, de generaliseerbaarheid van de conclusies doen toenemen en de relevantie van het onderzoek verhogen.

Ook zou replicatieonderzoek zinvol zijn als contro-leprocedure om op deze manier de geldigheid en betrouwbaarheid vast te stellen en is longitudinaal volg-onderzoek wenselijk om uitspraken over causaliteit te kunnen doen (Field, 2009). Om de betrouwbaarheid te maximaliseren kan nog gedacht worden aan het inzetten van een *experience sampling method* (via smartphone) zodat de vragenlijsten in de natuurlijke omgeving van de onderzoekspopulatie afgenomen kunnen worden.

Aangezien het aannemelijk is dat stellen die korter samen zijn andere aspecten aanwijzen die samenhangen met relatietevredenheid dan stellen die langer bij elkaar zijn, lijkt het zinvol om relatieduur als factor te onderzoeken.

Conclusie

Uit dit onderzoek is gebleken dat er een significante positieve samenhang bestaat tussen seksueel functioneren en relatietevredenheid. Daarnaast is er een significante negatieve samenhang gevonden tussen psychische klachten en seksueel functioneren en tussen psychische klachten en relatietevredenheid. Tevens is uit het onderzoek gebleken dat het negatieve effect op relatietevredenheid van slechter seksueel functioneren versterkt wordt door de aanwezigheid van hogere depressieniveaus. Dit betekent dat het binnen de klinische praktijk relevant lijkt om bovenstaande gebieden secuur uit te vragen en behandeling goed aan te laten sluiten op het voorkomen van mogelijke comorbiditeit. Echter moet hierbij de kanttekening worden gemaakt dat de gevonden resultaten eerst robuust moeten blijken in verder, liefst experimenteel, onderzoek.

Literatuur

- Allen, M. S., & Walter, E. E. (2018). Linking big five personality traits to sexuality and sexual health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *144*, 1081–1110.
- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen: DSM-5* (1^e druk). Amsterdam, Nederland: Boom.
- Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sexual Medicine*, *9*, 1497–1507.
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, *32*, 193–208.
- Basson, R. (2002). Women's sexual desire: Disordered or misunderstood? *Journal of Sex & Marital Therapy*, *28*, 17–28.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., et al. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *The Journal of Urology*, *163*, 888–893.
- Berscheid, E. (1999). The greening of relationship science. *American Psychologist*, *54*, 260–266.
- Bodenmann, G., Atkins, D. C., Schär, M., & Poffet, V. (2010). The association between daily stress and sexual activity. *Journal of Family Psychology*, *24*, 271–279.
- Bolle, G., Griffioen, T., & Knegtering, R. (2009). *Seksuologie* (2e herziene druk). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bouma, J., De Boer, J., De Jong, J., De Schepper, E., Leusink, P., Oomkes, W., Stevens, N., Van der Waart, T., & Wiersma, T. (2015). NHG-Standaard seksuele klachten (eerste herziening). *Huisarts & Wetenschap*, *58*, 2–32.
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. T. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, *62*, 964–980.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, *112*, 39–63.
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research*, *42*, 113–118.
- Cutrona, C. E. (1996). *Social support in couples: Marriage as a resource in times of stress*. Thousand Oaks, London & New Delhi: Sage Publications.
- de Beurs, E. (2006). *Brief Symptom Inventory*. Handleiding. Leiden: PITS
- de Graaf, H., & Wijsen, C. (2017). *Seksuele gezondheid in Nederland 2017*. Rutgers.
- Derogatis, L.R. (1975a). *The Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Devoldre, I., Davis, M., Verhofstadt, L., & Buysse, A. (2010). Empathy and social support provision in couples: Social support and the need to study the underlying processes. *The Journal of Psychology*, *144*, 259–284.
- Donnelly, D. A. (1993). Sexually inactive marriages. *The Journal of Sex Research*, *30*, 171–179.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3e druk). London: SAGE Publications Ltd.
- Forbes, M. K., Baillie, A. J., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2017). A place for sexual dysfunctions in an empirical taxonomy of psychopathology. *Journal of Sex Research*, *54*, 465–485.
- Forbes, M. K., & Schniering, C. A. (2013). Are sexual problems a form of internalizing psychopathology? A structural equation modeling analysis. *Archives of Sexual Behavior*, *42*, 23–34.
- Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I., & Weijnenborg, P. (2009). *Seksuologie* (2e herziene druk). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Glenn, N. D. (1998). The course of marital success and failure in five American 10-year marriage cohorts. *Journal of Marriage and the Family*, *60*, 569–576.
- Graham, J. M., Liu, Y. J., & Jeziorski, J. L. (2006). The dyadic adjustment scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, *68*, 701–717.
- Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, *26*, 399–419.
- Henderson-King, D. H., & Veroff, J. (1994). Sexual satisfaction and marital well-being in the first years of marriage. *Journal of Social and Personal Relationships*, *11*, 509–534.
- Hendrickx, L., Gijs, L., & Enzlin, P. (2014). Prevalence rates of sexual difficulties and associated distress in heterosexual men and women: Results from an internet survey in Flanders. *Journal of Sex Research*, *51*, 1–12.
- Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., & Ormel, J. (2016). Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted asso-

- ciation hardly decays with time: A meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants. *Psychological Medicine*, 46, 2883–2906.
- Katzer, J., Cook, K.H., Crouch, W.W. (1998). *A guide for users of social science research*. The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: Prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 98-108.
- Kennedy, S., Dickens, S., Eisfeld, B., et al. (1999). Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 56, 201-208.
- Kessel, K. (2017). Het effect van seksuele tevredenheid op het verband tussen relatietevredenheid en depressieve gevoelens: Een ESM studie. *School of Social and Behavioral Sciences*, 2-24.
- Laurent, S., & Simons, A. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical Psychology Review*, 29, 573-585.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L., & Dolezal, C. (2007). The Female Sexual Function Index: A methodological critique and suggestions for improvement. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33, 217-224.
- Morokoff, P. J., & Gilliland, R. (1993). Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *Journal of Sex Research*, 30, 43–53.
- NHG-Werkgroep Seksuele klachten (2015). NHG-Standaard Seksuele klachten (eerste herziening). *Huisarts & Wetenschap*, 58, 2-32.
- Preacher, K., & Hayes, A. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 36, 717-731.
- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. (2011). Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: An empirical study. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 461–469.
- Rosen, R. C., & Bachmann, G. A. (2008). Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: The case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 291-297.
- Rusbult, C. E. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 101-117.
- Rutgers (2017). *Seksuele gezondheid in Nederland*. Utrecht: Eburon.
- Schwartz, P., & Young, L. (2009). Sexual satisfaction in committed relationships. *Sexuality Research & Social Policy*, 6, 1-15.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.
- Sternberg, R. J. & Barnes, M. L. (1985). Real and ideal others in romantic relationships: Is four a crowd? *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1586-1608.
- Sternberg, R. J., & Hojjat, M. (1997). *Satisfaction in close relationships*. New York: Guilford Press.
- Tamres, L., Janicki, D., & Helgeson, V. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Society for Personality and Social Psychology*, 6, 2-30.
- ter Kuile, M., Brauer, M., & Laan, E. (2009). De Female Sexual Function Index (FSFI) en de Female Sexual Distress Scale (FSDS): Psychometrische eigenschappen in een Nederlandse populatie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 33, 207-222.
- van Lankveld, J., & Grotjohann, Y. (2000). Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the Composite International Diagnostic Interview. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 479–498.
- van Lankveld, J., ter Kuile, M., & Leusink, P. (2010). *Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling* (1^e druk). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Lankveld, J. (1998). *Seksuele disfuncties*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Lunsen, R., & Laan, E. (2017). *Seks!: Een leven lang leren* (1^e druk). Vlaardingen, Nederland: Prometheus.
- Veerbeek, M., Knispel, A., & Nuijen, J. (2015). *GGZ in tabellen 2013-2014*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Whisman, M. A., & Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 674-678.
- Young, M., Denny, G., Luquis, R., & Young, T. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7, 115-128.

Summary

The role of psychopathology on the relationship between sexual functioning and experienced partner satisfaction in women.

The aim of this study was to investigate the relationship between sexual functioning and relationship satisfaction in Dutch women with a heterosexual relationship. In addition, it was investigated to what extent psychological symptoms moderates the relationship between sexual functioning and relationship satisfaction. A significant positive relationship between sexual functioning and relationship satisfaction was found. In addition, we found a significant negative correlation between psychological symptoms and sexual functioning and between psychological symptoms and relationship satisfaction. The general level of psychological symptoms did not moderate the positive relationship between sexual functioning and relationship satisfaction. However, it was found that the negative effect of poorer sexual functioning on relationship satisfaction was enhanced by the presence of higher depression levels. This means that it seems relevant within clinical practice to carefully question the above areas and to ensure that treatment is properly aligned with the prevention of possible comorbidity. However, it should be noted here that the results that we have found must first prove robust in further, preferably experimental, research.

Keywords: sexual functioning, relationship satisfaction, general psychopathology, Dutch female population

Trefwoorden: seksueel functioneren, relatietevredenheid, algemene psychopathologie, Nederlandse vrouwelijke bevolking

Squirting: Een onoplosbaar raadsel

Jelto Drenth

Samenvatting

Aan de hand van literatuur, zowel academische als ook publieksgerichte, over de G-spot, de vrouwelijke prostaat en het ejaculeren (in sommige literatuur *squirten* genoemd) van vrouwen worden drie hypothesen gepresenteerd die kunnen verklaren waarom sommige vrouwen bij het *squirten* grote volumes vocht kunnen produceren.

In 1984 schreef Maureen Luyens in dit Tijdschrift het artikel 'De G-plek en de vrouwelijke ejaculatie', wat vooral een literatuuroverzicht was. Dat was twee jaar nadat Ladas, Whipple en Perry met hun boek 'De G-plek en andere recente ontdekkingen op het gebied van de seksualiteit' deze onderwerpen ook voor het grote publiek toegankelijk hadden gemaakt, waarna ze via allerlei tijdschriften grote populariteit verwierven. Luyens deelde mee dat bij het NISSO (Nederlands Instituut voor Sociaal-Seksuologisch Onderzoek) Gerda de Bruijn vrijwilligsters zocht die vanuit ervaringsdeskundigheid zouden kunnen helpen bij het verhelderen van de vele vragen die er om het onderwerp hingen. Of er van dat initiatief iets terecht gekomen is, is niet duidelijk, maar het heeft in elk geval niet geleid tot een publicatie. In De Bruijn's veelgeprezen (en vaak herdrukte) boek 'Vrijen met een man, kan dat dan?' uit 1985 wordt het onderwerp niet genoemd. In de Nederlandse medisch-seksuologische wereld is er sinds 1984 nooit meer over het onderwerp gepubliceerd.

In vragenrubrieken van tijdschriften, en later op internetsites, kwamen twee vragen steeds weer naar voren: kan iedere vrouw haar G-plek ontdekken en leren te ejaculeren? En: is het echt wel zeker dat "het" geen urine is? Aan de eerste vraag heeft de wetenschappelijke wereld zich nauwelijks gewaagd, over de tweede is door nogal wat onderzoekers gesteld dat ejaculatievloeistof wel degelijk urine is. Daarmee staan zij diametraal tegenover de niet-wetenschappelijke media, waarin talloze beschouwende en voorlichtende boeken, tijdschriftartikelen, websites en DVD's te vinden zijn (Chalker, 2000). Daarin wordt op basis van uitspraken van grote aantallen ervaringsdeskundigen geconstateerd dat iets wat zo weinig lijkt op urine, geen urine kan zijn.

Dit artikel spitst zich toe op deze controversen, en er worden ter verheldering drie hypothesen uitgewerkt. Inspiratie komt o.a. uit directe confrontatie: ongeveer tien jaar geleden liet vrouwenerotiekwinkel *Mail and Female* Deborah Sundahl haar G-spotinstructie-DVD presenteren (Sundahl, 2003), en toen herinnerde een aanwezige collega me eraan dat al snel na de publicatie van het boek van Ladas, Whipple en Perry (1982) een groepje vrouwelijke Rutgersstichtingseksuologen een experimenteerclub vormden. Dat had voor haar inderdaad de gehoopte verrijking van haar seksuele beleving (solo en in haar relatie) opgeleverd. Zij was destijds geschokt door een tijdschriftinterview waarin een prominente seksuoloog (man) plompverloren gesteld had dat zij toch echt een soort incontinentie vertoonde, en dat ze daarvoor naar een bekkenbodemtherapeut kon gaan. Het begrip *mansplaining*¹ was destijds populair in de genderdiscours, en de collega vond dit een typisch voorbeeld.

Termen en begrippen

Waar we het hebben over termen die in de wetenschappelijke wereld niet eenduidig gedefinieerd zijn, moeten we eerst stilstaan bij hoe de begrippen in dit artikel gehanteerd gaan worden.

- G-Spot/G-plek: structuurtje onder het vaginale slijmvlies, enkele centimeters diep in de voorwand. Bij krachtige stimulatie vertoont het enige zwelling, en dat veroorzaakt seksuele opwinding.
- Peri-urethrale klieren: in het peri-urethrale interstiële weefsel gelegen stelsel van klierbuisjes. Bij de man worden ze kliertjes van Littré genoemd..
- Vrouwelijk ejaculatie: expulsie van vocht uit de urethra; fysiek begeleidingsfenomeen van het orgasme.
- *Squirting*: een term die vooral in de lekenpers gebruikt wordt voor vrouwelijk ejaculeren van opmerkelijk volume. Voor de meest spectaculaire uitschietters wordt de geuzenterm *gushers* soms gebruikt.

J. Drenth is arts-seksuoloog (n.p.); voorheen werkzaam voor de Rutgersstichting Groningen.

¹ *Mansplaining*: ongevraagde, vaak nogal betweterige uitleg door een man, aan een vrouw die over het onderwerp van zichzelf voldoende kennis heeft.

Beverly Whipple werd van de drie auteurs de meest actieve informatiever spreider, en zij profiteerde voor haar beschrijvingen (en haar beeldmateriaal) van de experimenteerdrift van de activistes, verenigd in de *Feminist Woman's Health Centers*. Deze Centra waren een reactie op de wijd-verbrede kritiek op vrouwvijandige attitudes en gebrek aan genderspecifieke kennis onder medici. Daarvan getuigden talloze zwartboeken. De *Health Centers* boden voorlichting tot zelfredzaamheid ("onafhankelijkheid van het medisch-farmaceutisch complex"). Hun boeken hadden veelzeggende titels als *How to stay out of the gynecologist's office* en *For Ourselves*. Seksualiteit was een belangrijk strijdperk in de man-vrouw-emancipatiediscours, en de G-plek kreeg daarin een plek.

Seeing is Believing

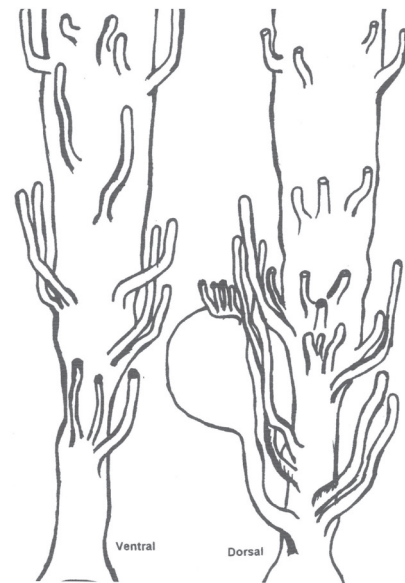
In 1980, tijdens een bijeenkomst van de SSSS (*Society for the Scientific Study of Sex*) vertelden Whipple en Perry dat er in de vagina een plek is die bij stevige vingerstimulatie enigszins opzwellt, wat met lustgevoelens gepaard gaat. Dit kan culmineren in een orgasme en gaat gepaard met vochtuitvloed uit de urethra. Hun verhaal werd met ongeloof, ja zelfs wantrouwen begroet, maar een vroege bekeerling beschreef hoe Whipple en Perry met één vrijwilligster en haar partner aan hem en drie collega's op een hotelkamer *in vivo* het ongeloof hadden weggenomen (Weisberg, 1981). Het ongeloof blijft hardnekkig; er wordt gesproken van een hype, soms valt de term *imposters*. In 2010 gebruikten zes samenwerkende onderzoeksgroepen de titel *Who's afraid of the G-spot* (Jannini e.a, 2010). Een artikel in het blad *Skepsis* kreeg de pesterige titel G-spotting en plasseks (Koppenaar, 2010).

De twijfel werd groter toen bleek dat de variatie in volumes aan *squirt*vocht enorm waren, met uitschieters (de *gushers*) in de richting van een half wijnglas. Wie zijn/haar twijfel wil wegnemen, heeft het tegenwoordig makkelijk: op internet is veel beeldmateriaal te vinden. *Squirting* werd een hot item; 10 jaar geleden vonden Ogas en Gaddam (2011) dat het qua populariteit de derde zoekterm was op pornosite *Pornhub*. De eigen getallen van de site over 2019 zijn minder imposant, maar *lesbian squirt* is in dat jaar wel een van de grootste stijgers: met 289%. Ook vrouwvriendelijk porno werd een serieuze niche, en de producenten van *sex toys* reageerden op steeds explicietere wensen met een enorme variatie in het vibratoraanbod, waaronder de G-spotvibrator. Whipple en Perry hadden wereldkundig gemaakt dat vrouwen die konden ejaculeren gemiddeld betere beheersing hadden van hun bekkenbodemmusculatuur, dus er werd door sommigen ijverig geoefend en met trainers (kegelvormige gewichtjes) geëxperimenteerd. Veel vrouwen hadden Hoe-vind-ik-mijn-G-spot-instructie gevonden, en konden de effectieve Kom-Hier-vingermassage aan geliefden instrueren.

Behoudende mannelijk artsen zagen het onderwerp nogal eens als een hype, die wel moest leiden tot overspannen verwachtingen, ergo teleurstellingen. Maar er waren ook artsen die *G-spot augmentation* introduceerden (injectie van een bubbeltje *filler* onder het vagina-slijmvlies, ter verhoging van het wrijfcontact). Daarmee zou de kans op vaginale orgasmes (het oude Freudiaanse ideaal) groter worden.

Pogingen tot verklaren

Figuur 1. para-urethrale klierstructuren vlg. Zaviačič



Squirting houdt iets raadselachtigs in, want niemand kan eigenlijk goed uitleggen waar die forse vochtvolumes vandaan kunnen komen. De Slowaakse onderzoeker Milan Zaviačič (1999) haalde een oud onderzoek van Huffman (1948) aan. Die produceerde een beeld van de anatomie door bij lijken was in de urethra te spuiten¹. In zijn eigen boek verwerkte Zaviačič dat tot een simpel schema van klierbuisjes (fig. 1). Hij dacht dat binnen dit geheel de G-spot een aparte positie inneemt, qua anatomie en fysiologie identiek aan de mannelijke prostaat en hij stelde voor de term G-spot vervangen door prostaat *tout court*. Daarmee had hij een emancipatoire bedoeling: als man en vrouw niet van elkaar verschillen zijn verschillende termen onnodig.

Vanuit de embryologie is dit standpunt eveneens verdedigbaar: de genderdifferentiatie (vanaf week 7) komt tot stand door selectieve groei van de buizen van Wolff (bij de man, onder invloed van testosteron uit de testikels) en die van Müller (bij de vrouw, bij ontbreken van testosteron). De buizen van Wolff ontwikkelen zich tot bijballen, zaadleiters en zaadblazen; bij de vrouw blijven daarvan een paar rudimentaire structuren over.

¹ Afbeeldingen van de wasmodellen van Huffman zijn gemakkelijk te vinden op Google (female prostate Huffman), maar niet vrij om te gebruiken.

De buizen van Müller groeien uit tot eileiders, baarmoeder en het diepe deel van de vagina, en bij de man resteert de utriculus: een blind gangetje, uitmondend in de urethra prostatica. Prostaat en peri-urethrale klieren staan los van de gender-dimorfe buizen. Zij ontstaan bij beide seksen mediaan in de sinus urogenitalis (Stoekart, Swaab, Gijs en Slob, 2004). Het is dus plausibel dat deze klierstructuren minder uitgesproken seksedimorfe zijn.

De mannelijke prostaat is flink wat groter dan het vrouwelijke homologe, en duidelijk afgekapseld als aparte structuur. Waar in Huffman's schets niet erg duidelijk is wat de G-spot is, en wat de andere peri-urethrale klieren, kan er bij mannen geen twijfel bestaan. De talloze andere klieren in de loop van de urethra heten bij mannen kliertjes van Littré, en die zorgen ervoor dat de urethra permanent een beetje vochtig gehouden wordt. Waarschijnlijk zijn zij bij opwinding verantwoordelijk voor voorvocht; de hoeveelheid daarvan varieert enorm bij mannen.

Zaviačič zocht voorts naar verschillen tussen *squirt*-vloeistof en urine. Vrouwen bleken PAP (prostaatzuur fosfatase) te produceren, wat altijd als exclusief, sperma-gerelateerd geslachtskenmerk beschouwd was. Ook Ladas, Whipple en Perry (1982, p.80) vermeldden al dat, naast PAP, ook glucose hoger was in vrouwelijk ejaculatievocht dan in urine, en ureum en creatinine (markers van de nierfunctie) lager. De grote volumes kon Zaviačič niet verklaren. Een man-vrouwvergelijking kan demonstreren hoe raadselachtig dit gegeven is. Bij de man onderscheiden wij orgasme (tussen de oren) van de zaadlozing. Tijdens de emissiefase daarvan worden de producten van testikels, zaadblazen en prostaat samengebracht in de *urethra prostatica*, de verwijding van de urinebuis onder de blaas. Die heeft een redelijk volume. Tijdens de ejaculatiefase, enkele seconden later, gaat de onderste blaaskringmusculatuur op slot en de sfincter onder de prostaat ontspant. De bulbospongiosus-spier, die de urethra in de lengte omvat, levert de uitdrijvende energie; door krachtige contracties wordt de *urethra prostatica* ritmisch leeggespoten. Zelfs bij mannen die relatief grote spermavolumes hebben is het nog wel verenigbaar met onze voorstelling van dat wijde urethrasegment. Bij vrouwen ontbreekt zoiets als een bulbus, en daarmee de opslagruimte voor een gemiddeld *squirt*-volume. Het vocht moet dus uit de blaas komen (voor anatomie en fysiologie: zie Stoekart, Swaab, Gijs en Slob, 2004).

Het vrouwelijke orgasme, zoals geobserveerd door Masters & Johnson (1966), kent ook een serie ritmische contracties van de musculus bulbospongiosus, maar deze ligt circulair om de vagina-ingang, en heeft dus een beperkt uitdrijvend effect. De spuitenergie voor haar ejaculatie kan alleen geleverd worden door de blaas- en rompmusculatuur. Whipple (1982, p. 54) citeert instructies voor het vinden van G-plek en ejaculatiepotentieel; daarin wordt veel aandacht gegeven aan de verwarring die vrouwen soms ervaren omdat de

opwinding zozeer voelt als plasdrang. Sommige vrouwen hielden hun orgasme tegen omdat ze vreesden voor incontinentie. In een vragenlijstonderzoek onder Amerikaanse en Canadese vrouwen, werkzaam in de gezondheidszorg, werden deze zorgen ook vermeld (Darling, Davidson & Conway-Welch 1990). Van 1289 respondentes (55% van de aangeschrevenen) meldde 40% enige vorm van vochtverlies rond haar orgasme, en 16 % had weleens haar orgasme tegengehouden uit vrees voor urineverlies.

Kritiek op de overwaardering van de prostaat

Jannini (2014) bepleit een andere anatomische term: het ClitoroUretroVaginale complex. Zijns inziens hoeven bij het behandelen van erotische stimulatie de verschillende anatomische delen niet zo strikt uit elkaar gehouden te worden. Kennelijk wil hij de veronderstelde vaste relatie G-plekstimulatie–ejaculatie relativeren, en dat sluit aan bij informatie van ervaringsdeskundigen. Sommige *squirtsters* hebben nauwelijks penetratie nodig, en vertrouwen geheel op hun clitoris. Veelzeggend is de titel van het bekendste boek vanuit de ervaringsdeskundige hoek, Rebecca Chalker's *The Clitoral Truth* (2000; 4^{de} druk in 2018).

Ook op dit punt kan weer een man-vrouwverschil gerelativeerd worden: ook mannen vertrouwen voor hun orgasmes vooral op hun eikel, voorhuid en toompje, en de meeste hetero's hebben een beperkt beeld van het erotische potentieel van hun prostaat (Morin, 1981). In de porno, zowel homo als hetero, is dit een levendige niche, maar zoeken in wetenschappelijke tijdschriften levert slechts één artikel op (Levin, 2017). De fysioloog Roy Levin presenteert een ziektegeschiedenis van een man die vanwege hardnekkige klachten van *Chronic Prostatitis/ Chronic Pelvic Pain Syndrome* (CP/CPPS) ging experimenteren met een prostaatstimulator. Zijn klachten reageerden daar gunstig op, maar de seksuele stimulatie ervan was dusdanig intens dat de man het als een verslaving ging beleven. Levin zocht naar literatuur over *prostate-induced orgasms*, maar ook hij kon alleen uit niet-academische bronnen zijn kennis opdoen.

Drie hypothesen over de origine van *squirt*-vloeistof

Auteurs die stellen dat *squirt*-vloeistof urine is, erkennen dat het in ieder geval ongewoon waterige urine is. Bij zo'n laag soortelijk gewicht spreekt men van waterdiurese, en de triviale oorzaak daarvan is: veel teveel water drinken (polydipsie). Diabetes insipidus is een aangeboren ziekte waarbij de hypofyse het anti-diuretische hormoon (ADH, ook vasopressine genoemd) niet produceert. Deze patiënten plassen dagelijks meer dan 10 liter, en moeten dus ook zoveel drinken. Ter vergelijking: patiënten met diabetes mellitus (suikerziekte) plassen ook ongewoon veel, maar van normaal soortelijk gewicht.

De vraag is of seksuele opwinding de nieren tot waterdiurese aanzet. Er zijn bij seksuele opwinding hor-

monen betrokken, maar over ADH heb ik daaromtrent niets kunnen vinden. Er is een artikel waarin studenten op standaardtijden moesten drinken en plassen. Met een lege blaas dienden ze anderhalf uur naar porno te kijken, en de urine van die periode werd vergeleken met gelijke periodes ervoor en erna (Levi, 1969). Na de kijkperiode was er meer urine, bij vrouwen iets uitgesproken dan bij de mannen (36% vs. 24%), van iets lager soortelijk gewicht (vrouwen 32%, mannen 26%). Adrenaline en Noradrenaline, door de onderzoekers geïnterpreteerd als indicator van opwindingsstegen bij de mannen meer dan bij de vrouwen. Creatinineuitscheiding (indicator van de globale nierfunctie) was onveranderd in de drie fases. Levi's resultaten tonen aan dat waterdiurese het verschil tussen *squirt*-vloeistof en urine niet kan verklaren. Meer onderzoek naar de relatie *arousal* en diurese heb ik niet kunnen vinden.

Een Franse groep (Salama et al., 2015) vond 7 bereidwillige *squirtsters*, bij wie met echo-apparatuur het blaasvolume werd gemeten. Na plassen voor de masturbatiesessie bleek de blaas inderdaad leeg. Vlak voor het bereikte orgasme (de respondentes gebruikten daarvoor 25 tot 60 minuten) werd er een forse vulling gemeten, en na het *squirten* (volumes van 15 tot 110 cc) was de blaas helemaal leeg. PAP werd gemeten in de orgasmevloeistof, en ook een beetje in de eerste urine na het orgasme. Ook deze groep concludeerde: het komt uit de blaas, dus het is urine. Er is echter een ouder, bijna vergeten onderzoek van Cabello uit Malaga (1997), die 24 vrijwilligsters onderzocht. Zij leverden anoniem post-orgasme-urine in, en 6 van hen ook ejaculatiesamples. In driekwart van de urines was PAP aantoonbaar, evenals in alle ejaculaten, en daarin in hogere concentraties. In tegenstelling tot Salama speculeerde Cabello dat het PAP in post-orgasme-urine in de perirethrale klierstructuren geproduceerd moet zijn, en dus retrograad in de blaas beland is.

Cabello's nieuwe hypothese is dat *arousal* bij (sommige) vrouwen leidt tot peri-urethrale klieractiviteit gedurende de stimulatieperiode (bij Salama's respondentes 25 tot 60 minuten). Het product daarvan zou dan stroomopwaarts gaan, dus de onderste blaassfincter zou bij de grote *squirters* kennelijk geen barrière vormen. Het resultaat wordt opgeslagen in de blaas.

Zijspoor: hoe vergezocht is de retrograde transport-hypothese?

Als we overwegen dat sommige vrouwen retrograad hun latere ejaculaat kunnen opslaan in de blaas, dan is dat in contrast met het fenomeen bij de man, want voor hen is retrograde ejaculatie (RE) een dysfunctie. De frequentste oorzaken ervan zijn iatrogeen: prostaatverwijdering en nogal wat medicijnen hebben soms deze bijwerking. Maar er zijn twee casussen beschreven waarin glashelder aangetoond werd dat RE volledig autonoom kan optreden, en die ontdekking werd gedaan tijdens fertiliteitsbehandelingen door de Groningse gynaecoloog Jan Kremer (1986). Van twee echtparen bleek

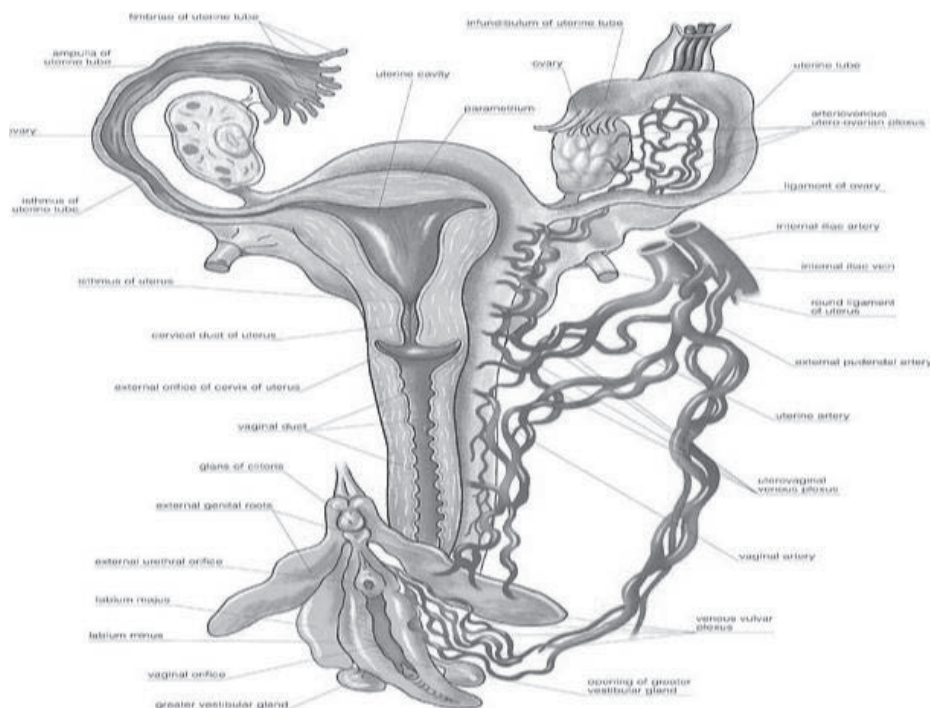
de man zijn masturbatiesperma van goede kwaliteit, maar bij een post-coitumtest (PCT: portioslijm wordt microscopisch beoordeeld op de beweeglijkheid van de spermatozoën daarin) zag Kremer portioslijm zonder enige zaadcel. Beide mannen hadden toch echt de verplichte ochtendcoïtus met een orgasme afgesloten. Toen bij Kremer het kwartje gevallen was, werd de diagnose RE vlot bevestigd: een volgende PCT was weer leeg, maar bij onderzoek van post-orgasme-urine werden de verdwaalde zaadcellen teruggevonden. Kremer waagde zich niet aan speculaties over een (misschien psychosomatische /psychodynamische) oorzaak. Kennelijk kan er tijdens het complexe gebeuren van de ejaculatie weleens een detail (de reflectoire aanspanning van de onderste blaassphincter) uitblijven.

Bij vrouwen die beschikken over het vermogen tot *squirten* zou dus gedurende de hele opwindingsfase de spincter niet alleen ontspannen moeten zijn (wat, gezien de in die fase hoge sympathische tonus, tegen een fysiologisch basisprincipe ingaat), maar er moet een dynamiek van perifeer naar centraal verondersteld worden. Daarvoor zouden we terug kunnen vallen op de observaties van Masters en Johnson (1966). Zij beschreven het tenting effect: bij hoge niveaus van opwindingsverplaatst de baarmoeder zich naar dieper in de buik, en de vagina kan een aanzienlijk volume lucht inzuigen. Dit fenomeen verklaart ook dat sommige vrouwen in staat zijn om op commando vaginaal te flatuleren. Als opwindingsde vagina in staat stelt om lucht in te zuigen, dan is het ook voorstelbaar dat de blaas hetzelfde kan doen met vocht. Voor de rol van de vrouwelijke equivalenten van de prostaat in de productie van *squirt*-vloeistof lijkt de aanwezigheid van PAP een overtuigende aanwijzing, maar het blijft moeilijk om ons voor te stellen dat het buizenstelsel in de schets van Zaviacic tot de volumes van de grootste *squirtsters* in staat zijn. Uiteindelijk is de vrouwelijke urethra maar 2 ½ tot 4 cm lang, en de ruimte tussen vaginawand en symphyse is beperkt (en bevat ook nog het corpus van de clitoris). Ter vergelijking: de verzamelde speekselklieren produceren in rust 1,9 cc per 5 minuten, en dat kan bij stimulatie (citroensap) oplopen tot 6,75 cc (40,5 cc in een half uur). De vier grootste klieren samen hebben een volume van gemiddeld 65 cc (Li, Chen et al., 2015). Het volume van de para-urethrale kliertjes moet daar ver onder liggen, en de hoogste productie van één van Salama's vrijwilligsters, na ongeveer een half uur stimulatie, is met 110 cc bijna drie keer zo groot als de speekselvloed. Deze vergelijking is wat willekeurig, maar het suggereert dat het onwaarschijnlijk is dat de para-urethrale klieren in hun eentje de *squirt*-vloeistof produceren.

Voor een derde hypothetische bron is het interessant om terug te halen wat Masters en Johnson (1966) observeerden tijdens de opwindingsfase van de vrouw. Er werd vroeger gedacht dat het vaginale lubricatieslijm uit de baarmoedermond een belangrijk aandeel had, maar dat wordt weerlegd door het gegeven dat na een

hysterectomie het vochtig worden niet verstoord is. Bij de vagina-ingang hebben we natuurlijk de klieren van Bartholin en talloze *glandulae minores vestibuli*, maar die monden buiten de hymenring uit, dus hebben geen invloed op de inwendige vochtigheid. De vaginawand heeft beslist geen klierstructuren. Masters en Johnson waren de eersten die het inwendige observeerden bij stimulatie, en zij zagen een opmerkelijk snelle “zweetreactie”, transsudatie genoemd. De verklaring hiervan luidt als volgt: in het interstitium, het losmazige bindweefsel rond urethra, vagina en endeldarm, bevindt zich een rijk netwerk van aderen en slagaderen, de veneuze plexus genaamd (zie figuur 2).

Figuur 2. Arteriële en veneuze anatomie van de vrouwelijke geslachtsorganen



De aderen gaan bij opwinding openstaan, wat leidt tot het warme, volle, aandacht-opeisende gevoel. De slagaderen leveren een enorme stroom bloed, dat allemaal door de capillairen vloeit, wat gepaard gaat met uittreden van plasma in de interstitiële ruimte (plasma is de bloedvloeistof zonder cellen). Een deel van het plasma wordt teruggesorbeerd naar de capillairen, en een deel gaat als lymfe via het netwerk van lymfevaten terug naar de borstholte. Maar kennelijk is het vaginale slijmvlies er ook voor doorgankelijk en bij hoge, langdurige opwinding kan de productie indrukwekkend zijn. De slippjes die Tom Jones tijdens zijn concerten om de oren vliegen zijn doorweekt, en Erica Jong beschrijft in *Fear of Flying* (1973) plastisch de lijfelijke reactie van haar alter ego Isabelle tijdens een vliegreis met een felgebeerde man:

The entire lower half of my body has liquefied and is slowly dribbling down on the floor. It's no longer just a question of creaming in my pants – I am dissolving.

Als er vanuit het doorweekte bindweefsel zo makkelijk plasma naar de vagina doorsijpelt, dan is het voorstelbaar dat dat ook naar de urethra, en misschien zelfs door de blaasbodem kan gebeuren. Het ontbreekt ons aan exacte kennis over het vaatbed rond de urethra en blaasbodem, maar de afstand tussen ventrale vaginawand en urethra meet men eerder in millimeters dan in centimeters, en het interstitium is dermate losmazig, dat er hierin geen belemmering voor de vochtdiffusie verondersteld hoeft te worden. Dan rest nog de vraag of de epitheelbekleding van vagina en urethra in ge-

lijke mate de passieve diffusie toelaten, zoals geobserveerd door Masters & Johnson. Ook deze hypothese zal moeilijk geverifieerd dan wel gefalsificeerd kunnen worden, maar het zou betekenen dat Zaviačič's peri-urethrale buizenstelsel slechts een deel van het totaal-volume hoeft bij te dragen.

Helaas, van alle drie de deelhypothesen kan ik me niet voorstellen dat ze ooit bewezen, dan wel gefalsificeerd zouden kunnen worden. Laat staan gekwantificeerd, zoals wij van sperma weten dat slechts een paar procent uit de epididymis komt, 1/3 uit de prostaat en 2/3 uit de zaadblazen. Masters en Johnson konden de zwetende vaginawand op film zetten; het is haast ondenkbaar dat zulke observaties aan urethra en/of blaaswand gedaan zouden kunnen worden.

Epiloog

Tal van aspecten aan de vrouwelijke ejaculatie hebben nog geen wetenschappelijke verklaring, en het blijft raadselachtig waarom G-plek en *squirting* in de maatschappelijke discussie niet alleen met ongeloof, maar met apert wantrouwen is omgeven, en waarom sommige autoriteiten zo fanatiek aan de wereld willen duidelijk maken dat vrouwen die ejaculeren eigenlijk incontinent zijn. Vrouwen die naar expansie van hun seksuele belevingswereld streven, hebben bij wetenschappelijke onderzoekers weinig houvast te vinden.

Nog maar tien jaar voor Ladas, Whipple en Perry's boek (1982) had het vrouwelijk orgasme de volle aandacht van de seksuologische wereld. Lobitz en LoPiccolo introduceerden voor primaire anorgasmie een individuele aanpak, gefocust op masturbatie. Daarna introduceerde Lonnie Barbach de groepsaanpak; ze vertrouwde zozeer op de effectiviteit daarvan, dat zij de term anorgasmie verving door preorgasmie. Preorgastische vrouwengroepen waren een wereldwijd succes. Veel universiteiten en seksuologie-instituten hadden ze decennialang in hun aanbod, en vooral in de VS werd er ook onderzoek naar verricht. Een flink aantal psychologiestudenten hebben hun afstudeerscriptie aan preorgasmie gewijd. De groepsaanpak had vrijwel automatisch ook een emancipatoir effect; de genderrolverdeling kwam altijd ter sprake. Deelnemers gingen vaak aan de slag om hun partners te interesseren in een seksueel repertoire dat beide partners aan hun trekken liet komen. Dat leidde weleens tot gemopper, en in tijdschriften werd gespeculeerd of de grotere assertiviteit van vrouwen niet ten koste ging van de mannelijke

potentie. Binnen de wereld van de bio-energetica, de methode van Freud-discipel Alexander Lowen, werd nog steeds de superioriteit van het vaginale orgasme beleeden (Ladas, Whipple & Perry, 1982). In Schotland produceerde Stuart Brody een serie opmerkelijke onderzoeken, waarin hij steeds weer concludeert dat hij andermaal de superioriteit aangetoond heeft van vrouwen die vaginale orgasmes hebben. Hoewel hij geaccepteerd is door gerefereerde tijdschriften, wordt er door collega's vaak weinig geloof gehecht aan zijn conclusies (Drenth, 2016, p.336 vv.). De emancipators van het vrouwelijk orgasme daarentegen hadden altijd een welkome plek in de boezem van de seksuologie.

Ik voorspel dat het onderzoekers niet gaat lukken om *evidence-based* de vrouwelijke ejaculatie te ont-radselen. Maar in beschrijvende, heuristische zin kunnen voorlichters, journalisten en erotiekwebsites kennis verspreiden over de gigantische variabiliteit van de menselijke seksuele ervaringswereld. Wie over *squirting* uitvoerig visuele informatie tot zich wil nemen (*seeing is believing*), heeft keuze uit talloze bronnen. Het lesbische pornoproductiehuis *Girlfriends Films* belooft de kijkers dat in hun films alle *squirt*-momenten authentiek zijn. De in Amsterdam gevestigde site *Abby Winters*, die pretendeert dat de actrices behoorlijk autonoom zijn in wat zij willen vertellen en laten zien, heeft een *squirt*-podcast waarin ervaringen en kennis gedeeld worden met het publiek. Deborah Sundahl's DVD, via internet te bestellen, is zeer didactisch. Grant Stoddard, een in seksualiteit gespecialiseerde journalist voor internetmagazine *Vice*, deed verslag van een *squirting*-workshop geleid door Kenneth Play (2018). Hij zag een groep vrouwen collectief masturberen, met spectaculaire resultaten. De sfeer die Stoddard beschrijft, lijkt analoog aan de vrouwengroepen die Betty Dodson vanaf 1970 aanbood aan vrouwen op zoek naar hun eerste orgasme. De schaamte rond de vulva werd doorbroken door blootsessies, met onderlinge vergelijking. Toen Dodson een gemeenschappelijke masturbatie-happening opperde, was iedereen meteen enthousiast (Bullough et al., 1997). Haar film van een kring naakte vrouwen, elk met haar vibrator toewerkend naar het eerste orgasme, was een nuttige procesversneller in pre-orgastische vrouwengroepen. Kenneth Play heeft een paar instructiescènes gratis aan Pornhub aangeboden: de laagdrempeligste manier om kennis te maken met *wet sex*.

Literatuur

- Bullough, B., Bullough, V.L., Fithian, M.A., Hartman, W.E. & Klein, R.A. (1997). *How I got into sex*. New York: Prometheus.
- Cabello, F. (1997). Female ejaculation: Myth and reality. In Baras-Vass. J.J. & Perez-Conchillo, M. (Editors) *Sexuality and Human Rights: Proceedings of the XIII World Congress of .S.A.* Een reprint hiervan: <http://doctorg.com/female-ejaculation/female-ejaculation-myth-and-reality/>
- Chalker, R. (2000). *The clitoral truth; the secret world at your fingertips*. New York-London-Sydney-Toronto: Seven Stories Press.
- Darling, C.A., Davidson, J.K. & Conway-Welch, C. (1990) Female ejaculation: perceived origins, the Grafenberg spot/area and sexual responsiveness. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 19-47.
- Drenth, J. (2016). *De man is geen jager*. Amsterdam: Arbeiderspers.
- Huffman, J.W. (1948). The detailed anatomy of the para-urethral ducts in the adult human female. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 55, 86–101.
- Jannini, E.A., Buisson, O. & Rubio-Casillas, A. (2014) Beyond the Gspot: clitourethrovaginal complex anatomy in female orgasm. *National Review of Urology*. doi:10.1038/nrurol.2014.193
- Jannini, E.A., Whipple, B., Kingsberg, S.A., Buisson, O., Foldès, M. & Vardi, Y. (2010) Who is afraid of the G-spot? *Journal of Sexual Medicine*, 7, 25-34.
- Jong, E. (1973). *Fear of flying*. New York: Henri Holt Company.
- Koppenaar, D. (2010). G-spotting en plasseks; Onderzoek naar het lekkerste plekje. *Skepter*, 23,1. <https://skepsis.nl/g-spot>.
- Kremer, J. (1986). Een merkwaardige oorzaak van een negatieve uitslag van de post-coitum-test. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 130, 2008.
- Ladas, A.K., Whipple, B. & Perry, J. (1982). *The G-spot and other recent discoveries about human sexuality*. New York: Holt, Reinhart & Wiston.
- Levi, L. (1969). Sympatho-Adrenomedullary activity, diuresis, and emotional reactions during visual sexual stimulation in human females and males. *Psychosomatic Medicine*, 31, 251-268.
- Levin, R.J. (2018). Prostate-Induced orgasms: A concise review illustrated with a highly relevant case study. *Clinical Anatomy* 31, 81–85.
- Lowndes Sevely, J. & Bennett, J.W. (1998). Concerning female ejaculation and the female prostate. *Journal of Sex Research*, 14, 1-20.
- Luyens, M. (1984). De G-spot en de vrouwelijke ejaculatie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 8, 121-128.
- Masters, W. & Johnson, V.E. (1966) *Human sexual response*. New York, Bantam Books.
- Morin, J. (1981). *Anal pleasure and health*. San Francisco, Yes Press.
- Ogas, O. & Gaddam, S. (2011). *A billion wicked thoughts*. New York: Dutton.
- Rubio-Casillas, A. & Jannini, E.A. (2011). New insights from one case of female ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 3500-4.
- Salama, S., Boitrelle, F., Gauquelin, A., Malagrida, L., Thiounn, N. & Desvaux P. (2015). Nature and origin of "squirting" in female sexuality.; *Journal of Sexual Medicine*, 12, 661–666.
- Stoddard, G. (2018). This is what comes out when a woman Ejaculates. *Vice Health*, 18.
- Stoeckart, R., Swaab, D., Gijs, L. en Slob, A.K. Biologie van de seksualiteit; endocrinologische, anatomische en fysiologische aspecten. In: Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I. & Weijnenborg, I. (2004). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sundahl, D. (2003). *The G-spot and female ejaculation*. Alameda: Hunter House.
- Li, W., Chen, Y., e.a. (2015). Clinicopathological characteristics of immunoglobulin G4-related sialadenitis. *Arthritis Research & Therapy*, 17, 186.
- Weisberg, M. (1981). A note on female ejaculation. *Journal of Sex Research*, 17, 90-1.
- Zavlačič, M. (1999) *The human female prostate: From vestigial Skene's paraurethral glands and ducts to woman's functional prostate*. Bratislava: Slovak Academic Press.

Summary

The mystery of squirting

Based on literature, academic as well as intended to inform the general public, describing the G-spot, the female prostate and female ejaculation (in some literature referred to as squirting), three hypotheses are presented that could explain the conundrum that some women are capable of ejaculating large volumes of fluid.

Keywords: female orgasm; female ejaculation; G-spot; female sexual physiology; history of female sexuality

Trefwoorden: orgasme van vrouwen; vrouwelijke ejaculatie; G-plek; seksuele fysiologie bij vrouwen; geschiedenis van de vrouwelijke seksualiteit

Heteronormativiteit en de preventie van seksueel geweld

Ine Vanwesenbeeck

Samenvatting

Op het NVVS-voorjaarscongres 'Als seks schaadt' op 26 maart 2021 werd de keynote gehouden door de auteur van dit stuk. Het leek de betrokkenen aardig om die lezing ook als TvS artikel te publiceren. Onderstaand is een lichte bewerking van hetgeen destijds is uitgesproken. Enkele stukken die toen sneuvelen vanwege de tijd, zijn hier opgenomen. Op andere plekken heeft de discussie achteraf geïnspireerd tot een korte aanvulling. Literatuurverwijzingen zijn toegevoegd. Centraal in het betoog staat dat seksueel geweld complex, meervoudig verankerd sociaal gedrag is dat eveneens meervoudig en op meerdere terreinen bestreden dient te worden.

Seksueel geweld voltrekt zich binnen een veelvormig stelsel van heteronormativiteit en seksisme. Dat maakt het uitermate complex en lastig te bestrijden. Het is geweld maar toch ook norm. Het is strafbaar maar wordt ook verontschuldigd. In vele opzichten vormt seksueel geweld een continuüm. Een continuüm niet alleen omdat de aard en ernst ervan sterk variëren en het zeer uiteenlopende consequenties heeft, of omdat slachtoffers een relatief grote kans hebben gerevictimizeerd te worden, of om zelf pleger te worden. Het vormt ook een continuüm omdat seksueel geweld vaker voorkomt in contexten waar sprake is van grote sociale ongelijkheid, of die sowieso gewelddadig zijn. En bovenal is er sprake van een continuüm omdat seksueel geweld van (veelal) mannen tegen (veelal) vrouwen in het verlengde ligt van het standaard heteroseksuele script waarin een onbeheersbare mannelijke drift en vrouwelijke verleidelijkheid figureren, waar mannelijk initiatief en activiteit tegenover vrouwelijke terughoudendheid en begrenzen instemmen staan. De grens tussen het traditionele heteroseksuele script en seksuele grensoverschrijding is vaak superdun. Het grijze gebied is groot. Daarom hoor je vaak in getuigenissen: 'er is niks gebeurd, maar...'

De glijdende schaal stelt de bestrijding van seksueel geweld voor grote problemen. Wetgeving en vervolging krijgen onvoldoende grip, persoonlijk verweer en herstel zijn ingewikkeld en, uiteraard, alle vormen van preventie zijn gecompliceerd. Ik ben bang dat een belangrijk deel van mijn lezing er over zal gaan hoe gecompliceerd de bestrijding van seksueel geweld wel niet is (maar ik hoop toch ook een positieve noot te sonderen).

Welke verklaringen snijden hout?

Om goed over preventie na te kunnen denken, moeten we begrijpen wat de achtergronden van seksueel geweld zijn. Dus laat me om te beginnen nog even de uiteenlopende verklaringen op een rij zetten.

Evolutionair geworteld?

Seksueel geweld is ruimschoots besproken binnen de evolutionaire psychologie. Gepostuleerd wordt dat het afdwingen van seks een geëvolueerde strategie is om toegang te krijgen tot seksuele partners als dat op vrijwillige basis niet lukt. Mocht dit waar zijn dan zou dat duidelijk lastig zijn voor de preventie maar, zoals bij zoveel in het evolutionaire perspectief, is daar geen enkele evidentie voor (zie bijvoorbeeld het uitstekende overzichtsartikel in één van de laatste nummers van TvS: Eshuis, 2020).

Mij heeft altijd al verbaasd (zie bijvoorbeeld Vanwesenbeeck, 1999) dat patriarchale, sekse-ongelijke verhoudingen als vanzelfsprekend worden aangenomen in de evolutionaire psychologie: de mannen hebben de seksuele drift en, bij voorkeur, de middelen in de aanbidding; vrouwen hebben in hun jacht op die ontbeerde middelen baat bij de juiste, met vruchtbaarheid geassocieerde, *waist-hip-ratio* en een hoge mate van seksuele selectiviteit. Dit is problematisch aangezien de theorie vooral steunt op processen ten tijde van jager-verzamelaar culturen, terwijl historici de bepalende opkomst van patriarchaal, mannelijk maatschappelijk overwicht toch echt pas later plaatsen, in de periode dat landbouw de belangrijkste economie werd en het menselijk bestaan verschoof van rondtrekkend naar agrarisch en gevestigd. Toen zouden mannen hun fysieke voordeel bij het hanteren van de nieuwe technische mogelijkheden (in het bijzonder de ploeg) steeds verder hebben kunnen verbreden naar dominantie op nieuwe maatschappelijke terreinen zoals handel, industrie en openbaar bestuur. De uitsluiting van vrouwen versterkte hun (economische) afhankelijkheid van

Em. Prof. Ine Vanwesenbeeck was decennialang verbonden aan Rutgers en bekleedde de Bijzondere Leerstoel Seksuele ontwikkeling, diversiteit en gezondheid aan de Universiteit Utrecht.

mannen en het belang van een goed huwelijk, seksuele aantrekkelijkheid en maagdelijkheid (zie bijvoorbeeld Lee, 2011). Toenemende sociale stratificatie, urbanisatie en industrialisatie legden vervolgens steeds meer nadruk op de dienstbaarheid van vrouwen aan het kerngezin en verzwakten de positie van vrouwen verder. Het kolonialisme versterkte genderongelijkheid eens te meer in voordien relatief egalitaire samenlevingen.

Het raadsel rond de historisering en contextualisering van evolutionaire processen heb ik nog door geen evolutionair psycholoog besproken, laat staan opgelost, gezien. Maar het is voor mij genoeg reden om de hypothese van seksueel geweld als evolutionair geworteld hier terzijde te schuiven als problematisch en onbewezen.

Persoonlijkheid van de dader?

Ook Eshuis (2020) benadrukt dat er veel overtuigender evidentie is dat daders van seksueel geweld vaak een geschiedenis van andere vergrijpen hebben en dat er niet zozeer sprake is van specifiek seksueel geweld, maar eerder in het algemeen van psychopathie en antisociaal gedrag waar het seksuele geweld onderdeel van uit maakt.

Daarmee komen we bij een tweede vaak gehanteerde verklaring, de pathologische persoonlijkheid van de dader. Onderzoek laat hier sterk tegenstrijdige bevindingen zien. Bij veroordeelde plegers wordt wel een algeheel vijandige mannelijkheid gevonden, antisociale tendensen en een onpersoonlijke, zelfzuchtige seksuele attitude. Ook wordt wel een gebrek aan empathie gezien, en een gebrekkige emotieregulatie. Dat zou allemaal het gevolg kunnen zijn van een onveilige, instabiele opvoedingsomgeving, alsook delinquentie en sociaal isolement in de adolescentie. De antisociale inslag die wel gezien wordt bij veroordeelde daders zou dus een gevolg kunnen zijn van specifieke levensomstandigheden. Dat is precies wat Malamuth postuleert in zijn beroemde *Confluence model of sexual aggression*. Het feit dat de antisociale inslag zich vertaalt naar seksueel geweld valt vervolgens niet los te zien van het heteronormatieve ideologische kader. Maar niet iedereen is daar dus even 'gevoelig' voor. Iemand's persoonlijke geschiedenis speelt een belangrijke rol, zeker bij extreme vormen van seksuele agressie.

Situationele factoren?

Het adagium 'porno is de theorie, verkrachting de praktijk' heeft velen tot de verbeelding gesproken. Maar ook pornogebruik laat niet over de hele breedte effecten zien. Onderzoek laat eigenlijk vooral effecten zien bij hoog-gebruikers die bovendien hoog scoren op risicofactoren zoals een agressieve oriëntatie en een vrouwvijandige masculiniteit. Bovendien is natuurlijk de ene porno de andere niet (zie ook Vanwesenbeeck, 2016). Dat geldt ook voor sociale media (zie ook Vanwesenbeeck, 2018), een complex terrein waar ik nu niet verder op in kan gaan, maar waar zeker geen rechtlij-

nige verbanden zijn en waar het laatste woord nog niet over is gezegd.

Onomstotelijk is daarnaast wel dat alcohol en drugs een belangrijke factor zijn en dat geweld, in samenhang daarmee, relatief veel voorkomt in het uitgaansleven. Er kan sprake zijn van verminderde zelfcontrole en ook kan alcohol leiden tot communicatiefouten. Bij gebrekkige sociale vaardigheden kunnen subtiele signalen slecht worden opgepikt. Seksuele grensoverschrijding komt om deze redenen ook relatief veel voor op jonge leeftijd. Onder jongens speelt ook vaak groepsdruk een rol.

De culturele context?

Bij alles is ook de ideologische, normatieve context van belang, dat wordt keer op keer bevestigd. Er wordt meer geweld gepleegd door mannen die verkrachtingsmythen sterker onderschrijven, bijvoorbeeld de idee dat mannen recht hebben op seks, de overtuiging dat een meisje ja bedoelt als ze nee zegt, of de gedachte dat druk uitoefenen bij de mannelijke rol hoort. Tot op zekere hoogte zien we dergelijke opvattingen overal en bij iedereen. Met name Amerikaanse auteurs betogen daarom wel dat we in een 'rape culture' leven. We hebben daar in Nederland geen equivalent voor. Niettemin betoog ik hier ook dat deze stereotype voorstellingen wijdverbreid zijn en op alle niveaus van maatschappelijke realiteit een rol spelen. Er zijn in de wetenschap vele termen gebruikt om dit wijdverbreide dominante stelsel aan te duiden. Tegenwoordig wordt vaak gesproken over heteronormativiteit.

Heteronormativiteit is de constante factor

Mijn punt is hier, dat deze heteronormativiteit in feite de constante factor is in alle behandelde verklaringen. Er kan tot op zekere hoogte sprake zijn van persoonlijkheidskenmerken, ervaringen en situationele omstandigheden die het risico op agressiviteit verhogen, maar als we niet onder de vigerende seks/gender normativiteit zouden leven, zou agressie wellicht andere vormen aannemen, minder specifiek seksueel zijn, of andere daders en slachtoffers kennen. Voor het seksuele geweld van voornamelijk mannen tegen voornamelijk vrouwen waar we het hier over hebben, is de heteronormatieve context onmiskenbaar richtinggevend. Heteronormativiteit is de ideologie die sekstereotypen, seksisme en, uiteindelijk, seksueel geweld schraagt en rechtvaardigt. De kern van heteronormativiteit en de daaraan gekoppelde seksuele dubbele moraal ligt in een opvatting van vrouwelijke en mannelijke seksualiteit als fundamenteel verschillend ('hetero') en complementair (zie ook Vanwesenbeeck, 2020a).

Subject versus object

Belangrijke elementen in heteronormativiteit zijn de idee van een natuurlijke, mannelijke seksuele drift (het zogenaamde *male sexual drive discourse*) en de onevenredig zware seksualisering van vrouwen. Mannelijke

seksualiteit wordt bij uitstek gezien als gedreven door een actief verlangen waarvan vrouwen het (relatief passieve) object vormen. Daarmee zit seksueel geweld als het ware ingebakken in het standaard script. Want mannen falen als ze geen seks willen en vrouwen falen als ze niet gewild worden. Dit werkt door in alle heteroseksuele interacties en strekt zowel mannen als vrouwen tot nadeel. Seks is voor mannen geassocieerd met activiteit, *being on top of things*, macht uitoefenen. Mannen leren niet het genoegen van aantrekkelijkheid, dienstbaarheid, gewild worden. Vrouwen leren daarentegen niet hun eigen verlangen en geiligheid te kennen en te ontwikkelen. Heteronormativiteit brengt vrouwen in een uitermate lastig parket: de plicht om verleidelijk te zijn maar seks toch af te houden, op sanctie van veroordeling als slet. Het nodigt mannen uit tot overhalen en 'mchtig' zijn, en tot frustratie en woede als dat niet lukt. Maar de natuurlijke mannelijke drift is een mythe. We weten inmiddels dat 'zin in seks niet uit de lucht komt vallen' (van Lunsen en Laan, 2017: 169), maar dat er altijd een seksuele prikkel voor nodig is. In het geval van de mannelijke drift is een uitgebreide beschikbaarheid van porno, prostitutie en potentieverhogende middelen nodig om hem in stand te houden. De vrouwelijke seksualiteit ontbeert dergelijke steun veelal.

Daarentegen strekt de onevenredige objectivering en seksualisering van vrouwen hen juist sterk tot nadeel, in hun eigenwaarde, hun seksuele beleving en gezondheid, en hun maatschappelijk presteren. Seksualisering is niet principieel iets slechts, sterker: het is onderdeel van een positieve seksualiteit. Maar seksualisering is wél schadelijk omdat het zo eenzijdig op vrouwen is gericht en de lat in het schoonheidsideaal zo hoog legt dat vrijwel niemand eraan kan voldoen. Ook is seksualisering kwalijk als het de totale persoon betreft, diens subjectiviteit ontkent, disrespectvol is, ongewenst is of direct aanleiding geeft tot agressief gedrag. Hetgeen het dus kan doen maar niet noodzakelijk doet.

Entitlement en agency

Laat me nog even raken aan twee andere cruciale concepten in heteronormativiteit die in de internationale literatuur besproken worden, namelijk *entitlement* en *agency*. Het denken, voelen en handelen rond die mechanismen spelen continu en overall een rol van betekenis bij de instandhouding en dus de bestrijding van seksueel geweld. *Entitlement* verwijst naar de rechtvaardigheid van mannen binnen de vigerende verhoudingen, het gevoelde recht op bewondering, zorg, kennis en macht en, niet in laatste instantie, op seks. De idee van mannelijke rechtvaardigheid vormt in het bijzonder een verontschuldiging voor seksuele agressie door mannen. En het minimaliseert het kwaad dat vrouwen wordt aangedaan. Met als gevolg *victim blaming* en het vrijuit gaan van daders. Ik las pas een heel fijn boek over *entitlement* (Manne, 2020) waarin de au-

teur aan de hand van een serie geweldscases illustreert hoe de idee van mannelijke rechtvaardigheid werkt bij allerlei betrokkenen (van rechters tot advocaten tot journalisten en het grote publiek). Ze introduceerde twee mooie termen voor de mechanismen die hierbij werkzaam zijn: *himpathy* en *herasure*. De wijdverbreide idee dat mannen recht hebben op seks maakt dat de sympathie met de mannelijke dader is en het (leed van het) slachtoffer wordt 'uitgegumd'. Dat is hoe mannelijke rechtvaardigheid werkt.

Nederlandse equivalenten voor *sexual agency* zijn seksuele zelfbeschikking, doelbewust handelen of zelfs handelingsbekwaamheid. In de seksuele vorming wordt meer *agency* bij meisjes nagestreefd, niet in laatste instantie om de weerbaarheid tegen seksueel geweld op te schroeven. Heteronormativiteit maakt dat *sexual agency* in mannen als vanzelf verondersteld wordt maar in vrouwen niet gezien wordt en, voor zover het al gezien wordt, minder wordt gewaardeerd of zelfs onwenselijk wordt gevonden. Ik haal nog even in herinnering dat vrouwen als ze trouwden in Nederland nog in het jaar dat ik geboren werd (1956) bij wet handelingsonbekwaam werden! *Agency* wordt geconceptualiseerd als een typisch mannelijke vorm van gedrag en niet als de subtiele vorm van strategisch navigeren van omstandigheden, mogelijkheden en situaties die het ook is. Het wordt te weinig erkend dat *agency* niet zozeer een persoonlijkheidskenmerk is maar eerder het resultaat van normatieve en structurele mogelijkheden en restricties. Over hoe we *agency* moeten begrijpen wordt heftig gedebatteerd in de sociale wetenschap (zie Vanwesenbeeck e.a., in review). Een volgende keer kom ik graag verder ingaan op de haken en ogen aan *agency* en *empowerment* en de consequenties daarvan voor de seksuele vorming. Ik houd het hier bij het signaal dat termen als drift, seksualisering, *entitlement* en *agency* sterk gendered zijn en een cruciale rol vervullen in de wijze waarop seksualiteit in praktijk wordt gebracht, niet in het minst op het vóórkomen van seksueel geweld. Het zijn allemaal elementaire mechanismen in de wijze waarop we heteronormativiteit van dag tot dag vormgeven.

'Gender doen'

Onder de noemer 'gender doen' heb ik een dergelijk perspectief op gender en seks eerder in TvS beschreven (Vanwesenbeeck, 2011). In het kort komt het erop neer dat we naar gender kijken als iets wat we doen, niet wat we zijn, naar gender als een continu, dagelijks performatief proces waarin seksualiteit en gender in onderlinge samenhang worden ge(re)produceerd en, tegen de geldende wind in, soms ook worden ondermijnd. Dit proces speelt zich in het bijzonder af op het microniveau van dagelijkse menselijke interactie. Het is daar dat voorstellingen over seks en seksueel geweld, over seksueel subject versus object-zijn, over rechtvaardigheid en handelingsbekwaamheid, hun beslag krijgen. Dat gebeurt in alle sferen. De wetgever doet gen-

Tabel 1. (Inter)nationale ontwikkelingen in de strijd tegen seksueel geweld

Verenigde Staten (en Zweden)		Nederland	
1980s	groeïende evidentie	1982	Kijkduin conferentie
1990s	<i>negative consent</i> campagnes	1980s	onderzoeken ministerie SZW/DCE
1990s	pleidooi 'discourse of desire'	1991	verkrachting huwelijk in W.v.Sr.
Late 90s	<i>abstinence-only</i> education	1990 e.v.	nationale campagnes
2000s	<i>affirmative consent</i> campagnes	2011	rapport commissie Deetman
2014	White House Task Force	2012	rapport commissie Samson
2014 e.v.	<i>affirmative consent</i> richtlijn	2012-2018	Centra Seksueel Geweld
2017	#MeToo	2017	#MeToo
2018	<i>affirmative consent</i> wet Zweden	2021	Wet Seksuele Misdrijven (verwacht)

der, de politiemens doet gender, de voorlichter doet gender, de journalist doet gender, u en uw bedpartner doen gender, en ik en de mijne ook. Zo houden we gezamenlijk van dag tot dag de heteronormatieve ballen in de lucht. 'Gender doen' verwijst naar de wijze waarop de dubbele moraal van dag tot dag, routinematig en stelselmatig, in praktijk gebracht wordt.

Als variant op *doing gender* kunnen we hier ook *doing heteronormativity* in de strijd gooien, of eigenlijk in het kader van preventie beter *undoing!* Laten we eens kijken hoe ver we daar inmiddels mee zijn.

De strijd tegen seksueel geweld

Juist omdat seksueel geweld zo verweven is met ons hele denken en doen in seks, is de aanklacht tegen seksueel geweld eigenlijk relatief recent. Niet alleen het probleem blijkt hardnekkig maar het blijkt ook moeilijk om de handen op elkaar te krijgen voor de bestrijding ervan. Gestructureerd protest begon eigenlijk pas serieus in de jaren 70, 80 (zie tabel). Toen begon evidentie over de omvang en de ernst van seksueel geweld naar boven te komen. In Nederland begon het allemaal pas echt in 1982 met de Kijkduin-conferentie *Seksueel geweld tegen vrouwen en meisjes*. Het is bij ons pas 30 jaar geleden dat verkrachting binnen het huwelijk strafbaar werd! Dit was wellicht mede een gevolg van onderzoek dat van overheidswege werd geëntameerd, om te beginnen door het DCE van het ministerie van Sociale Zaken (SZW): Draijer keek naar seksueel misbruik van meisjes door verwanten; Römken naar geweld binnen heterorelaties en ik mocht zelf geweld en dwang in de prostitutie onderzoeken. In 2011 bracht de commissie Deetman rapport uit over seksueel geweld in de katholieke kerk en in 2012 de commissie Samson over seksueel geweld in de jeugdzorg. In het licht van al die verontrustende evidentie is het echt ongelooflijk hoe lang het geduurd heeft en hoe kort het geleden is dat de 18 Regionale Centra Seksueel geweld in volle omvang gerealiseerd zijn.

Negative versus affirmative consent

De eerste preventiecampagnes riepen vooral meisjes op tot wat in de internationale literatuur *negative*

consent wordt genoemd: '*no means no*', in Nederland 'als een meisje nee zegt..' en vele andere initiatieven. Meisjes en vrouwen worden met de oproep tot *negative consent* volledig aangesproken op hun traditionele vrouwelijke rol als poortwachter en begrenzer van mannelijke drift. Begrijpelijkerwijs is daar veel kritiek op gekomen. Baanbrekend was een artikel van Fine (1988) waarin voor het eerst wordt gepleit voor een vertoog van verlangen in plaats van nee-zeggen en weerstand bieden. En de discussie is sindsdien niet opgehouden (zie Vanwesenbeeck, 2020b).

De kritiek op de promotie van *negative consent* richt zich vooral op het feit dat de rol van meisjes wordt beperkt tot het aangeven van grenzen. Dat het verlangen en de lust van meisjes niet aan de orde is. Dat het voor meisjes uitsluitend over risico, gevaar en kwetsbaarheid gaat. Verder dat het werkt als een uitnodiging aan jongens om vooral te proberen een meisje over te halen, een uitnodiging voor grensoverschrijding in feite. In plaats van over weerbaarheid zouden we moeten spreken over seksueel plezier van meisjes, over hún rechtthebbendheid en zelfbeschikking.

Met name in de VS frustreert de conservatieve *Abstinence-Only* beweging eerst nog dat streven. Daar zijn ze aldaar nog steeds enorm druk mee, maar tegelijkertijd is een progressievere campagne op gang gekomen die pleit voor *affirmative consent: only yes means yes, the rest is rape*. Er valt veel te zeggen voor *affirmative consent* als voorwaarde voor seks. Het corrigeert de nadelen van negatieve consent. Het benadrukt dat de simpele afwezigheid van 'nee' geen vrijbrief is voor seksuele handelingen, van belang in verband met seks tijdens dronkenschap en het bevriezen van veel slachtoffers wanneer ze belaagd worden. In de VS heeft de *affirmative consent* campagne vleugels gekregen nadat de *White House Task Force to Protect Students From Sexual Assault* het in 2014 verplicht stelde op universiteitscampussen op basis van artikel *Title IX* van de Education Amendments. Dat artikel verbiedt gender discriminatie, inclusief *sexual harassment*. Het stelt *consensuality* als norm voor alle seksuele relaties op de campus. Het verplicht universiteiten een coördinator en klachtprocedures aan en in te stellen, professionals te trainen en

studenten voor te lichten. De opkomst van de #MeToo beweging, die oorspronkelijk vooral het misbruik van vrouwen in de professionele sfeer aanklaagde, is hier ongetwijfeld mede door gestimuleerd. Uiteraard een geweldige beweging, een volksopstand van vrouwen en sympathiserende mannen tegen seksueel geweld. Ongekend en hoopgevend.

Consent laws

Zweden is, geïnspireerd door #MeToo, als eerste land overgegaan tot een landelijke, wettelijke verplichting van *affirmative consent*. In de nieuwe wet is sprake van verkrachting als aangetoond kan worden dat het slachtoffer geen expliciet verbale instemming heeft gegeven of duidelijk heeft aangegeven dat ze seks wil.

Het 'only yes means yes' klinkt als een ideale campagneleus. Maar toch zijn er ook kritische geluiden zowel in VS als Zweden (bijvoorbeeld Gunnarsson, 2018; Kipnis, 2017). Ten eerste wordt benadrukt dat instemming geen simpel moment is van even ja-vragen-en-zeggen, maar een complex sociaal proces. Instemming moet gegeven worden, herkend worden en vervolgens ook gerespecteerd worden. Instemming wordt bovendien vaak gecompliceerd door gevoelens van ambivalentie en twijfel en kan uitermate troebel zijn. Instemming is natuurlijk ook totaal niet hetzelfde is als daadwerkelijk seks-willen, je kunt instemmen terwijl je eigenlijk niet wilt, of andersom. Angst en conflictvermijding, overwegingen als voor-wat-hoort-wat en ongelijke machtsverhoudingen kunnen aan de orde zijn. Ook is vaak helemaal niet helder waarvoor precies instemming wordt gegeven, of onder welke voorwaarden. Alcohol en drugs kunnen de boel verder vertroebelen.

En uiteraard spelen vigerende verhoudingen en contexten bij dat al een grote rol. Instemmingsprocessen worden volledig bepaald door de heteronormatieve context waarbinnen ze plaatsvinden. Een treffend citaat van Judith Butler is 'power precedes consent'. Consent wordt verwacht in een context van ongelijke machtsverhoudingen, allerlei aannames over heteroseks, een dubbele moraal, en de idee dat weerstand bij vrouwen symbolisch is, zogenaamde *token resistance*. In zijn algemeenheid staan gedegen instemmingsprocessen compleet haaks op traditionele scripts. Het instemmings-vereiste gaat impliciet uit van een gelijkwaardige verhouding tussen mannen en vrouwen, een situatie waarin beiden evenveel rechten hebben, even *entitled* zijn, even goed seksueel mogen zijn zonder gevoelens van schuld en schaamte, et cetera. Maar die situatie bestaat nu eenmaal (nog) niet. De gangbare verhoudingen liggen anders.

Een ander kritiekpunt is dat het pleidooi voor verplichte instemming gender stereotypen eerder bevestigt dan bestrijdt. In het debat omtrent instemming worden genderstereotypen opnieuw continu gerecycled. Het gaat steeds over mannen als agressief en vrouwen als kwetsbaar en zwak. Kwetsbaarheid van mannen c.q. grensoverschrijding door vrouwen krijgen

veel minder aandacht. De instemmings-eis richt zich sterk op daders, en dat is principieel een goede aanvulling op de aandacht voor vrouwelijke kwetsbaarheid en weerbaarheid. Leer niet meisjes om weerbaar te zijn maar leer jongens om geen grenzen te overschrijden is de achterliggende gedachte en die snijdt natuurlijk hout. Maar een eenzijdige focus op de rol van de dader bevestigt ook de macht van mannen. Kipnis (2017) beschrijft bijvoorbeeld hoe de focus op de dader er op de Amerikaanse campussen toe leidt dat elke aandacht voor de rol van meisjes in de grensoverschrijding nu alleen nog maar gezien wordt als *victim blaming* en *slut shaming*. Als je geen oog hebt voor de rol van vrouwen in grensoverschrijding, bevestig je in feite voorstellingen van vrouwelijke passiviteit, betoogt Kipnis. Een goed evenwicht tussen aandacht voor de vrouwen- en de mannenrol in seksuele grensoverschrijding is aangewezen. Ook ten aanzien van de #MeToo beweging is gewaarschuwd voor overgeneralisatie en genderstereotypering.

Verder worden zowel #MeToo als *consent laws* bekritiseerd omdat ze seksnegatief zouden zijn. De instemmings-eis zou alle seks verdacht maken: 'het is niet goed tenzij...'. In Zweden is ook naar voren gebracht dat seksuele verhoudingen met deze wet wel erg onder druk komen te staan. De principiële mogelijkheid van beschuldiging achteraf zou stress en wantrouwen veroorzaken tussen seksuele partners. De toekomst zal leren of dergelijke vrezen terecht zijn. Vooralsnog is er overigens weinig blijk van valse aangiften op grote schaal, noch van toegenomen wantrouwen tussen seksuele partners. De bewijslast in seksueel geweldszaken blijft echter, tot slot, een even groot probleem als het altijd al was. 'Zijn woord tegen het hare' blijft een mogelijkheid in de rechtszaal. Veel zal afhangen van een goede voorbereiding van de zaak, maar de capaciteit bij politie en justitie schiet overal sterk tekort. In Nederland is die momenteel al verontrustend laag met als gevolg dat vele aangiften onbehandeld op de plank blijven liggen.

Dit jaar wordt in Nederland de aanpassing verwacht van de huidige 'Zedenwetgeving' naar de 'Wet Seksuele Misdrijven'. Er is bij ons niet gekozen voor het expliciete instemmingsvereiste, en dat lijkt mij gezien het voorgaande een goed besluit. Het is wel de bedoeling het dwangvereiste te schrappen en ook dat is goed nieuws, een belangrijke erkenning van het mogelijke 'bevriezen' van slachtoffers. De voorbereiding van de nieuwe wet heeft al bij al behoorlijk veel tijd genomen. Dat illustreert de complexiteit van een goed juridisch kader voor seksueel geweld. Maar de gekozen richting is beslist positief te noemen. Hoe de wet zal gaan werken in de rechtszaal moet nog worden afgewacht maar een aanvullend argument voor wetswijziging is de signaalfunctie ervan, dat seks tegen de wil niet getolereerd wordt en strafbaar is. Daarmee komen we dan, ten langen leste, op het onderwerp preventie.

Effectiviteit van preventieprogramma's

Ik richt me hier vooral op primaire preventie, in het bijzonder educatieve programma's voor jongeren, vaak in schoolse context. Ik baseer me met name op twee reviewartikelen, één van eigen hand (Vanwesenbeeck, 2020b) waarvoor ik een veelheid aan literatuur heb bestudeerd over de effectiviteit van seksuele vorming in brede zin. Het andere (DeGue e.a., 2014), is een systematische review van 140 evaluatiestudies naar de effectiviteit van primaire preventie strategieën specifiek gericht op seksueel geweld.

Wat opvalt bij bestudering van het veld is, om te beginnen, dat het bij de preventie van seksueel geweld vaak om korte psycho-educatie gericht op het bevorderen van kennis of het veranderen van attitudes. Opvallend genoeg wordt seksueel geweld vaak niet of met mondjesmaat in reguliere voorlichtingsprogramma's behandeld. Daar heeft de focus toch erg lang vooral op de preventie van ongewenste zwangerschap en soa gelegen. De meeste interventies zijn dus min of meer *stand-alone*. Dit komt ook omdat docenten en voorlichters het toch vaak heel complexe materie vinden. Ook met de behandeling van gender in het algemeen hebben veel docenten nog problemen. De roep en de intentie tot de inclusie van gender en seksueel geweld in seksuele vorming is groot, maar de praktijk blijft daarbij achter, ook in Nederland. In 2016 heeft het Ministerie van OCW geconstateerd dat het aanbod van seksuele vorming in NL in zijn algemeenheid nog beperkt, veel te hapsnap en te weinig structureel is. Ook in Nederland laat de deskundigheid van docenten nog vaak te wensen over.

Voor de korte *stand-alone* interventies gericht op de preventie van seksueel geweld worden regelmatig wel positieve effecten op kennis en attitudes aangetoond. In de review van DeGue en collega's laten grofweg twee op drie studies positieve effecten zien op kennis en vaardigheden zoals communicatie tussen seksuele partners. Ongeveer één op drie laat positieve effecten zien op attitudes zoals vermindering van verkrachttingsmythen. Langerdurende interventies laten stevast positievere uitkomsten zien. Kijken we echter naar veranderingen in feitelijk gedrag en op de langere termijn, bijvoorbeeld langer dan een jaar, dan is het beeld minder rooskleurig. Van de 136 interventies blijken er dan slechts drie (2,2%) onverkort effectief op zogenaamd 'harde uitkomsten' bij lange-termijn follow-up (bijvoorbeeld zelfrapportage van victimisatie of agressie of het aantal aangiften). Verontrustend is verder dat het zelfs vaker voorkomt dat een interventie negatieve effecten heeft, dus bijvoorbeeld de incidentie van agressief gedrag doet toenemen. In één op drie studies zijn de resultaten gemengd.

Van belang is hier de constatering dat het verre van gemakkelijk is om seksuele agressie positief te beïnvloeden via een enkele interventie. En dat we zelfs moeten uitkijken geen negatieve effecten te sorteren. Bij interventies die condoomgebruik moeten be-

vorderen zien we ook wel dat een deel van de studiegroep juist handiger wordt in het vermijden van het condoom. En bij de evaluatie van gendergerelateerde seksuele vorming blijken docenten en voorlichters niet zelden stereotypen over gender eerder te bevestigen dan te ontcrachten. Zoals gezegd, als *negative consent* centraal wordt gesteld, worden elementen van het standaard script alleen maar bevestigd: de zogenaamd onbeheersbare drift van mannen, de verplichting tot begrenzing door meisjes en de afwezigheid van verlangen bij meisjes. Ook in Nederland is lang vrijwel uitsluitend ingezet op de weerbaarheid bij meisjes. En die is onmiskenbaar van belang, maar het is niet genoeg om seksueel geweld de wereld uit te helpen.

Eisen aan preventie

Uit bovenstaande blijkt dat de preventie van seksueel geweld vele valkuilen kent. Wat zegt de literatuur over goede preventie, over goede seksuele voorlichting die ook effectief kan zijn in de preventie van seksueel geweld?

Om te beginnen moet de inhoud daarvan omvattend zijn. Ik ga hier geen lijsten onderwerpen aanreiken (zie daarvoor Vanwesenbeeck, 2020b) maar idealiter richten interventies zich op attitudes, op vaardigheden én op gedrag. Verder dienen ze ook contextuele factoren te behandelen en vooral gedegen aandacht aan gender en macht te geven. Over het algemeen wordt nu een *rights-based empowerment approach* geprefereerd boven de meer traditionele gezondheidsbenadering. Verder is goede timing van belang en moeten interventies niet te lang of te kort zijn. Ook moeten ze goed aansluiten bij specifieke sociaal-culturele context en zijn ze bij voorkeur gericht op de ontwikkeling van positieve, ethische relaties, bijvoorbeeld over de voordelen van empathie en verbondenheid boven zoveel mogelijk seksuele veroveringen op je cv krijgen.

Maar belangrijker dan de inhoud is wellicht de manier waarop. De gehanteerde educatieve methode is van cruciaal belang. Ten eerste is het goed als die gevarieerd is, bijvoorbeeld niet alleen doceren maar ook interactieve vaardigheden oefenen. Verder is een leerlinggerichte benadering wenselijk, de doelgroep moet centraal staan, in al haar diversiteit. Het moet niet alleen om kennisvergroting en gedragsverandering gaan, maar leerlingen zouden kritisch moeten leren denken over zichzelf en de wereld en over de invloed van beleid, commercie en media op wat we willen denken en doen in seks. Als paal boven water staat dat docenten goed getraind en goed gecoacht moeten worden om een dergelijk proces te kunnen begeleiden. Erg genoeg staan deze eisen vaak haaks op wat in de docentenopleiding wordt geleerd.

In de literatuur wordt verder gepleit om niet te beperken tot de primaire doelgroep zelf, maar ook de omgeving, peers, familie en de buurt te betrekken. Dit maakt dat grensoverschrijdend gedrag als breed maatschappelijk probleem wordt geadresseerd en een

sociaalecologische visie wordt ontwikkeld. Het kan bovendien omstandersgedrag stimuleren, een vorm van preventie die veelbelovend lijkt te zijn en waar mensen getraind worden elkaar aan te spreken op seksistische uitingen en laakbaar gedrag.

Tot slot maar wellicht het allerbelangrijkste: primaire educatieve programma's voor jongeren zijn op zich niet genoeg maar moeten geflankeerd worden met een veelheid van omvattende strategieën gericht op uiteenlopende populaties en sferen. Publiekscampagnes, aanpassing van de leefomgeving, en deskundigheidsbevordering bij relevante professionals zijn ook heel hard nodig. Denk hierbij vooral aan professionals in onderwijs en gezondheidszorg, maar ook aan de advocatuur, journalisten, beleidsmakers, sporttrainers, buurtwerkers, et cetera. Seksueel geweldpreventie moet ook duidelijk onderdeel zijn van een bredere genderagenda, waarin ook de financiële onafhankelijkheid en maatschappelijke positie van vrouwen speerpunten zijn. Want er zijn diepliggende verbanden tussen sociaaleconomische verhoudingen en seksueel geweld. Ook structurele, financiële incentives ter bevordering van de capaciteit bij hulpverlening, politie en justitie zijn van groot belang. Verandering van de wet is van belang, maar zonder uitbreiding van de capaciteit om aangiften in behandeling te nemen en daders te vervolgen en bestraffen, is het een dode letter.

En dat is, zo is mijn punt in deze lezing, wat mij betreft het cruciale aspect van effectieve preventie: de noodzaak van een zo divers mogelijk aanpakken van de drivers van seksueel geweld in zoveel mogelijk sferen. Heteronormativiteit speelt in alle sferen en dat maakt van de preventie van seksueel geweld zo'n complexe aangelegenheid. Seksueel geweld is meervoudig verankerd. Het goede nieuws is dat daarmee ook de preventie ervan op vele manieren aangepakt kan worden. Overal en continu zijn er mogelijkheden om stereotypen ter discussie te stellen, bewustzijn te vergroten en een meer gelijkwaardige seksualiteit te ondersteunen en vorm te geven, kortom to undo heteronormativity.

Besluit

Ik heb betoogd dat seksueel geweld uitermate complex sociaal gedrag is dat sterk gelieerd is aan een vigerend een dwingend heteronormatief kader. Er is op vele manieren sprake van glijdende schalen en grijze gebieden. Tegelijkertijd is seksueel geweld veelvoudig verankerd. Dat maakt dat ook de bestrijding ervan multicomponent en multilevel dient te zijn. Het zal een onmisbaar en onmiskenbaar onderdeel moeten zijn van een bredere genderagenda. Ik heb ook laten zien dat de bestrijding, zeker ook de preventie, van seksueel geweld vele valkuilen kent. We dienen ervoor te waken om niet alle seks verdacht te maken en, vooral, om genderstereotypering niet te versterken in plaats van af te zwakken. Eén van de grootste uitdagingen van seksuele vorming en de bestrijding van seksueel geweld is om de noodzakelijke gendersensitiviteit niet te laten omslaan

in het (onbewust) recyclen van stereotype beelden en de dubbele moraal.

Het goede nieuws bij de complexiteit en meervoudige verankering van seksueel geweld is dat er ook vele aangrijpingspunten zijn om de situatie ten goede te wenden. En er is, zij het relatief recent, beslist ook voortuitgang geboekt bij de bestrijding van seksueel geweld. Wetenschappelijke kennis, wettelijk kader, educatieve systemen, opvang en gezondheidszorg, activisme en de publieke opinie: alle laten ze voortuitgang zien. Tegelijkertijd is overduidelijk dat we er nog lang niet zijn. Seksueel geweld is één van die maatschappelijke terreinen waarop nog een bijna niet te overziene hoeveelheid werk aan de winkel is!

Literatuur

- DeGue, S., Valle, L.A., Holt, M.K., Massetti, G.M., Matjasko, J.L., & Tharp, A.T. (2014). A systematic review of primary prevention strategies for sexual violence perpetration. *Aggression and Violent Behavior, 19*, 346-362.
- Eshuis, J. (2020). Dertig jaar evolutionair psychologisch perspectief op seksualiteit. *Tijdschrift voor Seksuologie, 44*, 181-197.
- Fine, M. (1988). Sexuality, schooling, and adolescent females: The missing discourse of desire. *Harvard Educational Review, 58*, 29-54.
- Gunnarsson, L. (2018). "Excuse Me, But Are You Raping Me Now?" Discourse and Experience in (the Grey Areas of) Sexual Violence. *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research, 26*, 4-18.
- Kipnis, L. (2017). *Unwanted Advances: Sexual Paranoia Comes to Campus*. Harper.
- Lee, J.C.H. (2011). *Policing Sexuality: Sex, Society and the State*. London/ New York, Zed Books.
- van Lunsen, R. en Laan, E. (2017). *Seks! Een leven lang leren*. Amsterdam: Prometheus.
- Manne, K. (2020). *Entitled. How male privilege hurts women*. New York: Crown.
- Vanwesenbeeck, I. (1999). Zin en onzin van een evolutionair psychologisch perspectief op gender en seks. *Psychologie en Maatschappij, 86*, 44-56.
- Vanwesenbeeck, I. (2011). 'Gender doen' in seks en sekswetenschap. *Tijdschrift voor Seksuologie, 35*, 142-153.
- Vanwesenbeeck, I. (2016). Pornografie-onderzoek in verleden, heden en toekomst. *Tijdschrift voor Seksuologie, 40(3)*, 123-127.
- Vanwesenbeeck, I. (2018). Jongeren, sociale media en seksualiteit: een literatuurbeschuiving. *Tijdschrift voor Seksuologie, 42(1)*, 14-24.
- Vanwesenbeeck, I. (2020a). Sociale perspectieven op gender en seks: verworvenheden en uitdagingen. *Tijdschrift voor Seksuologie, 44*, 58-67.
- Vanwesenbeeck, I. (2020b). Comprehensive sexuality education. In *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. Oxford University Press. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.205>
- Vanwesenbeeck, I., Cense, M., van Reeuwijk, M., Westeneng, J. (in review). Understanding sexual agency. Implications for sexual health programming. *Sexuality Research and Social Policy*.

Literatuurbulletin



Katrien Jacobs (2021).
Radicaal rechtse seks.
 Berchem (B): uitgeverij
 EPO vzw, 159 pagina's,
 €17,50.

Het achterplat werft lezers die zicht willen krijgen op 'het reactionaire seksisme van onze tijd'. Een levensgroot thema in een handzaam klein boekje. Vooral dat laatste viel me op toen ik het in handen kreeg om het op instigatie van onze hoofdredacteur te bespreken. Opvallend veel afbeeldingen ook, vooral van tweets, campagne-uitingen en internet-memes uit radicaal-rechtse hoek in Vlaanderen en Nederland. Dit zag er niet uit als een standaard wetenschappelijk werk. En dat is het ook niet. Jacobs is weliswaar verbonden aan universiteiten in Hongkong en in Antwerpen, maar een blik op haar website leert dat zij daar kennelijk de vrijheid heeft om tot een uitermate veelzijdige output te komen, waaronder veel visuele uitingen, documentaires, kunstinstallaties en essays. Laten we dit boekje in die laatste categorie plaatsen. Voor haar onderzoek naar de extreemrechtse seks/gendercultuur heeft Jacobs zich enkele jaren 'als Vlaamsgezinde vrouw' toegang verschaft tot de digitale 'manosfeer' van *alt-right*. De twee *real-life* interviews die ze daarnaast heeft weten binnenhalen voegen daar empirisch minimaal aan toe.

Het boekje opent met één van de mij minder bekende aspecten van het bewuste discours: de afkeuring van seksueel plezier en 'PMO': pornografie, masturbatie en orgasme. Achterliggende gedachte is dat 'PMO' zou leiden tot de zo geduchte vervrouwelijking, tot gedegeneerde mannen en ontaarde naties. Ik was bekend met de propagatie van brute (witte!) alfamannelijkheid als remedie tegen de verzwakking en 'omvolking' van de Europese cultuur, maar dat dat mannelijkheidsgehalte opgedreven zou kunnen worden door minder of geen zaadlozingen te hebben, was mij tot nu toe ontgaan. Jacobs voert opgelegde onthoudingsrituelen en digitale onthoudingscampagnes op (zoals *no-fap*, denk aan het geluid bij aftrekken, en *no nut november*), alle bedoeld om een verhoogd testosteronniveau te

realiseren, zogenaamde 'testomannelijkheid'. De theorie zou onder andere door Jordan Peterson gepopulariseerd zijn. Ja, dat is die man van dat stappenplan waarin (biologisch gefundeerde) strikt traditionele man-vrouwverhoudingen de remedie zouden zijn tegen lichamelijke, seksuele en maatschappelijke chaos. Mondjesmaat maar niettemin, noteert Jacobs gelukkig ook het absolute ontbreken van enige wetenschappelijke basis voor de *no-fap* verstandsverbijstering. De zogenaamde alfa's, de Baudets van deze wereld, kunnen zich volgens Jacobs overigens wel seksueel plezier veroorloven, mits zij 'hun politieke macht aanwenden om bèta's, sterke vrouwen, feministen en seksuele minderheden te onderdrukken' (p.25). Radrechts kent een sterk hiërarchisch onderscheid tussen elite en voetvolk.

Het betoog meandert door via fenomenen als 'cuck-pornografie' (waar de witte partner van een witte vrouw meegeniet dan wel verstoord raakt door haar seksuele escapades met een zwarte man), digitale en *real-life* manifestaties van bot seksisme, anti(trans)genderisme en homofobie in de lage landen, en de radrechtse flirt met soldateske, als niet fascistische, mannelijkheid en lichaamscultuur. Centrale thema's in de rechtse sekspolitiek passeren, zoals het moeten 'terugkopen' van de witte vrouw die beschermd moet worden tegen haar eigen seksuele voorkeur voor migranten en etnische minderheden. Radrechtseers hebben notoire weerzin tegen feminisering en waarlijk een broertje dood aan (aandacht voor) diversiteit en inclusie. Gender/seks-traditionaliteit wordt als oplossing gezien voor de verwerpelijke genderchaos 'van onze tijd', een afgebakend lichaam en land als wapen tegen desintegratie en 'omvolking' door vijandige elementen zoals vluchtelingen en 'crimigranten'. De kern van Jacobs' analyse is dat radicaal rechts een harde, gepantserde mannelijkheid zou propageren als schild tegen de dreiging van het chaotische, vloeibare, 'andere', vrouwelijke. Maar haar betoog is rommelig en associatief. Het lijkt allemaal nog onvoldoende doordacht. Een en ander zou welva- ren bij meer structuur en focus.

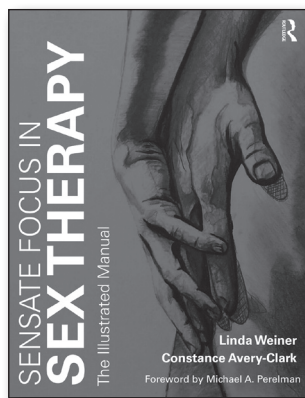
Aparte hoofdstukjes worden gewijd aan radrechtse 'voormannen', in het bijzonder Dries van Langenhove (Vlaams collectief Schild & Vrienden en Vlaams Belang) en Thierry Baudet (Forum voor Democratie). Jacobs laat zien dat beiden leentjebu-ur spelen met populistische desinformatie, *double speak* en tendentieuze *fake* beelden. Beiden hebben overigens bedankt voor de eer van een interview met de auteur. In het geval van Baudet is daar gelukkig onder andere zijn roman *Voorwaardelijke liefde* (ergens overigens abusievelijk aangeduid als *Onvoorwaardelijk*..) als bron van informatie. Daarin legt hij een schokkende erotische visie neer, waarin vrouwen geneukt willen worden door viriele, 'vaginale rocksterren', het soort mannen dat geen moeite doet voor 'het

vernederende mond-of-tongwerk'. De protagonist is van mening dat, naast het schaamhaar, de hele clitoris eigenlijk zou moeten worden weggehaald. De vagina is daarentegen een 'eerlijk en getrouw orgaan', eigendom van de man en zo een symbool van de traditionele maatschappij. Baudet's roman eindigt kennelijk met een brute, daadwerkelijke clitorectomie. Was ooit een boek minder aanbevelenswaard? Niettemin is Jacobs duidelijk gefascineerd door Baudet en diens (vermeend) erotische zelfpresentatie. Voor een rake kritiek op Baudet's verlangen naar 'het boreale tijdperk' leunt ze op de Belgische journalist Paul Goossens die Baudet's romantische nationalisme kwalificeert als 'een even uitzichtloze als morbide nostalgie naar een tijd die nooit bestond'. Het boreale tijdperk is een gefantaseerd universum van stilstand en in stenen tafelen gebeitelde nationale identiteit. Propaganda ervoor is een radicale ontkenning van een maatschappij in flux, stelt Goossens, en Jacobs met hem.

Deze en andere observaties zijn onmiskenbaar raak. Ook treffend is de omkering van het aloude principe 'het persoonlijke is politiek' naar de constatering dat radrechts, met haar terugkeer naar een ingebeelde

mannelijke uitstraling die de natie redt, 'het politieke persoonlijk' maakt. Datzelfde geldt voor benaming van extreemrechtse 'contra-intersectionaliteit' die erin bestaat dat men meent dat het grootste gevaar komt van mensen die zich op een kruispunt bevinden, bijvoorbeeld én vrouw én zwart, én links zijn. Maar deze leuke vondsten kunnen niet verhullen dat het boekje diepgang en degelijkheid ontbeert. Het is een hapsnap, slordig samenraapsel van observaties, getuigenissen en enkele opvallend persoonlijke confessies. Jacobs warrelt van de hak op de tak. Bij herhaling vroeg ik me bij afsluiting van een hoofdstukje af 'waar ging dit nou precies over'? Een theoretisch kader ontbreekt, een historisch kader ontbreekt, van een wetenschappelijke methode is geen sprake. Niettemin moeten we de signalerende waarde van het werkje waarderen. Want na lezing zijn we er weer iets beter van doordrongen dat het radicaal-rechtse gedachtengoed, in Jacobs' eigen woorden, hoegenaamd 'belachelijk' en tegelijkertijd 'ernstig ingrijpend' is.

Ine Vanwesenbeeck
Psycholoog



Linda Weiner & Constance Avery-Clark (2017).

Sensate focus in sex therapy. The illustrated manual.

Routledge, New York.
152 pagina's, €30,45.

Hoewel dit boek alweer 4 jaar geleden is uitgekomen, verdient het nog steeds een plek in het literatuurbulletin. Bij mijn weten is dit het enige boek dat volledig gaat over het toepassen van sensate focus (SF) tijdens een sekstherapie (Kaplans Illustrated Manual uit 1975 ging niet alleen over SF). Natuurlijk staat in vele leerboeken SF als interventie vermeld, maar je mag je gelukkig prijzen als daar dan ook (beperkte) instructies bij gegeven worden. Dit boek gaat tot in detail in op wat SF is, wat het niet is en hoe het toe te passen. En dan staan er ook nog mooie illustraties in.

Het boek start met uitleg over wat SF is (een explorerende ervaringsoefening) en wat het niet is (een presta-

tiegerichte gedragsoefening). Dit lijkt overbodig, maar is het zeker niet. Ik kom nog vaak genoeg tegen dat SF als gedragsoefening is ingezet met minimale instructies en een onduidelijk doel. Soms hebben patiënten zelf instructies online gevonden, soms heeft een *professional* instructies online gevonden of instructies zijn niet goed begrepen waar niet alert genoeg op is gereageerd. Dat is jammer, want SF kan zoveel betekenen en zoveel doen voor mensen, dat het zonde is als ze het idee hebben dat ze SF al gedaan hebben en dat het geen effect heeft voor hen. Natuurlijk is SF geen heilige graal die voor iedereen de perfecte oplossing biedt, maar er is vaak meer uit te halen dan gedaan wordt. En precies daar gaat dit boek uitgebreid op in.

Vanuit de introductie dat seksualiteit een natuurlijke functie is en SF daarmee ook een paradoxaal effect kan hebben, wordt vervolgens juist heel congruent uitgelegd hoe SF in te zetten en welke instructies te geven. Natuurlijk pas na een uitgebreide biopsychosociale anamnese. In het boek gaan de auteurs ervan uit dat niet een van de partners de patiënt is, maar dat de relatie de patiënt is. Vanuit mijn achtergrond als seksuoloog NVVS en systeemtherapeut juich ik dit standpunt toe. In detail wordt beschreven hoe SF te introduceren, hoe het doel duidelijk te maken, hoe het paar te motiveren en welke instructies te geven. Het gaat te ver om hier op al deze details in te gaan, maar een aantal wil ik er wel noemen.

Er wordt veel aandacht besteed aan woordgebruik (bijvoorbeeld niet: voelen, wel: sensatie) omdat hiermee onbedoeld prestatiegerichte instructies kunnen worden gesuggereerd. Het boek leerde me alvast dat ik zelf ook nog wel wat valkuilen heb qua woordgebruik. Hoewel ik dit werk al ruim 20 jaar doe, blijft dat toch steeds weer lastig. Sommige woorden zijn ook niet makkelijk of goed te vertalen van Engels naar Nederlands. Ik ben wel weer wat alerter hierop geworden.

Verder worden er instructies gegeven over het ervaren van sensaties (warm, koud, hard, zacht, glad, ruw etc.) en niet over plezierig of niet-plezierig. De focus ligt eerst op het leren ervaren van deze sensaties. Ook communicatie of feedback wordt uitgebreid beschreven en in eerste instantie ontmoedigd. De bedoeling is om dat in de sessie bij de therapeut te doen.

Ook wil ik graag noemen de aandacht die wordt gegeven aan *handriding* (hand leiden van de partner die aanraakt), aanraken vanuit nieuwsgierigheid of plezier en hoe omgaan met opwindning en de wens hier mee verder te gaan tot aan orgasme. Omdat alle instructies zo in detail beschreven worden, zet het weer tot denken hoe ik zelf instructies geef, waarom ik bepaalde keuzes maak en waarom ik niet iedereen precies dezelfde instructies geef. Het boek zet dus aan tot reflectie en dat is belangrijk. Zeker als je zelf al lang dit werk doet, is het goed dit weer eens in detail na te gaan voor jezelf.

In het tweede deel van het boek wordt ingegaan op hoe om te gaan met moeilijkheden bij SF (bijvoorbeeld patiënten voeren SF niet uit of gaan over de afgesproken grenzen heen), hoe SF in te zetten voor verschillende seksuele disfuncties (iets aanpassen en combineren met andere seksuologische interventies) en hoe SF aan te passen bij verschillende doelgroepen (bijvoorbeeld LHBTIQA) of bij somatische of psychologische co-morbiditeit. Hier vind je ook wat andere instructies zoals masturbatie-oefeningen. In de appendix staan de seksuologische anamnese en volledige instructies voor SF uitgeschreven.

Allemaal positieve zaken dus. Er zijn echter ook een paar minpuntjes. Hoewel alle details belangrijk zijn, komt het soms ook wat rigide over. In de praktijk maak ik toch echt soms andere keuzes omdat dat beter past bij het paar of het doel van de SF meer recht doet. Een ander minpunt is dat in het hoofdstuk over aanpassen aan verschillende doelgroepen het antwoord vaak is: je hoeft het niet aan te passen. Ik denk dat dat vaak klopt (ook al houd je natuurlijk altijd rekening met verschillen tussen paren), maar het voelt als een zwakgebod om dit in elk hoofdstuk en bij elke doelgroep steeds weer te lezen. Tot slot vind ik de uitleg hoe om te gaan met bijvoorbeeld patiënten die de oefeningen niet uitvoeren (interventie: instructies en doel herhalen) magertjes. Natuurlijk kan dit voor een deel van de paren de juiste weg zijn, maar het exploreren van achterliggende motieven of SF zien als diagnosticum, wordt nauwelijks uitgewerkt. Een gemiste kans.

Ondanks deze laatste minpuntjes is dit boek in mijn ogen onmisbaar voor mensen in opleiding tot seksuoloog NVVS (het is echt een *intensive therapy* interventie) of voor seksuologen NVVS die zich nog eens willen verdiepen in alle mogelijkheden en details van sensate focus. Aanschaffen dus.

Hester Pastoor
Psychotherapeut BIG
Systeemtherapeut NVRG
Seksuoloog NVVS

Literatuur

Kaplan, Helen Singer (1975). *The illustrated manual of sex therapy*. Quadrangle/The New York Times Book Co., U.S.A. (alleen nog tweedehands te krijgen)