

tijdschrift voor
seksuologie

- 119 Editoriaal**
Marieke Dewitte
- 121 Goede seks als flow ervaring. Universele psychosociale patronen in de seksualiteitsbeleving van jongvolwassenen**
Samira van Bohemen
- 128 Seks en seksuele gezondheid als gespreksonderwerpen in een ambulante forensisch psychiatrische behandelsetting**
Julia Wilpert, Joan E. van Horn, Bastiaan S. Frelief, & Rik H.W. van Lunsen
- 138 Androgeen deprivatie therapie bij mannen die een zedendelict pleegden: wanneer en hoe af te bouwen, te wijzigen of te stoppen?**
Inge Jeandarme, Sophie Verschueren, Hein Bokern, Jan De Laender, Jacques Lucieer, Philippe Marcq, Guy T'Sjoen, Jelle Troelstra, Dirk Van de Putte, Bieke Van Haecke, Dirk Vanderschueren, & Luk Gijs
- 148 Anticonceptiecounseling en anticonceptiegebruik bij een herhaalde abortus**
Colette van Bokhoven-Rombouts & Jeannine Hautvast
- 156 Het European Sexual Medicine Network: Een brede Europese aanpak van seksuele gezondheid**
Jacques van Lankveld, Laura Baams, Charmaine Borg, Stephanie Both, Hanneke de Graaf, & Luca Incrocci
- 160 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

"T is weer voorbij die mooie zomer". Nu ja, voor wie net als ik thuisgebleven is, viel het weer best wel tegen. Het gebrek aan zonneschijn, nochtans zo nodig om onze batterijen op te laden na opnieuw een moeizaam jaar, en vooral de hoeveelheid grijs en regen heeft het klaag-virus bij vele mensen verder aangewakkerd. De vraag "hoe gaat het" wordt niet meer automatisch beantwoord met "goed hoor", maar eerder met een lauwe "ca va". De stap naar "ik voel me echt slecht" blijkt voor velen nog te moeilijk, terwijl dát vaak het gevoel is wat leeft. Zonder te willen generaliseren en de tekenen van herstel te minimaliseren lijkt er onder velen toch wel vermoedheid op te treden, de rek is eruit. En dat merken ook vele academische en andere bijscholings-initiatieven. Het aantal inschrijvingen is laag. Vele evenementen en cursussen worden geannuleerd en uitgesteld, ook online, dus COVID-angst is niet de enige reden. Moeten we ons zorgen maken om de lange-termijn gevolgen van de pandemie? Is onze mentale draagkracht op? Komt het vanzelf terug nu er weer meer perspectief is? Ja, we mogen meer, maar de donkere COVID-wolk blijft hangen. We kunnen nog niet voluit plannen, altijd voorzichtig en voorlopig, altijd met een slag om de arm, dat werkt verlamdend en demotiverend. En alsof het nog niet genoeg is, werden we deze zomer ook nog eens keihard geconfronteerd met de gevolgen van de klimaatsverandering. De aanblik van kolkende rivieren en mensen in nood, deze keer niet ver weg maar heel dichtbij, roept gevoelens van angst en machteloosheid op. Daar nog eens bovenop is er weer de dreiging van de Taliban die mensen opjagen, hun thuis ontnemen en alle inspanningen op weg naar vrouwenrechten en gendergelijkheid tenietdoen. Als het voor volwassenen al zo hard aankomt, hoe is het dan voor jongeren? Hoe kunnen we hen wapenen zodat ze niet moeten opgroeien in een angst-cultuur?

Gelukkig werkt angst en onheil niet voor iedereen verlamdend. Er ontstaan mooie initiatieven, solidariteit, bewustwording, activisme, feminisme; ook, en vooral, onder jongeren. We hebben hen nodig, een positieve blik, lichtpuntjes. Niet alleen rampenbestrijding, maar vooral ook ruimte maken voor plezier, ontdekken, daadkracht, *agency*, *empowerment* en *entitlement*. En zo maak ik de brug naar de seksuologie, want dat is waar *sex positivity* toch ook om draait (hé Rik en Ellen)? Er zijn mooie ontwikkelingen gaande in de seksuologie, op vlak van onderzoek, onderwijs en voorlichting, beleid en maatschappelijke bewustwording. Die ontwikkelingen mogen best wel meer aandacht krijgen, zeker

zeker in deze tijden. En dat is exact wat we gaan doen. Want laat ik jullie alvast een mooi lichtpuntje meegeven: op 26 november is er het NVVS Lustrumcongres. Samen met de NVVS, VVS en ons tijdschrift stellen we een mooi inhoudelijk programma samen, een blik op vroeger, nu en de toekomst van de seksuologie in de Lage Landen. En we maken vooral ook ruimte voor ontmoeting, weerzien, samenzijn en ... feest! Allen welkom!

Dat niet iedereen afgevlakt en afgemat werd door de pandemie, blijkt uit de mooie inzendingen van de voorbije tijd, waarvan we er een aantal bundelen in het huidige nummer.

Samira van Bohemen en collega's kunnen zich alvast helemaal vinden in het idee om minder nadruk te leggen op risico's en disfunctie en meer aandacht te vragen voor seksueel plezier en goede seks. Maar wat is dat dan goede seks? Gesteund door het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Seksualiteit trokken ze samen met een groep jonge co-onderzoekers op pad en vuurden ze deze vraag af op jongvolwassenen die nog volop aan het ontdekken zijn wat voor hen goed voelt op seksueel vlak. Er werden een aantal duidelijke thema's gededuceerd die refereren naar de mogelijkheid om helemaal op te gaan in seks, moeite doen voor elkaar, samenwerking en wederkerigheid, communicatie en intrinsieke bevrediging. De auteurs koppelen hun bevindingen aan het concept *flow* en het vinden van evenwicht.

Ook Julia Wilpert en collega's nemen een positieve insteek door te wijzen op het belang van het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in de forensische hulpverlening. Terwijl de meeste behandelingen geënt zijn op is op risicovermindering, blijkt seksuele intimiteit een positieve invloed te hebben op rehabilitatie en herstel van forensische klinische patiënten. Dit pleit ervoor om het thema seksualiteit standaard in te beden in de (ambulante) forensische behandeling, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor behandelaars die het thema proactief ter sprake dienen te brengen tijdens hun gesprekken met patiënten. Uit hun onderzoek bij een groep van forensische hulpverleners bleek dat er een duidelijke behoefte bestaat aan bijscholingsinitiatieven om hun vaardigheden te versterken zodat ze de dialoog over seks frequenter en met meer gemak kunnen aangaan.

Met het artikel van Inge Jeandarme en collega's blijven we in het forensische veld. Zij trachten op basis van onderzoek richtlijnen te bieden voor het afbouwen,

wijzigen of stoppen van androgeen deprivatie therapie bij mannen met een parafiele stoornis en een verhoogd risico op recidive. Gezien de soms ernstige bijwerkingen is een goede afstemming tussen hulpverlener en patiënt raadzaam. De bruikbaarheid van de COSTLow-R, een veel gebruikte schaal voor het inventariseren van de nood aan bijstellen of stopzetten van ADT, werd bevraagd in een groep experts in het veld. Hoewel het niet evident bleek om consensus te vinden, worden een aantal voorzichtige aanbevelingen gemaakt, met duidelijke implicaties voor de forensische praktijk.

Colette van Bokhoven-Rombouts en Jeannine Hautvast kaarten een belangrijk thema aan dat nog maar weinig aandacht kreeg tot nu toe, namelijk anticonceptiegebruik en anticonceptiecounseling bij vrouwen die een herhaalde abortus ondergaan. Hun onderzoek biedt inzichten in hoe anticonceptiegebruik verloopt na een abortus, de redenen waarom vrouwen ongewenst zwanger zijn geworden - waaronder het stoppen met anticonceptie omwille van bijwerkingen - en de timing en tevredenheid met anticonceptie-advies tijdens het abortustraject. Hun advies luidt om anticonceptie ook aan de 'Leidraad huisartsen bij onbedoelde zwangerschap' toe te voegen als besprekingspunt voorafgaand aan en na een abortus.

Tot slot introduceert Jacques van Lankveld, samen met andere betrokken Nederlandse collega's, het *European Sexual Medicine Network* (ESMN), een belangrijk initiatief dat erop gericht is om onderzoek, onderwijs en beleidsvorming op vlak van seksuologie op Europees niveau te stimuleren. Ze lichten de achtergrond en doelen toe van alle deelprojecten en biedt een overzicht van de verschillende werkgroepen waarin meerdere onderzoekers uit de Lage Landen een voortrekkersrol bekleden.

Naar gewoonte sluiten we af met het literatuurbulletin, waarin Ine Vanwesenbeeck twee boeken bespreekt die de implicaties van *'doing gender'* nog maar eens duidelijk maken.

Het leek even een negatief verhaal te worden, maar ik eindig graag met een positieve noot. Zoals weer blijkt uit dit nummer, is er nog steeds heel veel enthousiasme in ons veld. Gelukkig maar. Ik wens jullie veel leesplezier.

Goede seks als flow ervaring. Universele psychosociale patronen in de seksualiteitsbeleving van jongvolwassenen

Samira van Bohemen

Erasmus School of Social and Behavioural Sciences, Erasmus Universiteit Rotterdam, Nederland

Samenvatting

Klinisch onderzoek naar seksualiteit wordt voornamelijk gekenmerkt door een focus op de 'donkere kanten' van seks, zoals die gevonden kunnen worden in de vorm van negatieve gezondheidssuitkomsten en risicovol en grensoverschrijdend gedrag. Hoewel dit uiteraard belangrijke thema's zijn, blijven hiermee de plezierige kanten van seks onderbelicht. Dit terwijl deze plezierige kanten de belangrijkste motivator zijn om seks te hebben. Mensen zijn toch voornamelijk uit op 'goede seks'. Maar wat verstaat men hier eigenlijk onder? Het doel van dit onderzoek was om dit na te gaan in een doelgroep die dit nog volop voor zichzelf aan het ontdekken is: de jongvolwassenen. Dit onderzoek is gebaseerd op 104 diepte-interviews die 19 co-onderzoekers hielden met hun *peers* in de leeftijd tussen de 17 en 25 over de vraag wat voor hen goede seks is. Uiteindelijk konden vier repertoires worden onderscheiden in de manier waarop de jongvolwassenen hierover spraken: 1) een repertoire over goede seks als een speciale mentale staat; 2) een repertoire over relaties, communicatie en wederkerigheid; 3) een repertoire over seksuele vaardigheden, en; 4) een repertoire over goede seks als autotelisch plezier. In de discussie worden deze repertoires verbonden aan de bestaande literatuur over goede seks, waarbij in bredere zin aandacht wordt besteed aan het werk van sociaalpsycholoog Mihaly Csikszentmihalyi over *flow* ervaringen. Het bereiken en ervaren van *flow* vormt namelijk de rode draad door de verschillende interviews en repertoires gepresenteerd in dit onderzoek. Uit de resultaten blijkt dat *flow* een universeel kenmerk lijkt te zijn van goede seks.

In de klinisch seksuologische literatuur is historisch gezien veel aandacht voor de donkere kanten van seks: voor seksueel disfunctioneren, negatieve ervaringen, de risico's en grensoverschrijdend gedrag. Aandacht voor de positieve en plezierige kanten van het seksuele spectrum is navenant schaarser (Kleinplatz et al., 2009; Rye & Meaney, 2007; Van Lunsen & Laan, 2017). Dit terwijl de zoektocht naar plezier een belangrijke motivator is om seks te (blijven) hebben (Rye & Meaney, 2007). Men is hierbij toch vooral geïnteresseerd in 'goede' seks. Maar wat is dat nu precies? Wat zijn componenten van seks die op een positieve manier beklijft? Of als bijzonder bevredigend wordt ervaren?

In het beperkte onderzoek naar dit thema vonden Kleinplatz en collega's (2009) dat de perspectieven van sekstherapeuten hierover nogal eens willen verschillen van de perspectieven van sleutelinformanten, oftewel 'gewone' mensen die seks hebben. Waar de eerste groep vanuit ervaringen in de beroepspraktijk seksuele stereotypen over man-vrouw en leeftijdsverschillen in seksuele verlangens en ontwikkeling reproduceerde,

werden deze stereotypen in hun onderzoek ontkracht door de verhalen die de andere respondenten vertelden over hun ervaringen met goede seks (Kleinplatz, Ménard, Paradis, Campbell & Dalglish, 2013). Uitkomsten die nog maar eens het belang aantonen om dit soort seksualiteitsvraagstukken te beschouwen vanuit verschillende perspectieven, en dan met name vanuit de doelgroepen die in de klinische praktijk centraal staan. Op dit punt roept het onderzoek van Kleinplatz en collega's echter ook vragen op, want hun sleutelinformanten waren wel heel specifiek geselecteerd op basis van hun (vermeende) uitvoerige ervaring met goede seks.

Zo interviewden ze in eerste instantie ouderen die al 25 jaar of langer een relatie hadden, plus een groep respondenten die zichzelf classificeerde als seksuele minderheid, en de sekstherapeuten. Het is de vraag wat zo een specifieke selectie van respondenten, die naar eigen zeggen al veel ervaring had met goede seks, doet met de onderzoeksuitkomsten. En of dit niet erg kan verschillen van groepen die nog aan het begin staan van hun seksuele ontdekkingsreis en in relaties verkeren die een stuk priller zijn. Daarom focust dit onderzoek zich op de vraag wat goede seks is vanuit het perspectief van een doelgroep die dit nog volop voor zichzelf aan het ontdekken is: de jongvolwassenen.

Dr. S. Van Bohemen is Universitair Docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Correspondentieadres: vanbohemen@essb.eur.nl
Ontvangen: 7 december 2020; geaccepteerd: 21 augustus 2021

Omdat deze groep nog volop aan het exploreren is wat goede seks voor hen betekent en hoe hier vorm aan te geven, bestaan juist rondom deze groep ook veel stereotypes in de seksuologische literatuur die worden gevoed door - en een voeding zijn voor - zorgen over 'of deze groep het allemaal wel goed doet?' (Van Oorscot, 2011; Van Oorscot, Van Bohemen, Van Zoonen, Schinkel, & Krijnen, 2015). Hierdoor werd eerder al gewaarschuwd voor het ontstaan van een blinde vlek in de wetenschappelijke literatuur met betrekking tot de relatie jongeren, jongvolwassenen en plezierige seks (Abramson & Pinkerton, 1995; Kuyper, De Wit, & Wijsen, 2011; Naezer, 2018; Van Oorscot, 2011). De huidige studie probeert dit gat op te vullen en een bijdrage te leveren aan de schaarse literatuur over goede seks (zie hiervoor ook bijvoorbeeld Broder & Goldman, 2004; Kleinplatz & Ménard, 2020; Wampold, 2014).

De onderzoeksvraag die in het huidige artikel centraal staat is: Hoe ziet goede seks er precies uit volgens jongvolwassenen? Dit vormde tevens de hoofdvraag van het 'Good Sex' project dat in 2015 werd gefinancierd door het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Seksualiteit (Van Oorscot et al., 2015), en waarvan hier enkele belangrijke resultaten worden gepresenteerd. Hierbij waren wij geïnteresseerd in betekenisvolle overeenkomsten en verschillen in definities van goede seks die onder jongvolwassenen leven en hoe ze dit naar eigen zegen in de praktijk brachten.

Methoden

Omdat dit een grootschalig onderzoek betrof naar de seksuele belevingen, ervaringen en praktijken van jongvolwassenen met diverse sociale achtergronden, is het voorafgaand getoetst door de ethische commissie van de afdeling Sociologie aan de Erasmus Universiteit (die ging akkoord met de uitvoering op 09-05-2015). De data voor dit onderzoek werden vervolgens verzameld met behulp van verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden, waarbij jongvolwassenen onder de 25 expliciet werden betrokken als co-onderzoekers.

Deze co-onderzoekers waren allemaal student sociologie en/of psychologie aan de Erasmus Universiteit. Zowel bachelor- als masterstudenten werden uitgenodigd om deel te nemen aan verschillende *peer-to-peer* onderzoeksprojecten. Zij werden daarbij steeds gerekruteerd in de beginfase van deze projecten zodat zij konden meedenken over het ontwerp van de studie en de manier waarop de data het best verzameld konden worden. Dit alles gebeurde onder de supervisie van de hoofdonderzoeker, waarbij hun bijdragen gebruikt werden om het veldwerk te formaliseren en hen te trainen om dit veldwerk uit te voeren. Het huidige artikel focust zich op de diepte-interviews die deze co-onderzoekers hielden met hun *peers* in de leeftijd tussen de 17 en de 25.

De interviews waren erop gericht te achterhalen welke, potentieel verschillende, betekenissen jongeren toekennen aan goede seks. De jonge co-onderzoekers

werden getraind om deze diepte-interviews af te nemen, niet alleen omdat we jongvolwassenen zo meer stem konden geven in de studie, maar ook omdat we al snel merkten dat respondenten het prettiger vonden om over hun seksuele ervaringen en perspectieven te spreken met leeftijdsgenoten (zie ook Kavanaugh, 2012; Wilson, Brown, Mejia, & Lavori, 2002). Er werd samengewerkt met meerdere jonge co-onderzoekers om zo *interviewer bias* te minimaliseren. Ze werden ook betrokken bij het vormen van het interviewprotocol, waarbij ook ruim aandacht besteed werd aan ethiek en de omgang met sensitieve interviewsituaties en data.

Uiteindelijk deden 19 co-onderzoekers diepte-interviews met 104 van hun *peers*. Hoewel het met kwalitatief onderzoek heel erg moeilijk is, en vaak ook niet wenselijk, om een representatieve steekproef te trekken, werd er gestreefd naar een zo divers mogelijke groep van co-onderzoekers en respondenten. Dit bleek in de praktijk echter heel moeilijk, enerzijds omdat al de co-onderzoekers universitair student waren en voornamelijk hoogopgeleiden in hun netwerk hadden, en anderzijds omdat het voornamelijk meiden waren die zich aanmeldden als co-onderzoeker, waardoor er ook meer meisjes werden geïnterviewd. Deze *bias* naar meisjes is een veel voorkomende uitdaging in dit soort onderzoek (zie Cense, 2015), evenals het feit dat het qua etnische diversiteit vaak moeilijk blijkt om Turkse en Marokkaanse jongeren bereid te vinden voor een interview. Uiteindelijk includeert de steekproef wel 15 Turkse en Marokkaanse, en 17 Surinaamse en Antilliaanse jongvolwassenen. Twintig hadden een andere niet-Nederlandse of gemengde etniciteit en eveneens 20 waren niet-universitair of hbo-geschoold. In totaal zijn 45 jongens en 59 meisjes geïnterviewd.

De interviews duurden gemiddeld een uur en een kwartier en kenden een semigestructureerde opzet, welke er in eerste instantie op was geënt een vertrouwensband te creëren tussen interviewer en geïnterviewde, en van daaruit geleidelijk toe te werken naar de hoofdvraag van het interview: 'Wat is voor jou goede seks?'. Het interviewprotocol includeerde ook vragen over seksuele ervaringen, praktijken en percepties in bredere zin, zoals flirten, dansen, zoenen en afspreken op feesten en sociale media. Tegelijkertijd hadden de co-onderzoekers de opdracht om niet klakkeloos de vragenlijst af te lopen, maar om goed te luisteren en de geïnterviewden de ruimte te geven om hun eigen ideeën en onderwerpen toe te voegen. De interviews werden opgenomen en getranscribeerd. Vervolgens werden zij onder pseudoniemen opgeslagen op een beveiligde site van de universiteit. Deze pseudoniemen worden in dit verslag gebruikt om te refereren naar wat geïnterviewden hebben gezegd.

Onder de respondentenpool heerste veel diversiteit in seksuele ervaring. Waar de meeste respondenten aangaven op het moment seksueel actief te zijn, waren er ook die al een periode zonder gingen. Daarbij had een enkeling nog nooit seks gehad. Deze interviews

zijn hier in de analyse buiten beschouwing gelaten omdat de focus lag op jongvolwassenen die zich al in de fase van exploratie bevinden van wat goede seks voor hen betekent. De meeste jongvolwassenen die aangaven seksueel actief te zijn, waren dit in de context van een langdurige relatie (zie ook De Graaf, Van den Borne, Nikkelen, Twisk, & Meijer, 2017; Van de Bongardt, Verbeek, & Rook, 2019). Maar er was ook een handvol geïnterviewden die seks hadden via (verschillende) *one-night-stands*.

Analyse

De interviewdata zijn geanalyseerd door in twee fases de principes van *grounded theory* te volgen (Bryant & Charmaz, 2007; Charmaz, 2014; Corbin & Strauss, 2008). De eerste fase bestond uit een inductieve vergelijkende analyse, waarin de interviews meerdere malen werden gelezen en fragmenten vergeleken werden op basis van terugkerende thema's, concepten en categorieën. Tegelijkertijd werden ook de variaties en uitzonderingen gecodeerd. Deze werden vervolgens ondergebracht in een serie hoofdcategorieën. Voor de tweede fase werd teruggegrepen naar de literatuur, waarna de data nog een keer werden geanalyseerd met nieuwe theoretische inzichten in het achterhoofd. De data werden nu deductief gecodeerd om saturatie van de analyse te bereiken. In deze fase werd gecontroleerd of de initiële hoofdcategorieën klopten en volledig waren en/of er geen aanvullende categorieën waren.

Resultaten

Wat is goede seks?

De ideeën hierover leken initieel nogal uiteen te lopen. Toch waren er een aantal repertoires die steeds nadrukkelijk terugkeerden: 1) een repertoire over de mentale staat die goede seks teweegbrengt; 2) een repertoire over relaties, communicatie en wederkerigheid; 3) een repertoire over de vaardigheden die nodig zijn voor goede seks; en; 4) een repertoire over goede seks als een in zichzelf plezierige activiteit.

Goede seks is compleet opgaan in de seks

Het eerste en meest voorkomende repertoire had betrekking op de mentale staat die volgens de respondenten kenmerkend is voor goede seks. "Goede seks vind ik als ik seks aan het hebben ben en ik ben gewoon... Dat is wat ik aan het doen ben. Mijn hoofd is niet ergens anders". Hierbij beschreven zij goede seks als een staat waarin je helemaal opgaat in de seks, je "zowel mentaal als fysiek één" voelt, en je de wereld om je heen tijdelijk vergeet. "Dus goede seks is voor mij echt een combinatie van een hele fijne lichamelijke ervaring, maar ook een hele fijne emotioneel geestelijke ervaring", aldus een vrouwelijke respondent. Sommigen benadrukten hierbij dat je op dat moment zodanig opgaat in de activiteit dat je ook "niet meer bezig bent met de vraag of het wel goede seks is".

Anderen spraken in deze context over een verlies van een bewustzijn van tijd en een bewustzijn van zelf, hoe je er uitziet, hoe je handelt, wat de ander van je vindt. Al dat soort vragen die volgens de jongvolwassenen dagelijks op de voorgrond staan, verdwijnen tijdens goede seks juist naar de achtergrond. Zo beschreef de 21-jarige Moss:

"Voor mij is het beste dat als je een soort *switch* maakt van dat je nog nadenkt over wat je doet naar dat alles één grote waas wordt en dat het gewoon gebeurt. Dan merk je meer een soort oerinstinct waardoor alles vanzelf gaat en dat de standaarddingen een beetje wegvallen."

De cognitieve *switch* die Moss beschrijft naar een andere vorm van bewustzijn – naar een volledige concentratie op de seks zelf – is volgens de 24-jarige Rina niet alleen kenmerkend maar ook de belangrijkste voorwaarde voor goede seks.

Rina: "Maar je moet eigenlijk gewoon vergeten, je moet de tijd vergeten. Als dat gebeurt, dan weet je dat het goed is. Als je ermee bezig bent en je denkt van "Oh okee, dit duurt lang" of "Oh het lukt niet echt", vanaf het moment dat je niet meer bezig bent met de seks weet je al dat het niet goed is. Dus vanaf het moment dat je er niet te veel mee bezig bent, dan weet je al dat het goed is".

Zodra je bezig bent met het evalueren van de seks gaat de seks eigenlijk niet goed, zo was de unanieme conclusie van de geïnterviewden. Hierbij dringt zich een definitie op van goede seks als een gefocuste activiteit waarbij alles buiten de activiteit even wordt vergeten. Zodat "alles één grote waas wordt", was Moss zijn ervaring. Goede seks was volgens de 21-jarige Paige daarmee "een ervaring waarbij je even in een andere wereld bent".

Sommige geïnterviewden gaven aan dit voor langere tijd te willen ervaren vooraleer ze een vrijpartij als goede seks wilden kwalificeren, waar anderen de hoeveelheid tijd niet als een belangrijk kwaliteitscriterium zagen. Zolang maar aan de voorwaarde werd voldaan van het volledig opgaan in de activiteit. Hierbij voelt het alsof "alles vanzelf gaat" en "van het één het ander komt" zonder erbij na te moeten denken.

Peter (23-jaar): "En ik denk dat in de definitie van goede seks zit voor mij niet dat het nou heel hard is of heel zacht. Dat maakt denk ik niet zoveel uit, dat kan allebei heel goed zijn. Ja lang, maakt de tijd nog uit? Nee, je kan ook hele korte hele goede seks hebben. Dat kan ook echt. Je kan ook echt hele lange goede seks hebben. Er zijn ook gewoon heel veel verschillende soorten goede seks".

Andere geïnterviewden waren het eens met Peter dat goede seks verschillende vormen kan aannemen en daarmee ook niet voor iedereen hetzelfde hoeft te zijn. "Dat is niet hoe ik goede seks ervaar, als één emotie", beschreef een respondent. Anderen benadrukten dat er "verschillende typen seks zijn" en gaven hierbij voorbeelden van wat zij bestempelden als "intieme", "liefdevolle", "dirty", "crazy" en "gepassioneerde" seks, welke allen even goed werden bevonden, zolang er maar sprake was van de hier beschreven cognitieve switch naar het volledig opgaan in de seks.

Goede seks vereist werk en wederkerigheid

Om deze absolute focus en absorptie te bewerkstelligen, moest echter nog wel aan een aantal andere basisvoorwaarden worden voldaan, waarbij de jongvolwassenen ingingen op een tweede repertoire dat zij koppelden aan goede seks. Dit tweede repertoire had betrekking op inzet, communicatie, vertrouwen en wederkerigheid. Respondenten bespraken goede seks steevast als een interpersoonlijke, intrapsychische en/of gedeelde ervaring. Geen van de geïnterviewden sprak over zelfseks in de context van goede seks. Het ging steeds over een ervaring die ze beleefden met een ander.

Daarbij gaf de grote meerderheid aan dat seks pas goed genoemd kan worden op het moment dat het voor beide partijen plezierig is. "Het moet echt een soort van samenwerking zijn. Dat vind ik echt. Ik vind het echt niet leuk als ik al het werk moet doen. Het moet ook echt van twee kanten komen", vond Peter. Deze wederkerigheid werd ook aangehaald door de 23-jarige Richard, die daarbij het belang van een goede en open communicatie benadrukte.

Richard: "Voor mij is seks altijd wel goed op zich, maar het gaat erom (...) dat het voor ons allebei goed is. Snap je wat ik bedoel? Dan is het voor mij extra goed zeg maar. (...) Dus ik vind dat dat wel duidelijk moet zijn zeg maar, dat seks voor allebei even goed is soort van. Want ik weet ook gewoon zeker dat dat ook gewoon kan, snap je. Ik bedoel, ja, ehm, als je niet met elkaar praat erover, dan wordt het moeilijk snap je, maar als je gewoon daar met elkaar over kan praten van 'Wat zou jij nog willen?' of 'Wat mis jij, of is het goed of niet', zeg maar, je moet een beetje, ja, op dezelfde hoogte zijn vind ik, en dan kan de seks voor iedereen in principe goed zijn".

Gegeven de noodzaak van een goede communicatie die Richard benoemt, concludeerden de meeste geïnterviewden ook dat goede seks moeilijk te bereiken is buiten een vaste relatie, bijvoorbeeld tijdens een *one-night-stand*. Ze bespraken hoe je kennis nodig hebt van wat een ieders *likes* en *dislikes* zijn en instaat moet zijn "elkaar op een dieper niveau te vinden".

Paige: "Goede seks is voor mij heel erg verbonden aan de persoon met wie ik seks heb. Voor mij is goede seks sowieso met iemand met wie ik een langere tijd contact heb. Ik kan eigenlijk geen goede seks hebben, denk ik, als ik iemand op een feestje heb leren kennen diezelfde avond. Dan mag het wel seks heten, maar ik vind dat veel minder fijn dan wanneer ik iemand langer ken".

Sara: "Het is zeker geven en nemen. In de zin dat beiden er plezier uit moeten krijgen, niet dat je het in stapjes moet doen met 'Jij eerst en dan ik'. Het moet een soort van natuurlijk vloeien, en dat je gewoon naar de seks toewerkt en dan hoop je dat het niet snel voorbij is. Ik vind het fijn als het wat langer duurt. Maar het moet ook weer niet te lang doorgaan, want op een gegeven moment ben je er te hard voor aan het werken, en dan denk je 'Kom nou eens'. Als je hier een goede balans tussen kan vinden, zou dat voor mij perfect zijn".

In meerdere interviews kwam naar voren dat goede seks draait om het vinden van een lastige balans tussen inspanning en ontspanning en tussen spanning en "jezelf op je gemak voelen". "Het moet wel een beetje spannend zijn en als dat het is, dan vind ik het heel erg leuk". Maar het mag ook weer niet té spannend zijn, want "dan kan je jezelf ook [niet] openstellen. Uiteindelijk moet je kunnen denken 'Het maakt niet uit, mijn haar zit gewoon als een vogelnest en ik zweet en...' ja je ziet alles van elkaar en dat maakt het juist leuk".

Het vinden van deze balans is iets waar volgens respondenten aan gewerkt dient te worden, maar tegelijkertijd mag het ook niet te veel als 'werk' voelen. Goede seks vereist daarom als eerste vertrouwen en goede communicatie, plus de bereidheid van beide partijen om het nodige te doen om de seks wederzijds plezierig te maken. Goede seks wordt hierbij steevast beschreven als een verworvenheid waar twee mensen werken om in elkaar de juiste psychofysiologische staat te bereiken waarin "alles gewoon *flowt*", aldus de woorden van een andere respondent. Een slechte communicatie of onvoldoende vertrouwen kunnen dit in de weg staan.

Goede seksuele vaardigheden

Een derde repertoire dat veel minder op de voorgrond stond dan de eerste twee, betrof een repertoire over seksuele vaardigheden. Opvallend hierbij was dat de jongvolwassenen niet zozeer spraken over bijzondere vaardigheden die nodig zouden zijn voor goede seks, maar vooral over het ontbreken van basisvaardigheden die de goede seks in de weg zouden staan omdat ze voor te veel afleiding zorgden. "Je hebt gewoon van die mensen waarbij je geen moeite hoeft te doen, en

het *flowt* gewoon". Maar dit is niet altijd zo, vertelde de 19-jarige Benji.

Benji: "Ik heb bijvoorbeeld best wel eens gehad van die mensen die dan echt heel slecht konden zoenen en dat is dan zeg maar echt een *turnoff*. Die dan bijna geen tong gebruikten of half met hun tanden bezig waren, dan denk ik wel echt: nou ja, goede *chemistry* of niet, hier kan ik dus helemaal niks mee."

In dit soort situaties hadden respondenten niet langer het gevoel "alsof de seks vanzelf ging". Voor het bereiken van goede seks moet "het allemaal moeiteloos voelen", en dat gevoel wordt gebroken als de ander iets doet wat niet als plezierig wordt ervaren. In dat geval wordt de concentratie op de activiteit gebroken door het feit dat iemand zich gaat richten op het evalueren van de seks en de vraag waarom iets niet goed gaat. Er waren ook respondenten die aangaven "zelf makkelijk afgeleid" te zijn, wat voor hun de ervaring van goede seks in de weg kon staan.

Goede seks als autotelisch plezier

Het laatste repertoire dat werd gekoppeld aan goede seks lag grotendeels verscholen in de eerdere drie, waarin goede seks vaak impliciet – maar wel consistent – werd beschreven als een activiteit die intrinsieke bevrediging opleverde en waartoe men ook intrinsiek was gemotiveerd om dit samen met de ander te bewerkstelligen. Het had daarbij volgens de respondenten uitdrukkelijk "geen doel buiten de seks" en buiten het jezelf verliezen in het moment en het bereiken van genot bij elkaar.

Richard: "Voor mij echt een goede sekspartij is ook echt gewoon, als het zweet op mijn voorhoofd staat en (...), dat je gewoon geniet van dat de ander zeg maar geniet, ja. Gewoon *enjoying from the enjoyment* zeg maar."

Hoewel de geïnterviewden zich bijna unaniem focusten op goede seks binnen de context van een relatie en daarbij de eerdergenoemde belangen van goede communicatie, wederzijdse inzet, vertrouwen en wederkerigheid benadrukten, heeft goede seks volgens hen niet tot doel om de relatie te verbeteren. In feite heeft het helemaal geen functie buiten zichzelf en het wederzijdse genieten: het is seks voor de seks.

Slechts één geïnterviewde week expliciet af van dit narratief en stelde dat voor hem de seks pas echt goed is als het iets toevoegt aan het leven buiten de seks en seksueel plezier. Dit gold alleen voor Antonio (24-jaar) die vond dat seks pas goede seks werd wanneer het iets toevoegde aan zijn relatie.

Antonio: "Dat het niet alleen seks is, maar dat het ook iets toevoegt aan je relatie, zeg maar. Je hebt ruzie gehad, en toch besluiten jullie, besluit je om seks te hebben. En daarom wordt het weer goed tussen jullie. Dan heeft het ook een functie, naast of behalve genot".

Zoals aangegeven, focusten de andere respondenten veel meer op goede seks als 'goed' omdat het een intrinsiek plezierige activiteit is, waarin de zorgen van alledag juist even naar de achtergrond verdwijnen en er een situatie ontstaat waarin mensen intens kunnen genieten.

"En dan hoeft je echt niet per se allebei tot een hoogtepunt te komen", was de stelling van meerdere respondenten. "Ik denk helemaal niet dat dat het belangrijkste is", zei een vrouwelijke respondent. Maar de meningen hierover waren niet eenduidig. Er waren ook respondenten, zowel vrouwen als mannen, die juist het "tegelijktijd klaarkomen" benoemden als het summum van goede seks. Terwijl er bijvoorbeeld ook jongens waren die klaarkomen niet als voorwaarde zagen voor goede seks.

Discussie

De bevindingen van dit onderzoek sluiten nauw aan bij die uit het eerdere onderzoek van Kleinplatz en collega's naar wat doelgroepen met een rijke seksuele historie als goede seks zien. Ook zij beschreven goede seks bovenal als een activiteit waarin men zichzelf helemaal kan verliezen. Met bijkomende kenmerken als het gevoel hebben dat lichaam en geest volledig één worden, waarbij de perceptie van tijd, zelfbeeld en de wereld om de seks heen voor even verandert en/of naar de achtergrond worden verschoven. En ook in het onderzoek van Kleinplatz en collega's benadrukten de respondenten hierin het belang van een goede communicatie, wederzijds vertrouwen en wederkerigheid in het plezier dat met de seks wordt verworven.

Hierin lijkt de perceptie van de doelgroep jongvolwassenen niet wezenlijk te verschillen van die van oudere volwassenen met meer ervaring. Maar tegelijkertijd is het idee dat hierin wel leeftijdsverschillen bestaan nog steeds een diep verankerd stereotype (Kleinplatz et al., 2013). Dit drijft onderzoek naar jongere generaties ertoe primair te focussen op de negatieve kanten van seks, met name de risico's en grensoverschrijdend gedrag die een rol kunnen spelen in de exploratiefase (Abramson & Pinkerton, 1995; Kuyper, De Wit, & Wijsen, 2011; Naezer, 2018; Van Oorschot, 2011). Sekstherapeuten, zo blijkt uit het onderzoek van Kleinplatz en collega's (2009), hebben dan ook een negatiever beeld van de manier waarop mensen seksualiteit bleven, dan de mensen in kwestie zelf. Zo concludeerden Kleinplatz en collega's dat de "*sex therapists on the whole tended to be drawn towards the negative rather than the positive*" (p.10), zelfs als ze werd gevraagd naar positieve seks.

Daarbij worden vanuit de beroepsgroep en vanuit onderzoek nog vaak grote en betekenisvolle verschillen verwacht tussen individuen en groepen met verschillende psychosociale achtergronden: tussen leeftijdsgroepen, maar ook tussen mannen en vrouwen, etnische en opleidingsgroepen, en groepen met een verschillende seksuele oriëntatie (zie bijvoorbeeld DeLamater & Sill, 2005; Oliver & Hyde, 1993; Simon & Gagnon, 1986). Maar waar de jongvolwassenen in dit onderzoek het erover eens waren dat goede seks verschillende vormen kan aannemen en daarom ook voor iedereen anders kan zijn, leken de overeenkomsten tussen hun verhalen veel groter en nadrukkelijker dan de verschillen. Naast kleine verschillen in opvatting over de lengte van de seks en/of dit diende te eindigen in orgasme, spraken de respondenten met dezelfde thema's en in dezelfde termen over wat goede seks voor hen betekent. Ook dit sluit aan bij het eerdere onderzoek van Kleinplatz en collega's, die hierover concludeerden dat de belangrijkste componenten van goede seks: "seemed to be almost universal among participants of different backgrounds, sexual proclivities and relationship histories" (p.10).

Hoewel deze componenten op het eerste gezicht misschien divers lijken, wijzen ze in feite allemaal naar één onderliggend construct; dat wat sociaalpsychologen de optimale staat van geluk en complete absorptie noemen, oftewel een *flow* ervaring. Al de repertoires waarmee de jongvolwassenen spraken over goede seks zijn ofwel kenmerken van deze positieve psychologische staat, ofwel belangrijke condities waaraan moet worden voldaan om deze staat als een intrapsychische (gedeelde) ervaring teweeg te brengen. Hierbij viel het op dat meerdere respondenten reeds de Engelse term *flow* gebruikten om te beschrijven hoe goede seks voor hen voelt. Volgens sociaalpsycholoog Mihaly Csikszentmihalyi (1975, 1990), die de term heeft gemunt, staat deze voor "the mental state of operation in which a person performing an activity is fully immersed in a feeling of energized focus, full involvement, and enjoyment in the process of the activity". Dit is een definitie die sterk overeenkomt met hoe de jongvolwassenen goede seks omschrijven: als activiteit waarin je jezelf helemaal kan verliezen; je niet langer een notie hebt van tijd; lichaam en geest tijdelijk voelen alsof ze in elkaar zijn overgegaan, en; je eigenlijk geen notie meer hebt van wat er verder nog om je heen gebeurt.

In zijn werk wijdt Csikszentmihalyi veel aandacht aan de voorwaarden die de ervaring van *flow* teweeg kunnen brengen, en deze kunnen mogelijk gebruikt worden door sekstherapeuten om cliënten op weg te helpen naar goede seks. Als we nogmaals kijken naar wat jongvolwassenen hierover zeggen, dan blijkt dat zij goede seks zien als iets anders dan hoe het in de media wordt gepresenteerd. Er zijn volgens hen ook geen speciale vaardigheden nodig om goede seks te kunnen hebben, behalve de vaardigheid om jezelf goed te kunnen concentreren op de activiteit en hier samen goed

over te communiceren. Als we het werk van Csikszentmihalyi (1975) beschouwen, dan houden *flow* ervaringen precies het midden tussen verveling en angst, en ook dit past in zekere zin bij hoe jongvolwassenen over goede seks praten. Ze vonden namelijk dat goede seks wel een beetje spannend moet zijn, maar niet te veel want je moet je wel comfortabel genoeg voelen om jezelf te laten gaan. Het vinden van *flow* werd daarbij beschreven als het vinden van een balans tussen inspanning en ontspanning en werken, maar niet het gevoel hebben te werken.

Klinisch seksuologen zouden mensen op weg kunnen helpen in het vinden van die balans in hun seksleven. Maar daarvoor zal de beroepsgroep eerst zelf een balans moeten vinden tussen de aandacht die het schenkt aan de negatieve versus de positieve kanten van het seksuele spectrum. Meer aandacht is hierbij gewenst voor goede seks, ook onder jongvolwassenen.

Literatuur

- Abramson, P. R., & Pinkerton, S. D. (1995). *With Pleasure: Thoughts on the Nature of Human Sexuality*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Broder, M. & Goldman, A. (2004). *Secrets of sexual ecstasy*. New York, NY: Penguin.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (2007). *The SAGE handbook of grounded theory*. Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Cense, M. (2015). *Het negeren van etniciteit is niet de oplossing*. Verkregen via <http://www.kis.nl/marianne-cense-het-negeren-van-etniciteit-geen-oplossing>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Corbin, J., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety: Experiencing flow in work and play*. San Francisco, CA: JosseyBass.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York, NY: Harper and Row.
- De Graaf, H., Van den Borne, M., Nikkelen, S., Twisk, D., & Meijer, S. (2017). *Seks onder je 25e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017*. Delft, Nederland: Uitgeverij Eburon.
- DeLamater, J. D., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of Sex Research*, 42, 138-149.
- Kavanaugh, P. R. (2012). The continuum of sexual violence: Women's accounts of victimization in urban nightlife. *Feminist Criminology*, 8, 20-39.
- Kleinplatz, P. J., & Ménard, A. D. (2020). *Magnificent sex: Lessons from extraordinary lovers*. London, England: Routledge.
- Kleinplatz, P. J., Ménard, A. D., Paquet, M. P., Paradis, N., Campbell, M., Zuccarino, D. & Mehak, L. (2009). The components of optimal sexuality: A portrait of "great sex". *Canadian Journal of Human Sexuality*, 18, 1-13.
- Kleinplatz, P. J., Ménard, A. D., Paradis, N., Campbell, M. & Dalgleish, T. L. (2013). Beyond sexual stereotypes: Revealing group similarities and differences in optimal sexuality. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 45, 250-258.
- Kuyper, L., De Wit, J. & Wijsen, C. (2011). *Positieve kanten van seks*. Utrecht, Nederland: Rutgers WPF.
- Naezer, M. (2018). From risky behaviour to sexy adventures: Reconceptualising young people's online sexual activities. *Culture, Health & Sexuality*, 20, 715-729.

- Oliver, M. B., & Hyde, J. S. (1993). Gender differences in sexuality: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 114, 29.
- Rye, B. J., & Meaney, G. J. (2007). The pursuit of sexual pleasure. *Sexuality & Culture*, 11, 28-51.
- Simon, W., & Gagnon, J. H. (1986). Sexual scripts: Permanence and change. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 97-120.
- Van de Bongardt, D., Verbeek, M., & Rook, B. (2019). Nieuwe interviewmethode voor het in kaart brengen van de dynamische relationele en seksuele geschiedenis van jongvolwassenen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 43, 129-143. Verkregen via hdl.handle.net/1765/122532
- Van Lunsen, R., & Laan, E. (2017). *Seks: Een leven lang leren*. Vlaardingen, Nederland: Prometheus.
- Van Oorschot, I. (2011). *Youth, space, and sexuality: An exploration of the literature*. Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Seksualiteit. Literatuurstudie verkregen via <http://www.fwos.nl/wp-content/uploads/2016/09/04-rapport-diversiteit-Irene-van-Oorschot.pdf> Accessed 20.08.2017.
- Van Oorschot, I., Van Bohemen, S., Van Zoonen, L., Schinkel, W., & Krijnen, T. (2015). *Good sex: How young people perceive and practice good sex*. Onderzoeksvoorstel, Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Seksualiteit.
- Wampold, C. H. (2014). The components of great sex: Sexuality education for people who desire to scale the heights of optimal sexuality. *American Journal of Sexuality Education*, 9, 219-228.
- Wilson, S. R., Brown, N. L., Mejia, C., & Lavori, P. W. (2002). Effects of interviewer characteristics on reported sexual behavior of California Latino couples. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 24, 38-62.

Summary

Good sex as flow experience. Universal psychosocial patterns in the sexual experiences of young people

Clinical research on sexuality has been primarily focussed on the 'darker sides' of sex, in the form of adverse health outcomes, risk taking and sexual violence. Themes that are incredibly important. Yet, they leave the more 'sunny sides' of sex largely unexamined. This, while we know that pleasurable sexual experiences form the primary motivators for sexual activity. Indeed, it is reasonable to assume that most people will be chiefly interested in having 'good sex'. But how do they define this? This is studied in this report by looking at a population that is itself very much in the midst of discovering the answers to this question: young people. It is based on 104 in-depth interviews that were conducted by 19 young co-researchers with their peers aged 17 to 25. Four repertoires could be discerned in the way respondents perceived good sex: 1) a repertoire of good sex as a special cognitive experience; 2) a repertoire on relationships, communication and reciprocity; 3) a repertoire on sexual skills, and; 4) a repertoire of good sex as autotelic pleasure. In the discussion, these repertoires are linked to the existing literature on good sex and more broadly to the work of Mihaly Csikszentmihalyi on flow experience. This as flow appears to be a common and connecting theme throughout the interviews and the four repertoires presented. The research report concludes that flow experience appears to be a universal characteristic of good sex.

Keywords: good sex; flow; young people; universal patterns

Trefwoorden: goede seks; flow; jongvolwassenen; universele patronen

Seks en seksuele gezondheid als gespreksonderwerpen in een ambulante forensisch psychiatrische behandelsetting

Julia Wilpert¹, Joan E. van Horn¹, Bastiaan S. Frelier², & Rik H.W. van Lunsen

¹De Forensische Zorgspecialisten, Utrecht, Nederland

²De Waag, Amsterdam, Nederland

Samenvatting

Ondanks veel aanwijzingen voor het positieve verband tussen seksuele gezondheid en algehele levenskwaliteit, blijft het proactief ter sprake brengen van seksueel functioneren nog maar mondjesmaat voor te komen in de (geestelijke) gezondheidszorg (ggz). Dit onderzoek gaat na of dit ook het geval is binnen de specifieke setting van de ambulante forensische ggz. Via een enquête werden behandelaars van een forensisch psychiatrische polikliniek (N = 149) gevraagd hoe belangrijk zij het onderwerp seksualiteit vinden, in welke mate zij zich op hun gemak voelen het te bespreken en of het regelmatig terugkeert in hun behandeling en intercollegiaal overleg. Er werden twee groepen behandelaars vergeleken: van de zorglijn seksueel grensoverschrijdend gedrag (ZSGG) en van overige zorglijnen (ZOV; agressie en vermogen, huiselijk geweld en jeugd). De ZSGG-behandelaars scoorden hoger op het belang van het praten over seks, het gemak waarmee ze dat deden en de frequentie van adresseren in behandeling en overleg dan de ZOV-behandelaars. Slechts 26.8% van de totale groep bespreekt seksualiteit als standaard onderdeel van de behandeling. De meest genoemde drempel was ongemak van de patiënt (57%). Behandelaars gaven aan vooral bijscholingsbehoefte te hebben met betrekking tot algemene seksuologische kennis. Meer gemak in het bespreken van seksualiteit hing positief samen met leeftijd, werkervaring en een gevoel van vaardigheid. De resultaten ondersteunen het idee dat er in de ambulante forensische ggz te weinig aandacht is voor het onderwerp seksuele gezondheid en het versterken van de vaardigheden van behandelaars op dit vlak.

Het onderwerp seksualiteit is niet alleen belangrijk voor hulpverlening die er specifiek op gericht is, ook voor de bredere (geestelijke) gezondheidszorg is er genoeg relevantie om het thema seks op de agenda te zetten. Het bespreekbaar maken van seks is wezenlijk omdat seksuele disfuncties, zoals problemen met opwinding, erectie en orgasme, regelmatig voorkomen (Rosen, 2000; Simons & Carey, 2001; Wylie, Steward, Seivewright, Smith, & Walters, 2002) en er sprake is van een grote onvervulde zorgbehoefte (Kedde, 2012). Daarnaast wordt seksuele gezondheid positief geassocieerd met algemeen welbevinden, zowel fysiek als mentaal (Brody, 2010; Diamond & Huebner, 2012; Hooghe, 2012; Lindau & Gavrilova, 2010). Ondanks herhaaldelijke pleidooien voor implementatie van het onderwerp in zorgverlening, laat de praktische inbed-

ding ervan nog veel te wensen over (Byers, 2011; Borms & Vermeire, 2020; Voermans, Van Peen, & Hengeveld, 2012).

Het lijkt erop dat zorgverleners het onderwerp seksualiteit belangrijk vinden, maar er niet evenredig veel naar informeren bij hun patiënten. Van de geïnterviewde neurologen in onderzoek van Hees et al. (2017), bijvoorbeeld, zag 85.2% het belang van screenen op seksuele disfuncties. Toch deed slechts 15.9% van hen dit daadwerkelijk bij meer dan de helft van hun patiënten. Het nalaten ervan werd beargumenteerd door onder andere hoge leeftijd en ernstige ziekte van de patiënt en het feit dat patiënten niet zelf over het onderwerp beginnen. Dit sluit aan bij bevindingen van Hordern en Street (2007). Zij vroegen multidisciplinaire *professionals* (in oncologie en palliatieve zorg) naar hun ideeën over de behoeften van hun patiënten op het gebied van intimiteit en seksualiteit en de relevantie van het bespreken ervan. Die ideeën bleken vooral gebaseerd te zijn op aannames, zoals dat oudere, ziekere, alleenstaande en niet-westerse mensen minder behoefte zouden hebben aan het bespreken van seksualiteit. Ook werd regelmatig verondersteld dat het onderwerp waarschijnlijk bij een collega met meer expertise op dat gebied aan de orde zou komen.

J. Wilpert is psycholoog en onderzoeker bij De Forensische Zorgspecialisten.

Dr. J. van Horn is psycholoog en onderzoeker bij De Forensische Zorgspecialisten.

Dr. B.S. Frelier is psychiater en arts-seksuoloog NVVS i.o. bij de Waag.

Dr. R.H.W. van Lunsen is arts-seksuoloog NVVS.

Correspondentieadres: jwilpert@dfzs.nl

Ontvangen: 20 maart 2021; geaccepteerd: 27 augustus 2021

In meerdere studies blijken zorgverleners bepalend in óf en hóe seksualiteit besproken wordt (Benoot, Enzlin, Peremans, & Bilsen, 2018; Stepleman, 2016). Hierdoor lijkt een afwachtende houding van behandelaars een gemiste kans. Volgens Miller en Byers (2012) is het onwaarschijnlijk dat zorgontvangers het onderwerp zelf aansnijden als er niet naar gevraagd wordt, terwijl er wel behoefte aan lijkt te zijn. In onderzoek van Bijzitter, Van Drunen, Geerts en Van Beusekom (2009), bijvoorbeeld, gaf 69% van de bevraagde 209 psychiatrische patiënten aan seksuele problemen te ervaren en vond 58% dat er onvoldoende aandacht was voor seksualiteit in de behandeling. Bijzitter en collega's adviseren hulpverleners om bij patiënten altijd te informeren naar seksualiteit. Organisaties bevelen zij onder andere aan om hun visie op seksualiteit onder te brengen in kwaliteitsbeleid en om medewerkers cursussen aan te bieden voor het bespreekbaar maken van seksualiteit.

De meerwaarde hiervan onderschrijven ook Verastro, Saladino, Petruccelli en Eleuteri (2020). In hun review vonden zij meerdere studies waaruit bleek dat deelname aan onderwijs over seksualiteit het vermogen van zorgverleners om met seksualiteitsproblemen van patiënten om te gaan verbeterde. In onderzoek van Hordern et al. (2009), bijvoorbeeld, ondervonden deelnemers (hoofdzakelijk verpleegkundigen) na het volgen van een korte workshop over het communiceren met patiënten over seksualiteit in de dagelijkse praktijk minder barrières en meer zelfvertrouwen om het gesprek te beginnen. Ook bespraken zij vaker seksualiteit met hun patiënten. De resultaten van het volgen van de Onder 4 Ogen (O4O) methode, die Borms en Vermeire (2020) onlangs beschreven, waren eveneens gunstig. Deze methode voor het proactief bespreekbaar maken van seksuele gezondheid, werd positief gewaardeerd door de deelnemers en de frequentie waarmee zij het gesprek over seksualiteit aangingen met hun patiënten bleek bij een korte *follow-up* daadwerkelijk hoger.

Mogelijk is dergelijke bijscholing ook van toegevoegde waarde voor een bijzondere niche van de (g)gz: de forensische hulpverlening. Hierin wordt behandeling gegeven aan mensen die in aanraking zijn geweest of dreigen te komen met politie en/of justitie in verband met strafbare gedragingen/neigingen zoals bijvoorbeeld seksueel grensoverschrijdend gedrag (sgg). Twee belangrijke pilaren waarop de forensische hulpverlening steunt zijn het *Risk-Need-Responsivity-model* (RNR, Bonta & Andrews, 2016) en het *Good Lives Model* (GLM, Ward, 2002). Volgens het RNR-model is behandeling effectiever wanneer deze afgestemd wordt op de kans op recidive (risico), factoren die het recidiverisico verhogen (criminogene behoeften) en capaciteiten (responsiviteit) van de individuele patiënt. Het GLM-model vult dit aan met een nadruk op welzijn en sterke eigenschappen van patiënten, waarvan eveneens een recidive-verlagende invloed verondersteld wordt. Seksuele gezondheid past zowel in GLM als RNR, redenerend dat er een positieve samenhang

kan zijn met welzijn en een negatieve samenhang met delictgedrag. Maar uit de literatuur over de (klinische) forensische zorgpraktijk blijkt het onderwerp seksualiteit relatief afwezig of de focus ligt hoofdzakelijk op risicovermindering (Brown, Reavey, Kanyeredzi, & Batty, 2014; Quinn & Happell, 2015). In onderzoek van Dein et al. (2016), bijvoorbeeld, gaf de klinische staf aan dat seksualiteit een precair onderwerp is dat zelden of alleen in het kader van problematiek besproken werd. Dit werd toegeschreven aan zorgen over onder andere wederzijdse instemming en kwetsbaarheid van patiënten, risicogedrag (zoals het hebben van onbeschermd seks), soa's en zwangerschappen.

Hoe onderbelicht het onderwerp is, blijkt eveneens uit onderzoek van Tiwana, McDonald en Völlm (2016). Zij vonden dat in geen enkel van de veertien door hen onderzochte Europese landen (waaronder Nederland) sprake was van een nationaal beleid voor seksuele expressie door patiënten in residentiële forensische zorg. Tiwana en collega's menen dat intimiteit en affectie een positieve invloed hebben op rehabilitatie en herstel van forensische klinische patiënten. Een restrictief (controlerend en/of verbiedend) beleid ondermijnt volgens hen bestaande relaties, bemoeilijkt nieuwe relaties en belemmert de ontwikkeling van een normaal seksleven, wat op zijn beurt de kans op psychische problemen en terugval in delictgedrag kan verhogen. Di Lorito, Tore, Wernli Kaufmann, Needham en Völlm (2020) stellen dat een gebrek aan duidelijke richtlijnen betekent dat de rol van zorgverleners cruciaal is in het richting geven aan het onderwerp seksualiteit en dat er bewustzijn gecreëerd moet worden over het belang ervan.

Dit is mogelijk nog relevanter voor de poliklinische tak van de forensische zorg; die zich afspeelt buiten de gesloten settings en dus in de maatschappij. Onderzoek naar inbedding van seksuele gezondheid in de ambulante forensische behandeling blijkt echter onvindbaar. Met onderhavig onderzoek is getracht een begin te maken met het vullen van deze lacune. Omdat het initiatief van zorgverleners essentieel lijkt, was het doel om meer inzicht te krijgen in mogelijke samenhangen tussen bepaalde kenmerken van behandelaars met hun opvattingen en gedragingen met betrekking tot het met patiënten bespreken van seksualiteit. In eerder onderzoek werd bijvoorbeeld gevonden dat sekse en leeftijd van de zorgverleners geen verschil maakten bij het bespreken van seksualiteit (Haboubi & Lincoln, 2003). Training met patiënten in het communiceren over seksualiteit, daarentegen, bleek een gunstig effect te hebben op het gemak en de frequentie waarmee zorgverleners seksualiteit bespraken met hun patiënten (Hordern et al., 2009). Daarom was de verwachting voor de huidige studie dat het bespreken van seksualiteit niet met leeftijd en sekse zou samenhangen, maar wel een positieve samenhang zou vertonen met ervaring. Om dit na te gaan werd aan behandelaars van een centrum voor ambulante forensische ggz gevraagd

een enquête in te vullen over hun kenmerken en hoe zij in hun dagelijkse werk omgaan met het onderwerp seksualiteit. Veronderstellend dat behandelaars die werkzaam zijn in de zorglijn sgg (ZSGG) meer ervaring hebben in het bespreken van seksualiteit, werden zij als aparte groep vergeleken met behandelaars die werken in de overige zorglijnen (ZOV).

Methode

Procedure en onderzoeksgroep

Dataverzameling vond plaats tussen november 2019 en juni 2020. Behandelaars van centrum voor ambulante forensische ggz de Waag (onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten (DFZS), aanbieder van klinische en poliklinische forensische zorg) kregen een interne e-mail van de onderzoeksafdeling met het verzoek een enquête in te vullen op het online *survey* platform *Qualtrics*. Bij de Waag wordt behandeling gegeven aan patiënten met complexe psychiatrische problematiek die grensoverschrijdend gedrag of delictgedrag hebben vertoond of neigingen daartoe hebben. De behandelingen zijn onderverdeeld in zorglijnen gebaseerd op de delicttypen sgg, huiselijk geweld en agressie en vermogen. De enquête was op maat gemaakt voor het project *Seksuele Gezondheid in de Forensische Psychiatrie*. Dit project had tot doel DFZS-behandelaars seksuologische scholing aan te bieden. Het uitgangspunt daarbij was dat seksuele gezondheid kan helpen ongezond (schadelijk) gedrag te voorkomen. In boosters en webinars werd het belang van een uitgebreide seksuologische anamnese gemotiveerd en seksuologische thematiek aangedragen.

Van de 320 benaderde Waagbehandelaars reageerden er 149 (totaal responspercentage: 47%). Als sekse gaven 106 deelnemers vrouw (71.1%), 42 man (28.2%) en één anders (0.7%) aan. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 41.85 jaar ($SD = 10.892$; spreiding 23-64 jaar) en het gemiddelde aantal jaren werkervaring 15.5 jaar ($SD = 9.864$; spreiding 1-43 jaar). De deelnemers waren werkzaam als basispsycholoog, GZ-psycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut ($n = 113$, 75.9%), systeemtherapeut ($n = 18$, 12.1%), psychiater ($n = 10$, 6.7%), orthopedagoog ($n = 6$, 4%), maatschappelijk werker ($n = 1$, 0.7%) of verpleegkundige ($n = 1$, 0.7%). De groep werd verdeeld in behandelaars van de zorglijn sgg (ZSGG; 22.1%, $n = 33$, responspercentage 78.6%) en behandelaars van de overige zorglijnen (ZOV; 77.9%, $n = 116$, responspercentage 41.7%) om na te gaan of er een verschil is tussen behandelaars die meer ervaring hebben met het bespreken van (problematieke) seksualiteit en behandelaars die dit niet hebben.

Materiaal

De onderzoekenquête is een aangepaste versie van Voermans, Van Peen en Hengeveld (2012) die ontwikkeld werd voor onderzoek bij psychiaters en artsen (in opleiding). Om de enquête af te stemmen op de huidige onderzoekspopulatie en -context werden enkele vragen aangepast, weggelaten of toegevoegd. De enquête bestond uit zestien vragen over persoonskenmerken, opvattingen en gedragingen van behandelaars. De antwoordschalen en -categorieën verschilden per vraag:

- Demografische informatie zoals *Sekse* (dichotoom), *Leeftijd* (schaal) en *Werkervaring* (schaal)
- *Eigen seksualiteit*: In opleiding/leertherapie (of iets vergelijkbaars) werkervaring opgedaan hebben met het bespreken van de eigen seksualiteit (schaal van 1 'helemaal niet' tot 10 'uitvoerig')
- *Belang*: Seksualiteit een belangrijk onderwerp vinden om met patiënten te bespreken (schaal van 1 'helemaal niet' tot 10 'heel erg')
- *Gemak*: Op het gemak voelen bij het bespreken van seksualiteit met patiënten (schaal van 1 'helemaal niet' tot 10 'heel erg')
- *Behandeling*: Seksualiteit en seksuele problemen zijn terugkerende onderwerpen in patiëntgesprekken (schaal van 1 'helemaal niet' tot 10 'heel veel')
- *Overleg*: In intercollegiaal overleg komt seksualiteit van patiënten aan de orde (schaal van 1 'helemaal niet' tot 10 'heel veel')
- *Effect*: Het bespreken van seksualiteit heeft een gunstig effect op patiënten hun: seksleven, intieme relaties, algeheel welbevinden, coping of recidiverisico (antwoordcategorieën)
- *Bespreken*: Seksualiteit wordt met patiënten besproken wanneer: zij er zelf over beginnen, de aanmeldingsklacht seksueel grensoverschrijdend gedrag is, er aanwijzingen voor problemen zijn in hun voorgeschiedenis of als vast onderdeel van behandelingen (antwoordcategorieën),
- *Drempels*: Bemoelijkende factoren bij het met patiënten over seksualiteit praten zijn: tijdgebrek, sekseverschil, leeftijdsverschil, schaamte, ongemak van patiënt, gevoel van incompetentie, angst erotische gevoelens op te roepen bij patiënt, angst erotische gevoelens op te roepen bij zichzelf, te intiem onderwerp, het gevoel onprofessioneel te zijn, vragen, onzekerheden of problemen die worden ervaren in het eigen seksleven of het irrelevant vinden om over seksualiteit te praten met patiënten (antwoordcategorieën)
- *Vaardig*: Zich vaardig voelen om seksuele problemen met/van patiënten: te bespreken, te herkennen, te diagnosticeren of te behandelen (antwoordcategorieën)

- *Bijscholingsbehoefte*: Om patiëntgesprekken over seks makkelijker te maken, meer willen weten en/of beter willen leren praten over: seksuele werkervaringen, hechting en het positieve seksuele script van een patiënt; seksueel grensoverschrijdend gedrag; algemene informatie over seksuologische thematiek zoals de seksuele responscyclus; partnerrelatietherapie, intimiteit en sekstherapie; seksuele varianten (zoals parafiele stoornissen) en aandoeeningen; of eigen weerstanden omtrent het uitvragen (antwoordcategorieën).

Statistische analyses

De verzamelde data werden in IBM SPSS *Statistics* versie 27 geanalyseerd. Er waren geen missende waarden omdat in de *surveysoftware* is gekozen voor de optie "antwoord forceren". Daardoor was het niet mogelijk om verder te gaan met de vragenlijst wanneer vragen onbeantwoord bleven en waren er enkel volledig ingevulde enquêtes. Om de groepen ZSGG en ZOV te vergelijken, werd gebruik gemaakt van *Chi-kwadraat*, *t*-toets en ANOVA. Aan de hand van *Pearsons* en punt-biseriële correlatiecoëfficiënten werden de kenmerken getoetst op hun mate van samenhang met de opvattingen en gedragingen. Hierbij geldt als richtlijn dat correlaties tussen .1 en .29 worden beschouwd als klein, tussen .3 en .49 als gemiddeld en vanaf .5 als sterk (Cohen, 1988).

Resultaten

In tabel 1 is te zien dat vier kenmerken significant verschilden tussen de onderzoeksgroepen ZSGG en ZOV.

ZSGG-behandelaars gaven belang, gemak, behandeling en overleg gemiddeld een hogere score dan ZOV-behandelaars. Wat betreft sekse, leeftijd, werkervaring en eigen seksualiteit was er geen significant verschil tussen de groepen.

De vergelijking tussen de opvattingen en gedragingen van de groepen is te zien in tabel 2. De groepen verschilden op slechts drie aspecten significant; ZSGG-behandelaars zagen het bespreken van seksualiteit vaker als gunstig voor het verlagen van het recidiverisico, zeiden vaker seksualiteit te bespreken als vast onderdeel van de behandeling en hadden minder bijscholingsbehoefte met betrekking tot het onderwerp seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Intieme relaties en welbevinden van patiënten werden het vaakst genoemd als gunstig beïnvloedbaar door het bespreken van seksualiteit. Of seksualiteit al dan niet wordt besproken door behandelaars, hangt vooral af van de aanmeldklacht, de voorgeschiedenis en of de patiënt er zelf over begint. De verreweg meest genoemde belemmering door behandelaars was ongemak van de patiënt. Ook sekseverschil, gevoel van incompetentie en schaamte werden vaker genoemd.

De meeste behandelaars bleken zich capabel te voelen seksuele problemen met hun patiënten te bespreken, maar slechts een minderheid voelde zich capabel om te behandelen. De bijscholingsbehoefte was duidelijk aanwezig, met vooral belangstelling voor seksuologische kennis over individuele kenmerken en partnerrelaties.

Tabel 1. Verschil kenmerken tussen groepen ZSGG- en ZOV-behandelaars

	ZSGG (n=33) M(SD)	ZOV (n=116) M(SD)	t(df)	p
Leeftijd	43.70(10.11)	41.32(11.09)	1.105(146)	.271
Werkervaring	16.54(9.27)	14.69(10.01)	.888(139)	.376
Eigen seksualiteit	3.27(2.54)	3.36(2.82)	-.164(147)	.870
Belang	8.12(1.43)	7.23(1.45)	3.110(147)	.002
Gemak	7.36(1.39)	6.55(1.69)	2.525(147)	.013
Behandeling	7.03(2.08)	4.53(2.12)	5.980(147)	.000
Overleg	5.94(2.47)	4.03(2.21)	4.275(147)	.000

Tabel 2. Verschil opvattingen en gedragingen tussen groepen ZSGG (n = 33) en ZOV-behandelaren (n = 116)

Opvattingen en gedragingen	Totaal n(%)	ZSGG n(%)	ZOV n(%)	X²	p
<i>Effect</i>					
Seksleven	99(66.4)	24(72.7)	75(64.7)	751	.386
Intieme relaties	138(92.6)	32(97)	106(91.4)	1.174	.279
Welbevinden	124(83.2)	30(90.9)	94(81)	1.794	.180
Coping	101(67.8)	26(78.8)	75(64.7)	2.350	.125
Recidiverisico	104(69.8)	32(97)	72(62.1)	14.845	.000
<i>Bespreken</i>					
Patiënt	126(84.6)	26(78.8)	100(86.2)	1.083	.298
Aanmeldklacht sgg	134(89.9)	32(97)	102(87.9)	2.318	.128
Voorgeschiedenis	129(86.6)	29(87.9)	100(86.2)	.062	.804
Vast onderdeel	40(26.8)	14(42.4)	26(22.4)	5.238	.022
<i>Drempels</i>					
Tijdgebrek	24(16.1)	6(18.2)	18(15.5)	.135	.713
Sekseverschil	47(31.5)	8(24.2)	39(33.6)	1.046	.306
Leeftijdverschil	25(16.8)	7(21.2)	18(15.5)	.597	.440
Schaamte	34(22.8)	6(18.2)	28(24.1)	.517	.472
Ongemak patiënt	85(57.0)	19(57.6)	66(56.9)	.005	.945
Incompetentie	41(27.5)	11(33.3)	30(25.9)	.719	.396
Erotische gevoelens patiënt	31(20.8)	7(21.2)	24(20.7)	.004	.948
Erotische gevoelens zelf	8(5.4)	2(6.1)	6(5.2)	.040	.842
Intiem	31(20.8)	9(27.3)	22(19)	1.076	.300
Onprofessioneel	9(6.0)	1(3)	8(6.9)	.677	.411
Onzekerheid	5(3.4)	2(6.1)	3(2.6)	.956	.328
Irrelevant	9(6.0)	1(3)	8(6.9)	.677	.411
<i>Vaardig</i>					
Bespreken	120(80.5)	29(87.9)	91(78.4)	1.458	.277
Herkennen	92(61.7)	24(72.7)	68(58.6)	2.164	.141
Diagnosticeren	42(28.2)	13(39.4)	29(25)	2.630	.105
Behandelen	43(28.9)	11(33.3)	32(27.6)	.413	.520
<i>Bijcholingsbehoefte</i>					
Patiëntinformatie	103(69.1)	23(69.7)	80(69)	.006	.936
Sgg	49(32.9)	6(18.2)	43(37.1)	4.152	.042
Seksuologie	96(64.4)	18(54.5)	78(67.2)	1.807	.179
Partnerrelatie	99(66.4)	25(75.8)	74(63.8)	1.649	.199
Varianten	55(36.9)	13(39.4)	42(36.2)	.112	.738
Eigen weerstand	46(30.9)	10(30.3)	36(31)	.006	.936

Tabel 3. Correlatiecoëfficiënten tussen opvattingen en gedragingen met persoonskenmerken van de totale onderzoeksgroep (n = 149)

	Sekse (2)	Leeftijd (20)	Werkerva- ring (13)	Eigen sek- sualiteit (15)	Belang (13)	Gemak (21)	Behandeling (20)	Overleg (15)
Sekse								
Leeftijd	.295**							
Werkervaring	.161	.893**						
Eigen seksualiteit	.159	.236**	.241**					
Belang	.060	.212**	.153	.254**				
Gemak	.130	.216**	.172*	.366**	.528**			
Behandeling	.109	.256**	.187*	.366**	.576**	.642**		
Overleg	.150	.205*	.194*	.173*	.324**	.324**	.553*	
Effect								
Seksleven	.116	.140	.126	.213**	.148	.082	.215**	.229**
Intieme relaties	.017	.031	.037	.017	.099	.140	.109	.053
Welbevinden	.020	.021	.057	.089	.021	.090	.078	-.081
Coping	-.014	-.033	-.086	-.024	.248**	.192*	.271**	.202*
Recidiverisico	.134	.168*	.110	.130	.358**	.256**	.355**	.332**
Bespreken								
Patiënt begint zelf	-.150	-.195*	-.137	-.157	-.164*	-.137	-.143	.026
Aanmeldklacht sgg	-.021	-.115	-.068	.058	.022	.108	.079	.175**
Voorgeschiedenis	-.038	.030	.098	-.023	-.072	.043	.099	.132
Vast onderdeel	.118	.297**	.237**	.239**	.284**	.254**	.327**	.089
Drempels								
Tijdgebrek	-.082	-.105	-.074	-.008	-.028	-.028	-.032	-.052
Sekseverschil	.023	.003	.008	.064	-.119	-.309**	-.136	-.019
Leeftijdsverschil	-.056	-.245**	-.162	.049	.027	-.133	-.063	-.009
Schaamte	-.009	-.096	-.100	-.190*	-.071	-.366**	-.184*	-.055
Ongemak patiënt	.009	-.184*	-.183*	-.183*	-.059	-.124	-.020	.073
Gevoel incompetentie	-.071	-.118	-.089	-.236**	-.067	-.327**	-.183*	-.166**
Erotische gevoelens patiënt	-.177*	-.219**	-.188*	-.221**	-.048	-.247**	.196*	-.138
Erotische gevoelens zelf	-.025	.003	-.011	-.171*	-.049	-.304**	-.174*	-.107
Te intiem onderwerp	.087	.052	.048	-.112	-.115	-.217**	-.111	.070
Onprofessioneel	-.040	-.202*	-.199*	-.124	-.187*	-.061	-.130	-.142
Onzekerheid eigen seksualiteit	.111	.144	.086	-.037	-.029	-.015	.073	-.051
Irrelevant	.072	-.077	-.126	-.032	-.225**	.024	-.142	-.059
Vaardig								
Bespreken	.127	.135	.167*	.259**	.108	.382**	.402**	.291**
Herkennen	.061	.181*	.210*	.108	.135	.273**	.247**	.189*
Diagnosticeren	.039	.304**	.394**	.123	.090	.219**	.289**	.288**
Behandelen	.119	.384**	.402**	.239**	.225**	.318**	.349**	-.162*
Bijscholingsbehoefte								
Patiëntinformatie	-.003	-.209*	-.163	-.144	-.081	-.205*	-.242**	-.081
Sgg	.091	-.002	-.031	.012	-.029	.036	-.069	.012
Seksuologie	-.028	-.169*	-.110	.006	.064	-.010	-.002	-.159
Partnerrelatie	-.111	-.228**	-.165	-.108	.196*	-.029	.099	.068
Varianten	.039	-.060	-.114	.011	.088	.158	.055	.083
Eigen weerstand	.032	-.021	-.038	-.152	-.115	-.304**	-.205*	-.028

* p ≤ 0.01, ** p ≤ 0.05

Omdat de groepen wat betreft opvattingen en gedragingen sterk overeenkwamen, werden de vervolganalyses gedaan over de totale groep. De meeste significante correlaties tussen de opvattingen en gedragingen enerzijds en kenmerken anderzijds waren verwaarloosbaar klein, zie tabel 3. Kenmerken van een behandelaar, zoals sekse, leeftijd en werkervaring, hingen niet significant samen met het bespreken van seksualiteit. Met betrekking tot andere opvattingen en gedragingen waren er enkele significante samenhangen van mediumgrootte. Hoe belangrijker behandelaars het bespreken van het onderwerp seksualiteit vonden, des te meer veronderstelden zij een recidive-risicoverlagende invloed ervan en kwam het terug in hun behandelgesprekken en intercollegiaal overleg. Behandelaars die zich meer op hun gemak voelden bij het onderwerp, rapporteerden in mindere mate last te hebben van de drempels sekseverschil, schaamte, gevoel van incompetentie en angst voor eigen erotische gevoelens. Ook voelden zij zich vaardiger om seksuele problematiek te bespreken en behandelen. Behandelaars die ouder waren en meer werkervaring hadden, voelden zich vaardiger in het diagnosticeren en behandelen van seksuele problematiek. Sekse leverde geen opmerkelijke samenhangen op. De onderzochte kenmerken vertoonden onderling veel significante samenhang. De correlatie tussen leeftijd en werkervaring was het sterkst. Maar ook de waarde die het bespreken van seksualiteit toegekend werd, het gemak waarmee men erover praat en de frequentie van het bespreken in de behandeling en overleg met collega's hingen gemiddeld tot sterk samen. Het besproken hebben van de eigen seksualiteit correleerde gemiddeld met gemak in het praten over seksualiteit en het onderwerp regelmatig terug laten keren in de behandeling.

Discussie

In dit onderzoek werd een eerste verkenning gedaan naar het bespreken van seksualiteit met patiënten door behandelaars in een ambulante forensische zorgcontext. Uit de resultaten bleek dat de twee groepen behandelaars ZSGG en ZOV vooral verschilden in kenmerken en vrijwel niet in opvattingen en gedragingen. Sekse bleek, als in eerder onderzoek (Haboubi & Lincoln, 2003), niet noemenswaardig geassocieerd met het bespreken van seksualiteit. Leeftijd in kleine mate wel; hoe ouder een behandelaar, des te minder last werd ervaren van leeftijdsverschil met patiënt, angst voor erotische gevoelens van de patiënt en gevoelens van onprofessionaliteit.

Verwacht werd dat de ZSGG-groep, door meer ervaring met het bespreken van seksualiteit met patiënten, dit met meer gemak zou doen. ZSGG-behandelaars rapporteerden inderdaad een hogere mate van gemak. Maar hoewel het gevoel van vaardigheid significant correleerde met gemak, verschilden de groepen niet significant op vlak van vaardigheid. Inherent aan hun patiëntenpopulatie was het onderwerp seksualiteit bij

ZSGG-behandelaars vaker een vast onderdeel in de behandeling en kwam het regelmatig terug in patiënt gesprekken en intercollegiaal overleg. Behandelaars die vaker seksualiteit bespreken voelden zich dus al met al niet per se vaardiger maar wel meer op hun gemak. Dit komt overeen met onderzoek waarin zorgverleners aangeven zich niet ongemakkelijk te voelen bij het onderwerp (Haboubi & Lincoln, 2003; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010). Dat ongemak van de patiënt vaak als drempel werd genoemd, geeft de indruk dat mogelijke belemmering vooral vanuit hen komt. Er zijn echter genoeg aanwijzingen dat dit genuanceerder is en hulpverleners eveneens hindernissen ervaren door gêne (Van Lunsen, 2014). Dat bijna een kwart van de behandelaars in dit onderzoek aangaven last te hebben van schaamte, is ook niet verwaarloosbaar te noemen. Wellicht is het veronderstelde ongemak van de patiënt een uiting van de eerdergenoemde aannames van zorgverleners over dat mensen met bepaalde kenmerken minder of geen behoefte hebben aan het bespreken van seksualiteit (Hordern & Street, 2007). De meer praktische drempel tijdgebrek werd door de behandelaars in dit onderzoek opvallend weinig genoemd. In het onderzoek van Voermans en collega's (2012) kwam tijdgebrek ook niet naar voren als een onafhankelijke factor die samenhang met de hoeveelheid aandacht die zorgverleners hebben voor seksualiteit. Hoewel deze resultaten niet generaliseerbaar zijn naar de gehele zorg, is het een goed teken dat een doorgaans vaak genoemde belemmering hier geen wezenlijke rol leek te spelen.

Praktische implicaties

Hoewel uit de resultaten niet afgeleid kan worden of frequentie zorgt voor meer gemak of dat gemak leidt tot een hogere frequentie, zou de positieve samenhang kunnen pleiten voor het opnemen van het onderwerp seksualiteit als vast onderdeel in de behandeling. Bijvoorbeeld door vragen over seksueel functioneren op te nemen in een intakeprocedure. Het lijkt in ieder geval makkelijker om de frequentie te verhogen dan om gemak te "kweken". Bovendien zou daarmee de discrepantie tussen hoe belangrijk men het onderwerp vindt en hoe frequent het ter sprake wordt gebracht, verkleind kunnen worden (Hees et al., 2017; Voermans, Van Peen, & Hengeveld, 2012). Om de dialoog te openen kunnen, bijvoorbeeld, proactief screenende vragen over seksueel functioneren zoals samenhang tussen aanmeldklacht en seksleven, negatieve seksuele ervaringen en eventuele problemen helpen (Van Lunsen, 2014). Hierbij is het van belang dat de hulpverlener een veilig klimaat schept, goed luistert en duidelijke taal gebruikt in afstemming met de patiënt. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de P (van *Permission*) van het PLISSIT-model (Annon, 1976); het niet-veroordelend bespreekbaar maken van het onderwerp door de hulpverlener met de boodschap: "Met mij kun je overal over praten". Dit kan een uitdaging zijn wanneer patiënten

antisociaal of grensoverschrijdend gedrag vertonen, zoals vaker voorkomt in de forensische ggz dan in de reguliere ggz. Aandacht voor hun eigen grenzen en gebruik maken van intervisie kan behandelaars hierbij helpen.

Omdat de mate waarin men in de opleiding over eigen seksualiteit gesproken heeft, correleerde met gemak om over seks te praten, zou een structureel opleidingsonderdeel hierover zorgprofessionals wellicht beter beslagen ten ijs kunnen laten komen. Hierbij is echter fijngevoeligheid geboden, omdat het bespreken van de eigen seksualiteit persoonlijker is dan het bespreken van seksualiteit in het algemeen en mogelijk een andere lading heeft. Aandacht voor eventuele trauma's en zorgbehoefte van opleidingsdeelnemers en adequate omgang daarmee is essentieel. Dit is ook geen overbodige luxe wanneer scholing niet specifiek ingaat op de eigen ervaring. De (bij)scholingsbehoefte van behandelaars komt duidelijk naar voren uit de resultaten van dit onderzoek. Door het organiseren of laten volgen van seksuologische psychoeducatie in de vorm van workshops of cursussen kunnen zorginstellingen hun medewerkers beter uitrusten om patiënten doeltreffende(re) hulpverlening te geven. Een korte verdieping in het onderwerp kan al verschil maken. Miller en Byers (2012) indiceren dat beknopte seksuele educatie het vertrouwen van psychologen kan verhogen om accuraat advies te geven en te behandelen op het gebied van seksualiteit. Door klinici bijvoorbeeld kennis te laten nemen van uiteenlopende seksuele opvattingen, hun eigen seksuele attitudes te laten onderzoeken en rollenspellen over ongemakkelijke onderwerpen te laten doen. Hordern en Street (2007) benadrukken het belang van dit soort (zelf)reflectie, het kritisch beschouwen van traditionele regels en dagelijkse aannames. Zij adviseren om een explorerende dialoog met patiënten aan te gaan en deze daarmee de kans te geven om meer informatie en ondersteuning te krijgen.

Naast het faciliteren van scholing, kunnen organisaties hun medewerkers ook ondersteunen door wat Bijzitter en collega's (2009) eerder adviseerden: het opnemen van een visie op seksualiteit in kwaliteitsbeleid. Op hun beurt zouden organisaties daarbij geholpen zijn wanneer zij kunnen terugvallen op nationaal beleid. Sinds Tiwana en collega's (2016) constateerden dat het hieraan schort, is het helaas nog steeds wachten daarop. Er is weliswaar een handreiking van GGZ Nederland voor het opstellen van een seksualiteits- en veiligheidsbeleid binnen ggz-instellingen (2015), maar deze is gericht op bescherming van patiënten voor seksuele intimidatie en seksueel misbruik in de ggz, niet op verbeteren van hun seksuele gezondheid.

Beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek

De selectiebias die Voermans, Van Peen en Hengeveld (2012) in hun onderzoek aanvoeren, is ook aan de orde in dit onderzoek. Het is plausibel dat vooral be-

handelaars die interesse hebben voor het onderwerp seksualiteit de enquête hebben ingevuld, waardoor de uitkomsten onvoldoende representatief zijn. Dat het responspercentage in de ZSGG-groep veel hoger was dan in de ZOV-groep is daar ook een indicatie van. Dit zou kunnen impliceren dat het belang dat aan het onderwerp seksualiteit wordt gehecht in werkelijkheid lager is. Dat zou echter de aanbeveling voor meer aandacht voor het onderwerp alleen maar versterken.

Een ander voorbehoud van deze studie zijn tekortkomingen in de enquêtevragen. De vraag over ervaring met het bespreken van de eigen seksualiteit in de opleiding, zou bijvoorbeeld aangevuld kunnen worden met een vraag naar ervaring met het praten over seksualiteit in het algemeen. Dit zou meer inzicht kunnen bieden of de toevoeging van zo'n persoonlijk aspect meerwaarde heeft. Ook was het nuttig geweest om te vragen hoeveel procent van de tijd behandelaars daadwerkelijk besteden aan het praten over seksualiteit. Opvattingen zijn immers niet per se consistent met gedrag (Haddock & Maio, 2004). Daarnaast zou inventarisatie bij andere ambulante en residentiële instellingen een uitgebreider beeld van de forensische ggz geven. Ook zou verspreiding van dezelfde vragen en vragen naar zorgbehoefte aan patiënten kunnen verhelderen hoe behandelaar- en patiëntperspectief zich tot elkaar verhouden en of er daadwerkelijk sprake is van ongemak bij patiënten. Ten slotte is onderzoek nodig om uit te zoeken of het adresseren van seks effectief impact heeft op recidive(risico) en daarmee relevant is als primair behandeldoel van de forensische ggz. De evidentie voor belang voor het secundaire behandeldoel (primair in de reguliere ggz), verbeteren van het algemene welzijn zoals speerpunt in het GLM, lijkt echter al ruimschoots voldoende om er (meer) aandacht aan te besteden (Mallion, Wood, & Mallion, 2020).

Conclusie

Het belang van het bespreken van seksualiteit in de (g)gz is wetenschappelijk onderbouwd en wordt erkend en onderschreven door zorgprofessionals. De daadwerkelijke implementatie in de behandelpraktijk wordt echter beperkt door onder andere aannames over de patiënt en onzekerheid over de eigen vaardigheden van de zorgverlener. In de forensische ggz lijkt het onderwerp nog minder belicht. Ook in onderhavig onderzoek blijkt het bespreken van seksualiteit eerder niet dan wel een vast onderdeel in de behandeling. Dit is spijtig omdat het nuttige informatie voor behandeldoelen en -inhoud kan opleveren, zowel in verband met risico's als welzijn.

Als seks en seksuele gezondheid structureel onderwerp zijn van gesprek in de behandelkamer als normale onderdelen van het leven, kan dit ten gunste komen aan de behandeling en stelt het misschien zowel patiënt als behandelaar meer op hun gemak. Onder het motto 'niet geschoten is altijd mis' is het niet informeren naar een belangrijk onderdeel van het leven een

gemiste kans en verdient het onderwerp seksualiteit een vaste plek in de intake. Dit hoeft niet veel (extra) tijd te kosten, met enkele simpele vragen kan nagegaan worden of het onderwerp relevant is voor de patiënt en verdere verkenning behoeft.

Literatuur

- Annon, J. (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioural Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1-15.
- Benoot, C., Enzlin, P., Peremans, L., & Bilsen, J. (2018). Addressing Sexual Issues in Palliative Care: A Qualitative Study on Nurses' Attitudes, Roles and Experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1583-94.
- Bijzitter, G., Drunen, P. van, Geerts, E., & Beusekom, I. van (2009). Tussen passie en taboe. Is de psychiatrie aan seks toe? *Sociale Psychiatrie*, 90, 23-32.
- Borms, R., & Vermeire, K. (2020). Spreken is goud: Seksuele gezondheid bespreekbaar maken met de Onder 4 Ogen methode. Ontwikkeling en implementatie bij huisartsen in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 44(3), 155-161.
- Brown, S.D., Reavey, P., Kanyeredzi, A., & Batty, R. (2014). Transformations of Self and Sexuality: Psychologically Modified Experiences in the Context of Forensic Mental Health. *Health*, 18(3) 240-260.
- Byers, E.S. (2011). Beyond the Birds and the Bees and Was It Good for You? Thirty Years of Research on Sexual Communication. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 52(1), 20-28.
- Bonta, J.L., & Andrews, D.A. (2016). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). New York, NY: Routledge.
- Brody, S. (2010). The Relative Health Benefits of Different Sexual Activities. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4/1), 1336-1361.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Dein, K.E., Williams, P.S., Volkonskaia, I., Kanyeredzi, A., Reavey, P., & Leavey, G. (2016). Examining Professionals' Perspectives on Sexuality for Service Users of a Forensic Psychiatry Unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 44, 15-23.
- Di Lorito, C., Tore, M., Wernli Kaufmann, R.A., Needham, I., & Völlm, B. (2020) Staff views around sexual expression in forensic psychiatric settings: a comparison study between United Kingdom and German-speaking countries, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31(2), 222-240.
- Diamond, L.M., & Huebner, D.M. (2012). Is Good Sex Good for You? Rethinking Sexuality and Health: Is Good Sex Good for You? *Social and Personality Psychology Compass*, 6(1), 54-69
- GGZ Nederland (2015). Handleiding voor het opstellen van een seksualiteits- en veiligheidsbeleid binnen ggz-instellingen. https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/d4411953-50ca-47bf-9412-f1b3015a2fd5/ggznl_handleiding-voor-het-opstellen-van-een-seksualiteits-en-veiligheidsbeleid-binnen-ggz-instellingen.pdf?ext=.pdf
- Haboubi, N.H.J., & Lincoln, N. (2003). Views of Health Professionals on Discussing Sexual Issues with Patients. *Disability & Rehabilitation*, 25(6), 291-296.
- Haddock, G., & Maio, G.R. (Eds.). (2004). *Contemporary perspectives on the psychology of attitudes*. New York: Psychology Press.
- Hees, P. J.M. van, Plas, A.A. van der, Ek, G.F. van, Putter, H., Den Oudsten, B.L., Ouden, M.E.M. den, & Elzevier, H.W. (2017). Discussing Sexuality with Patients with Parkinson's Disease: A Survey among Dutch Neurologists. *Journal of Neural Transmission*, 124(3), 361-68.
- Hooghe, M. (2012). Is Sexual Well-Being Part of Subjective Well-Being? An Empirical Analysis of Belgian (Flemish) Survey Data Using an Extended Well-Being Scale. *The Journal of Sex Research*, 49(2-3), 264-73.
- Hordern, A.J., Grainger, M., Hegarty, S., Jefford, M., White, V., & Sutherland, G. (2009). Discussing Sexuality in the Clinical Setting: The Impact of a Brief Training Program for Oncology Health Professionals to Enhance Communication about Sexuality. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 5(4), 270-277.
- Hordern, A.J., & Street, A.F. (2007). Let's Talk about Sex: Risky Business for Cancer and Palliative Care Clinicians. *Contemporary Nurse*, 27(1), 49-60.
- Kedde, H. (2012). Seksuele Disfuncties in Nederland; Prevalentie en Samenhangende Factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2),98-108.
- Lindau, S., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*, 340, c810.
- Mallion, J.S., Wood, J.L., & Mallion, A. (2020). Systematic review of 'Good Lives' assumptions and interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 55, 101510.
- Miller, S.A., & Byers, E.S. (2012). Practicing Psychologists' Sexual Intervention Self-Efficacy. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 1041-50.
- Quinn, C., & Happell, B. (2015). Sex on show. Issues of privacy and dignity in a Forensic mental health hospital: Nurse and patient views. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2268-2276.
- Rosen, R.C., (2000). Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Men and Women. *Current Psychiatry Reports*, 2(3), 189-195.
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing Sexuality with Patients: Nurses' Attitudes and Beliefs: Discussing Sexuality with Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-16.
- Simons, J.S., & Carey, M.P. (2001). Prevalence of Sexual Dysfunctions: Results from a Decade of Research. *Archives of Sexual Behavior*, 30(2), 177-219.
- Stempleman, L.M. (2016). Physician-Patient Communication About Sexual Functioning in Patients with Multiple Sclerosis. *Sexuality and Disability*, 34(3), 239-254.
- Tiwana, R., McDonald, S., & Völlm, B. (2016). Policies on Sexual Expression in Forensic Psychiatric Settings in Different European Countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 1-11.
- Van Lunsen, R. (2014). Praten over seks In: Leusink P, Ramakers M (red) Handboek seksuele gezondheidszorg. Probleemgeoriënteerd denken en handelen. Koninklijke Van Gorcum BV. Assen.
- Verrastro, V., Saladino, V., Petruccelli, F., & Eleuteri, S. (2020). Medical and Health Care Professionals' Sexuality Education: State of the Art and Recommendations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2186.
- Voermans, J.M., Peen, H.L. van, & Hengeveld, M.W. (2012). Het bespreken van seksuele problemen door psychiaters en aiossen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 9-16.
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7(5), 513-528.
- Wylie, K.R., Steward, D., Seivewright, N., Smith, D., & Walters, S. (2002). Prevalence of Sexual Dysfunction in Three Psychiatric Outpatient Settings: A Drug Misuse Service, an Alcohol Misuse Service and a General Adult Psychiatry Clinic. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(2), 149-160.

Summary

Sex and sexual health as topics in an outpatient forensic psychiatric treatment setting

Despite many indications for the positive connection between sexual health and quality of life, proactive addressing of sexual functioning appears to be rare in (mental) health care. This study aimed to determine whether this is also the case for the specific setting of Dutch outpatient forensic mental health care. In the present study, therapists from a forensic psychiatric outpatient clinic (N = 149) were asked, amongst

other things, how important they consider the topic of sexuality, to what extent they feel comfortable discussing sexuality and whether it is a regularly recurring topic in their treatment and peer consultation. Two groups of practitioners were compared: those treating people who committed sexual offenses (ZSGG) versus those treating people who committed other types of offenses (ZOV). ZSGG practitioners scored the importance of their ease with and the frequency in treatment and peer consultation of addressing sex higher than the ZOV practitioners. Only 26.8% of the total sample discussed sexuality as a standard part of treatment. The most frequently cited threshold was patient discomfort (57%). Practitioners indicated a need for additional training concerning general sexological knowledge. Feeling comfortable with discussing sexuality was positively associated with age, work experience and a sense of ability. The results support the idea that little attention is paid to the topic of sexual health and indicate the importance of strengthening the skills of practitioners in outpatient forensic mental health care.

Keywords: forensic mental health care, communication, sexuality, patient, therapist

Trefwoorden: forensische ggz, communicatie, seksualiteit, patiënt, therapeut

Androgeen deprivatie therapie bij mannen die een zedendelict pleegden: wanneer en hoe af te bouwen, te wijzigen of te stoppen?

Inge Jeandarme^{1,2}, Sophie Verschueren¹, Hein Bokern³, Jan De Laender⁴, Jacques Lucieer⁵, Philippe Marcq⁶, Guy T'Sjoen⁷, Jelle Troelstra⁸, Dirk Van de Putte¹, Bieke Van Haecke⁹, Dirk Vanderschueren², & Luk Gijs²

¹Psychiatrisch centrum Asster, België

²Katholieke Universiteit Leuven, België

³FPC dr. S. van Mesdag, België

⁴OPZC Rekem, België

⁵FPC De Kijvelanden, België

⁶Ziekenhuis Maas en Kempen, België

⁷Universitair Ziekenhuis Gent, België

⁸Van der Hoevenkliniek, Nederland

⁹Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia, België

Samenvatting

Androgeen deprivatie therapie (ADT) is een waardevolle aanvulling bij psychotherapeutische behandelingen bij mannen met een parafiele stoornis en een verhoogd risico op recidive. De behandeling kan echter gepaard gaan met hinderlijke tot ernstige bijwerkingen. Ook wordt het vrijwillige karakter van de noodzakelijke geïnformeerde toestemming van de patient in vraag gesteld. In de praktijk leidt dit tot vragen om ADT te stoppen, te verminderen dan wel te wijzigen. De literatuur biedt echter weinig concrete richtlijnen met betrekking tot de beoogde behandelduur. Het doel van deze studie is het ontwikkelen van een consensus-based richtlijn inzake de besluitvorming tot aanpassing van ADT bij mannen met een parafiele stoornis. Aan de hand van de gemodificeerde Delphi-methode werden in drie rondes experts bevroegd over de ideale behandelduur van ADT. De criteria van de COSTLow-R schaal werden beoordeeld op hun bruikbaarheid en relevantie in het kader van stopzetting dan wel wijziging van ADT. Aanbevelingen zijn gevormd op basis van de mate van consensus tussen de experts. Er werd geen consensus bereikt omtrent de vereiste minimale behandelduur, maar de experts waren het er wel over eens dat er geen maximum duur is. Stopzetting is gerechtvaardigd bij het ontstaan van ernstige onbehandelbare bijwerkingen en bij het intrekken van toestemming door de patient. Psychiaters hebben de eindbeslissing over het stopzetten dan wel wijzigen van ADT. Voor het merendeel van de criteria van de COSTLow-R schaal die gebruikt kan worden ter onderbouwing van deze beslissing vonden de psychiaters in de huidige studie sterke of zwakke consensus. Drie extra criteria werden aan de lijst toegevoegd. Bij gebrek aan een empirische validering, is een richtlijn gebaseerd op een transparante overeenstemming een eerste stap in een betere onderbouwing van de besluitvorming tot aanpassing van ADT.

Prof. Dr. Inge Jeandarme is hoofddocent KUL vakgroep rechten en criminologie, en is forensisch psychiater in PC Asster.

Sophie Verschueren is seksuoloog en wetenschappelijk onderzoeker in PC Asster.

Dr. Hein Bokern is psychiater n.p. en voorheen FPC Dr. S. van Mesdag.

Dr. Jan De Laender is forensisch psychiater en beleidspsychiater forensisch zorgcircuit in OPZC Rekem.

Dr. Jacques Lucieer is psychiater en voormalig geneesheer-directeur FPC de Kijvelanden.

Philippe Marcq is consultant congenitale en reproductieve endocrinologie in de dienst endocrinologie UZ Leuven en medisch diensthoofd endocrino-diabetologie in ZOL campus Maas en Kempen te Maaseik.

Prof. Dr. Guy T'Sjoen is hoogleraar UGent vakgroep geneeskunde en is endocrinoloog bij Dienst endocrinologie en stofwisselingszieken, en Centrum voor Seksuologie en Gender, UZ Gent.

Dr. Jelle Troelstra is psychiater en Opleider Psychiatrie,forensische psychiatrie.

Dirk Van de Putte is psychiater n.p. en voorheen PC Asster.

Dr. Bieke Van Haecke is psychiater Kliniek voor Forensische Psychiatrie/Forensisch Psychiatrisch Verzorgingstehuis in PZ Sint-Lucia.

Prof. Dr. Dirk Vanderschueren is Gewoon hoogleraar KU Leuven, vakgroep geneeskunde en Kliniekhoofd endocrinologie UZ Leuven.

Prof. dr. Luk Gijs, psycholoog, is universitair hoofddocent aan het Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

Correspondentieadres: ingeborg.jeandarme@telenet.be

Ontvangen: 21 oktober 2020; geaccepteerd: 19 augustus 2021

Om de intensiteit en frequentie van deviante fantasieën te verminderen en het risico op zedendelicten te verminderen kunnen hormonale behandelingen of androgeen deprivatie therapie (ADT) worden gebruikt. ADT omvat zowel de antiandrogenen medroxyprogesteron acetaat (MPA; Depo-Provera®)¹ en cyproteron acetaat (CPA; Androcur®) als de Luteïniserend Hormoon Releasing Hormoon-agonisten (LHRH-agonisten) zoals triptoreline (Salvacyl®).

Door het testosterongehalte te verlagen tot een pre-pubertair niveau bewerkstelligt ADT een verminderde gevoeligheid voor seksuele stimuli. Onder ADT worden - in meestal ongecontroleerde studies (zoals bij fysieke castratie) - sterk verminderde recidives vastgesteld; bijvoorbeeld 1 tot 2% bij het gebruik van een LHRH-agonist en dat is aanzienlijk minder dan de recidivecijfers zonder deze behandeling (13.7%) of met alleen een psychologische behandeling (10.1%) (Thibaut et al., 2020; vergelijk Schmucker & Lösel, 2015). Enkel bij personen met een parafiele stoornis en/of hyperseksualiteit en een matig of hoog recidiverisico is ADT geïndiceerd (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2019). Niet alle zedendelinquenten hebben immers een parafiele stoornis of met andere woorden een deviante seksuele voorkeur (zoals pedofilie). In 2011 werden in Duitsland 10.6% van de 611 zedendelinquenten met een parafiele stoornis behandeld met een LHRH-agonist en 5.1% met CPA (Turner, Basdekis-Jozsa, & Briken, 2013). Ondanks het voordeel van een dosisafhankelijk effect bij CPA, gaat de voorkeur bij Nederlandstalige experts in een recent uitgevoerde studie eerder uit naar LHRH-agonisten (Verschuere et al., 2021); volgens 86.6% van de respondenten uit deze studie geven LHRH-agonisten in vergelijking met CPA een sterkere daling van de frequentie en intensiteit van deviante seksuele fantasieën en verlangens.

ADT is een medische behandeling waarmee de patiënt vrijwillig instemt. In sommige gevallen gebeurt dit op expliciete vraag van een patiënt met bijvoorbeeld een hoge lijdensdruk tengevolge van zich opdringende deviante fantasieën. In het kader van een justitieel opgelegde behandeling, kan het vrijwillige karakter van deze instemming echter betwist worden; het betreft dan een drangbehandeling omdat bijvoorbeeld bij weigering een gevangenisstraf het enige alternatief is (Cosyns & Vander Laenen, 2020; Gooren, 2011). Sommige patiënten ervaren ADT dan ook niet als een vrije keuze maar als het 'minste van twee kwaden', en geven aan na afloop van hun justitiële voorwaarden ermee te willen stoppen (Boons, Jeandarme, & Vervaeke, 2021). In de praktijk ontstaat er vaak spanning tussen enerzijds de wensen van de patiënt die aandringt op stopzetting omdat hij de onderdrukking van het seksuele verlangen als zodanig als negatief ervaart en/of bijwerkingen ervaart en anderzijds de behandelaar die het risico op nieuwe slachtoffers tracht te verminderen

via ADT (zie ook Berends, Meijer, & Neven, 2021). Bij gebrek aan duidelijke richtlijnen en empirische evidentie, staat de clinicus voor dilemma's. Wanneer en onder welke omstandigheden kan ADT afgebouwd, gewijzigd of gestopt worden? Briken, Bradford, Cosyns en Thibaut (2015) ontwikkelden op basis van hun uitgebreide klinische ervaring de *Change or Stop Testosterone Lowering Medications-Scale* (COSTLow-Scale) als hulpmiddel bij deze besluitvorming. De tien factoren van de COSTLow schaal werden getest op bruikbaarheid en relevantie, hetgeen resulteerde in een gereviseerde versie (COSTLow-R; Briken et al., 2019) met 15 factoren, die vijf thema's omvatten: leeftijd en duur van de behandeling, therapeutische alliantie, psychopathologie en risicofactoren, motivatie, therapietrouw en mate van externe controle. In de hier gerapporteerde empirische studie werd de Nederlandse vertaling van deze schaal gevalideerd via een bevraging bij Nederlandstalige psychiaters werkzaam in de forensisch psychiatrische sector. De Delphi-methode die hierbij werd toegepast, is geschikt gelet op de beperkte evidentie die er bestaat over dit thema (Hsu & Sandford, 2007). De studie beoogt meer algemeen een consensus-based richtlijn te ontwikkelen inzake de besluitvorming tot aanpassing van ADT bij mannen met een parafiele stoornis.

Opvolging en behandelduur van ADT

De complexiteit van ADT vereist een multidisciplinaire benadering. Voor de opvolging van het behandel-effect en psychiatrische bijwerkingen kunnen psychiaters samenwerken met psychologen en/of seksuologen. Een nauwgezette somatische opvolging is daarnaast noodzakelijk wegens het risico op bijwerkingen (zoals osteoporose, gewichtstoename en borstvorming) die in sommige gevallen erg hinderlijk kunnen zijn (Gijs & Gooren, 1996). Het Belgische Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2006) stelde ons inziens terecht dat specialistisch endocrinologisch advies nodig is bij de opstart van ADT, ook al blijft de psychiater eindverantwoordelijk voor de indicatiestelling, de geïnformeerde toestemming en de opvolging (indien nodig met hulp van een consulent-endocrinoloog). In België is de terugbetaling gekoppeld aan zowel de psychiatrische als de somatische opvolging. In Nederland is dit verrassend genoeg niet het geval, waardoor Nederlandse psychiaters in de praktijk vaak ook de somatische opvolging voor hun rekening nemen (Verschuere et al., 2021).

Over de optimale behandelduur van ADT bestaat weinig consensus (Cooper, 1986; Gijs & Gooren, 1996; Thibaut et al., 2020). De meest recente versie van de richtlijn van de *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* (WFSBP; Thibaut, et al., 2020) inventariseert in een omvattende review 62 studies (1969 - 2018) inzake het gebruik van CPA en LHRH-agonisten bij zedendelinquenten (waaronder 35 case reports en 27 open en gecontroleerde studies) en concludeert op basis hiervan dat er weinig bekend is over bijwerkingen op lange termijn gezien de meeste studies eerder

¹ In Vlaanderen en Nederland niet gebruikt voor deze indicatie.

een beperkte follow-up periode (minder dan één jaar bij CPA en minder dan twee jaar bij LHRH-agonisten) bestrijken. Er wordt geadviseerd om mensen met een milde parafiele stoornis (zoals exhibitionisme of pedofilie zonder slachtoffers) minimum twee jaar te behandelen en personen met een hoog risico op seksueel agressief gedrag minimaal vijf jaar of langer (Thibaut et al., 2020). Hierbij dient opgemerkt te worden dat het in de praktijk niet altijd makkelijk zal zijn om te differentiëren tussen een milde, matige of ernstige parafiele stoornis. Volgens Thibaut en collega's (2020) kan een gradatie van mild tot zeer ernstig gemaakt worden aan de hand van de aanwezigheid van slachtoffers, het aantal slachtoffers, de leeftijd van de slachtoffers en de mate van victimisatie. Ook deze formulering is echter voor interpretatie vatbaar. Aangezien parafiele stoornissen veelal gezien worden als chronische aandoeningen (Mokros & Habermeyer, 2016), en ADT weliswaar resulteert in een daling van de seksuele interesse maar de inhoud ervan in principe niet verandert, kan men argumenteren dat ADT best zo lang mogelijk gecontinueerd wordt. Een gezichtspunt dat ondersteund wordt door de vaststelling dat na stopzetting van een LHRH-agonist, er in 60 tot 90% van de gevallen een heropflakking was in parafiele fantasieën (Thibaut et al., 2020). Ook Cooper (1981) rapporteerde een significante stijging in seksuele interesse vier weken na stopzetting van CPA. Toch meent Fedoroff (2018) dat er niet zomaar vanuit gegaan mag worden dat parafiele stoornissen chronische aandoeningen zijn. Het onderzoek van Müller en collega's (2014) toonde met penisplethysmografie aan dat ongeveer de helft van de 43 behandelde pedofielen na zes maanden een stijging in seksuele opwindning vertoonde voor volwassen stimuli en een reductie voor pedofiele stimuli. In een systematische review concludeerden Turner en Briken (2018) verder dat er aanwijzingen zijn dat LHRH-agonisten, anders dan CPA, effecten hebben op hersenregio's die betrokken zijn bij de emotionele evaluatie van parafiele stimuli. Hoewel dit een interessante bevinding is, is er vooralsnog geen empirisch onderzoek die deze conclusie bevestigt. Na stopzetting van een LHRH-agonist moet volgens sommige auteurs daarenboven rekening gehouden worden met het *flare-up* effect, dat is een tijdelijke verhoging van de testosteron waarden vooraleer deze terug normaliseren (Huygh et al., 2015; Koo et al., 2013). Thibaut en collega's (2020) adviseren om een LHRH-agonist niet onmiddellijk te stoppen, maar eerst over te schakelen naar CPA en in elk geval de psychotherapeutische behandeling niet te onderbreken.

Method

De huidige studie maakt deel uit van een onderzoek naar de somatische en psychiatrische opvolging van ADT bij mannen met een parafiele stoornis, waaraan 22 Vlaamse en Nederlandse experts deelnamen. Het onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van UZ/KU Leuven op 27 februari 2019. In Vlaanderen

namen negen psychiaters deel (zeven verbonden aan high of medium security residentiële centra en twee aan low security ambulante forensische (referentie) zorginstellingen voor de behandeling van personen met een parafiele stoornis). In Nederland werden de 19 forensisch psychiatrische centra (beveiligingsniveau 4¹) en forensisch psychiatrische klinieken (beveiligingsniveau 3) benaderd, waarna zeven psychiaters instemden tot deelname. Bij 11 van deze forensische centra werd er voor de somatische opvolging (soms) samengewerkt met endocrinologen of urologen. Zes van deze somatisch specialisten accepteerden de uitnodiging tot deelname. Alle experts hadden ervaring met het voorschrijven en opvolgen van ADT. Hun sociodemografische gegevens worden weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristieken van totale steekproef (N = 22)

Variabelen	n	%
Leeftijd (in jaren)		
<i>(M = 51.3, range = 32-70, SD = 10.0)</i>		
< 40	2	9.1
40-49	9	40.9
50-59	6	27.3
> 60	5	22.7
Geslacht		
Man	17	77.3
Vrouw	5	22.7
Beroep		
Psychiater	16	72.7
Endocrinoloog	5	22.7
Uroloog	1	4.5
Land		
België (Vlaanderen)	14	63.6
Nederland	8	36.4
Aantal jaren ervaring in eigen specialisme		
<i>(M = 19.9, range = 1.5-43.0, SD = 10.4)</i>		
1-10	4	18.2
11-20	10	45.5
21-30	5	22.7
31-40	2	9.1
> 40	1	4.5
Aantal patiënten onder ADT opgevolgd		
1-5	3	13.6
6-10	3	13.6
11-20	4	18.2
21-50	7	31.8
51-100	2	9.1
101-150	2	9.1
151-200	1	4.5
> 200	0	0

¹ Nederland kent vier verschillende beveiligingsniveaus van zeer laag tot zeer hoog. Voorzieningen waar tbs-gestelden verblijven tot aan de transmurale verloffase zijn bijvoorbeeld hoog beveiligd: een Forensisch Psychiatrisch Centrum (beveiligingsniveau 4) en een Forensische Psychiatrische Kliniek (beveiligingsniveau 3). Er is in deze gevallen sprake van een gesloten setting met geringe of zeer geringe bewegingsvrijheid.

De hier gerapporteerde empirische deelstudie beoogde de inhoudsvaliditeit van de COST-Low-schaal te onderzoeken door een expertenpanel aan te wenden (Bolarinwa, 2015). Bovendien werd er getracht bij te dragen aan de Nederlandse vertaling van deze schaal met een bevraging bij Nederlandstalige psychiaters werkzaam in de forensisch psychiatrische sector. Een gemodificeerde Delphi-methodiek (combinatie van open vragen en gesloten stellingen) werd gebruikt teneinde consensus te bereiken (Hsu & Sandford, 2007). De stellingen werden beantwoord via een vijfpunts-Likertschaal. De bevraging werd verspreid via *Lime-survey* en geanalyseerd via het statistisch programma SPSS, versie 21. De mate van consensus werd berekend aan de hand van beschrijvende analyses. Er werd een onderscheid gemaakt tussen sterke en zwakke consensus (Grade working Group, 2004), waarbij voor het bepalen van sterke consensus gekozen werd voor een strenge consensusregel met 75% overeenkomst vereist (Hsu & Sanford, 2007) (Tabel 2). De Delphi-methodiek die hierbij werd toegepast is geschikt gelet op de beperkte evidentie die er bestaat over dit thema. Op basis van welke criteria consensus bepaald wordt in een Delphi studie is vatbaar voor discussie, aangezien hier geen officiële richtlijnen voor bestaan. Echter wordt de consensusregel van Keeney en collega's (2006) frequent gehanteerd, waarbij een overeenkomst van 75% wordt opgelegd. Voorzichtigheidshalve werd in de huidige studie gekozen voor een gelijkaardige conservatieve consensusregel (Hsu & Sandford, 2007). Voorliggend onderzoeksthema kan namelijk als belangrijk beschouwd worden wegens de grote impact die de beslissing heeft op het mentale en fysieke welzijn van een individu. Bij een consensus *cut-off* van bijvoorbeeld 51% kunnen de gebruikers van de vragenlijst in de praktijk de geldigheid ervan in vraag stellen en zijn ze minder geneigd deze te volgen (Keeney, et al. 2006). Aangezien Briken en collega's (2019) een meer liberale benadering hanteerden om consensus te bepalen, wordt er verwacht dat items met een lagere mate van consensus in hun studie, niet geïnccludeerd kunnen worden in de schaal op basis van de criteria in huidige studie.

De volgende vragen werden voorgelegd aan alle experts:

- Bestaat er een minimum en/of maximum behandelduur van ADT?*
- Moet ADT gestopt worden bij ernstige bijwerkingen die onbehandelbaar zijn?*
- Moet ADT gestopt worden indien de patiënt geen toestemming meer verleent?*
- Onder welke voorwaarden kan ADT gestopt, afgebouwd of gewijzigd worden?*
- Moet in geval van stopzetting, ADT afgebouwd worden of onmiddellijk beëindigd worden?*
- Wie bepaalt stopzetting van ADT?*

De 15 criteria met betrekking tot de COSTLow-R schaal werden enkel voorgelegd aan de psychiaters, waarbij gevraagd werd de relevantie en bruikbaarheid bij het veranderen of stopzetten van ADT te beoordelen op een vijfpunts-Likertschaal (i.e., 'helemaal niet bruikbaar/relevant' tot 'zeer bruikbaar/relevant'). In de klinische praktijk volgt de COSTLow-R schaal de principes van het gestructureerd klinisch oordeel, waarbij de factoren beoordeeld worden op hun (mogelijke) aanwezigheid en individueel gewogen worden tot een klinisch eindoordeel: ADT wordt gewijzigd, ADT wordt gestopt, dosis ADT wordt verminderd of ADT wordt gecontinueerd. Er is geen cut-off score, maar een hogere score resulteert in een beter onderbouwd besluit (2 = relatief veilig, 1 = niet zeker/mogelijk geïndiceerd, 0 = niet veilig) tot wijziging of stopzetting van ADT.

Resultaten

Met één uitzondering namen alle 22 uitgenodigde experts deel aan de drie rondes; elf experts becommentarieerden in de bijkomende feedbackronde de ontwikkelde richtlijn. Alle experts waren van mening dat er geen maximumduur gesteld mag worden en het bijgevolg mogelijk moet zijn om iemand levenslang met ADT te behandelen. De meerderheid (68.8%) vond een minimumduur daarentegen wel noodzakelijk, maar er

Tabel 2. Criteria voor het indelen van de consensus-based aanbevelingen

Graad	Beschrijving	Percentage	Mediaan	IQR ^a
A	Sterke consensus	≥ 75%: ≥ 4 of ≥ 75%: ≤ 2	≥ 4 of ≤ 2	≤ 1
B	Zwakke consensus	≥ 75%: ≥ 4 of ≥ 75%: ≤ 2 60.0% ≤ x < 75.0%: ≥ 4 of 60.0% ≤ x < 75.0%: ≤ 2	≥ 4 of ≤ 2 ≥ 4 of ≤ 2	> 1
C	Geen consensus	60.0% ≤ x < 75.0%: ≥ 4 of 60.0% ≤ x < 75.0%: ≤ 2 < 60%: ≥ 4 of < 60%: ≤ 2	< 4 of > 2	

^aIQR = interkwartielafstand

¹ De hoogte van de score op de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 2003) geeft een indicatie van de mate waarin psychopathische kenmerken aanwezig zijn. De maximale score op de PCL-R bedraagt 40. De cut-off score om van psychopathie te spreken ligt volgens Hare (2003) op 30. In Europa wordt een score van 25 of meer als indicatief voor psychopathie aanzien (Cooke & Michie, 1999). Een hoge score is geassocieerd met herval in algemene en geweldsdelicten, ook bij zedendelinquenten.

was geen consensus over de precieze duur hiervan. In de eerste ronde werd een minimum duur van twee jaar het vaakst (50%) gerapporteerd. In de derde ronde werd er slechts bij 56.9% hierover consensus bereikt; een derde (33.3%) reageerde neutraal en 9.5% gaf aan niet akkoord te zijn met deze stelling. Alle experts vonden dat ADT onmiddellijk dient gestopt te worden bij het optreden van ernstige bijwerkingen (bijvoorbeeld ernstige anemie) en wanneer de patient niet langer instemt met de behandeling. Een geleidelijke afbouw van ADT had de voorkeur boven een onmiddellijk stopzetting, zodat (zelfs subtiele) heropflakkingen van seksuele verlangens tijdig kunnen opgemerkt worden. De meeste experts (95.5%) vonden dat de behandelduur dient te worden bepaald door de behandelend psychiater; 4.5% reageerde neutraal op deze stelling.

Tabel 3 geeft in detail weer in welke mate en in welke ronde door de psychiaters consensus bereikt werd met betrekking tot de criteria voor afbouw dan wel stopzetting van ADT. Over negen van de 15 COSTLow-R criteria werd sterke en over drie zwakke consensus bereikt zowel qua relevantie als qua bruikbaarheid. Over het criterium 'Duur hormonale behandeling met minimaal twee jaar voldoende effect' werd sterke consensus bereikt voor relevantie maar zwakke consensus voor bruikbaarheid. Over de criteria 'PCL-R¹ score < 25' en 'leeftijd > 45 jaar' reageerde ongeveer de helft van de psychiaters neutraal op beide aspecten en werd er bijgevolg geen consensus bereikt. Toch vond bijna de helft (46.7%) een lage PCL-R score wel een goed criterium om mee te betrekken in de besluitvorming. Een oudere leeftijd was volgens 26.7% een (erg) bruikbaar en (erg) relevant criterium. Op de open vraag aan welke criteria een patiënt moet voldoen om stopzetting van ADT te overwegen, waren de antwoorden van de experts genuanceerd. Zij vonden deze vraag erg belangrijk, maar benadrukten dat een beslissing tot stopzetting zorgvuldig moet afgewogen worden, en dit enkel na een langdurige stabiele periode zowel op seksueel (fantasieën onder controle) als op gedragsmatig (geen delictgedrag) vlak. Naast een laag algemeen recidiverisico, werd ook het belang van therapietrouw, voldoende probleembesef, een beschermend netwerk en stabiele levensomstandigheden benadrukt. Op basis van de antwoorden op deze open vraag werden in de tweede en derde ronde drie bijkomende criteria gesuggereerd om toe te voegen aan de COSTLow-R schaal, waarvan er door de psychiaters uiteindelijk twee in sterke mate als bruikbaar en relevant werden weerhouden: 'stabiliteit in woon- en werksituatie' en 'voldoende probleembesef'. Verder werd 'geen recente delicten' als zwakke aanbeveling toegevoegd.

Discussie

Net zoals dit het geval is bij de indicatiestelling tot ADT, geeft de wijziging of stopzetting ervan aanleiding tot discussie. Inmiddels is er een instrument ontwikkeld, de COSTLow-R schaal, waarmee de noodzaak om ADT

te minderen, aan te passen dan wel stop te zetten kan worden geïnventariseerd. Deze schaal werd op basis van de klinische expertise van een aantal, hoofdzakelijk Duitse experts, ontwikkeld. Met de huidige studie wilden wij de bruikbaarheid en relevantie van de schaal testen bij Nederlandstalige psychiaters met uitgebreide ervaring in het voorschrijven van ADT. Voor zover ons bekend, betreft het hier de eerste onafhankelijke validatiestudie naar deze schaal.

Vooraleer in te gaan op de specifieke factoren in de COSTLow-R schaal, werd eerst gepolst naar de ideale behandelduur van ADT. De experts in de huidige studie bereikten geen consensus omtrent de ideale minimale behandelduur, terwijl meer dan de helft het erover eens was dat ADT minimaal twee jaar moet gegeven worden. Aangezien de meeste studies aangeven dat er een heropflakking ontstaat in parafiele fantasieën en interesse na stopzetting van ADT, kan twee jaar als een eerder korte periode beschouwd worden. De WFSBP adviseert om in geval van een hoog recidive risico de behandeling minimaal vijf jaar te continueren (Thibaut et al., 2020). De empirische onderbouwing van dit advies is echter beperkt, omdat in veel studies follow-up recidive cijfers ontbreken en er derhalve niet is aangetoond dat een heropflakking in deviante fantasieën altijd leidt tot meer recidives. Ten tweede werden in de huidige studie de experts bevestigd naar randvoorwaarden, die leiden tot de noodzaak om ADT onmiddellijk te stoppen. Voor twee voorwaarden, die ook reeds door Briken en collega's (2018) werden geformuleerd, werd in de huidige studie consensus bereikt. Ten eerste dient ADT gestopt te worden indien er ernstige bijwerkingen optreden die zonder onderbreking moeilijk tot niet behandelbaar zijn (bijvoorbeeld ernstige osteoporose, anemie, trombo-embolie). Ten tweede is de geïnformeerde toestemming van de patiënt ten allen tijden vereist en moet bij het intrekken van deze toestemming ADT gestopt worden. Het wordt in deze context opgemerkt door de participerende experts dat het aan de patiënt zelf is om na de start van ADT aan te geven dat hij niet meer akkoord is met deze behandeling. Gelet op de complexiteit van de geïnformeerde toestemming binnen een justitieel kader, is het minimaal de taak van de behandelend arts om de patiënt zowel voor als tijdens behandeling voldoende en op een verstaanbare wijze te informeren (Boons et al., 2021; Knack, Chandler, & Fedoroff, 2020). Als een hulpmiddel hierbij kunnen de informatiefolders voor patiënten, die ontwikkeld werden in Psychiatrisch Centrum Assster in samenwerking met UZ Leuven, gebruikt worden¹.

Ten derde werd bevestigd onder welke andere omstandigheden het veilig geacht wordt om ADT af te bouwen, te verminderen of te stoppen. Ook zonder dat er sprake is van ernstige bijwerkingen of afwezigheid van toestemming, is er immers vaak weerstand bij pati-

¹ Deze brochures (met een aparte versie voor verstandelijk beperkte personen) zijn op verzoek te verkrijgen.

Tabel 3. Samenvatting van de mate van consensus met betrekking tot de criteria voor afbouw of stopzetting van ADT, gebaseerd op de COSTLow-R schaal (Briken et al., 2019)

	RONDE	PERCENTAGE					MED	IQR	CONSENSUS	
		1	2	3	4	5				
Leeftijd en duur behandeling										
1	Leeftijd > 45 jaar									
	Bruikbaarheid	3	6.7	13.3	53.3	20.0	6.7	3.0	1.0	Geen
	Relevantie	3	6.7	13.3	53.3	20.0	6.7	3.0	1.0	Geen
2	Duur hormonale behandeling met minimaal 2 jaar voldoende effect									
	Bruikbaarheid	3	0	0	33.3	60.0	6.7	4.0	1.0	Zwak
	Relevatie	2	0	0	25.0	56.3	18.8	4.0	0.75	Sterk
Therapeutisch alliantie										
3	Betrouwbare hulpverleningsrelatie voor start ADT									
	Bruikbaarheid	3	0	0	26.7	60.0	13.3	4.0	1.0	Zwak
	Relevantie	3	0	13.3	26.7	53.3	6.7	4.0	1.0	Zwak
4	Psychotherapeutische behandeling was mogelijk voor start ADT									
	Bruikbaarheid	3	0	0	33.3	60.0	6.7	4.0	1.0	Zwak
	Relevantie	3	0	0	26.7	66.7	6.7	4.0	1.0	Zwak
5	Openheid over seksuele interesse en activiteit voor ADT en stijging tijdens									
	Bruikbaarheid	1	0	0	6.3	56.3	37.5	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	1	0	0	12.5	37.5	50.0	4.5	1.0	Sterk
Psychopathologie en risicofactoren										
6	Geen hyperseksuele stoornis of seksuele preoccupatie									
	Bruikbaarheid	1	6.3	0	12.5	43.8	37.5	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	1	0	0	6.3	50.0	43.8	4.0	1.0	Sterk
7	Lage mate geweld in parafolie (bijv. geen sadistische-homicidale fantasieën)									
	Bruikbaarheid	3	0	0	6.7	80.0	13.3	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	2	0	0	12.5	56.3	31.3	4.0	1.0	Sterk
8	Substantiële daling van de ernst van de parafolie/parafiele stoornis									
	Bruikbaarheid	1	0	0	18.8	50.0	31.3	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	1	0	0	6.3	62.5	31.3	4.0	1.0	Sterk
9	PCL-R score < 25									
	Bruikbaarheid	3	0	0	53.3	46.7	0	3.0	1.0	Geen
	Relevantie	3	0	6.7	46.7	46.7	0	3.0	1.0	Geen
10	Geen acute ernstige psychopathologie (psychotisch, manisch, hoog impulsief)									
	Bruikbaarheid	3	0	13.3	26.7	60.0	0	4.0	1.0	Zwak
	Relevantie	3	0	13.3	26.7	46.7	13.3	4.0	1.0	Zwak
11	Geen acuut hoog-risico									
	Bruikbaarheid	1	6.3	6.3	6.3	50.0	31.3	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	2	0	0	12.5	56.3	31.3	4.0	1.0	Sterk
Motivatie										
12	Verlangen niet-parafiele seksualiteit waaronder intimiteit (incl. kindervens)									
	Bruikbaarheid	3	0	0	20.0	73.3	6.7	4.0	0	Sterk
	Relevantie	2	0	0	25.0	75.0	0	4.0	0.75	Sterk
13	Bereidheid van patiënt om over te stappen op andere medicatie (GnRH-agonist→CPA oraal →SSRI)									
	Bruikbaarheid	1	0	14.3	7.1	64.3	14.3	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	2	0	8.3	16.7	75.0	0	4.0	0.75	Sterk
Therapietrouw en mate van controle										
14	Medewerking opvolging effecten en de bijwerkingen									
	Bruikbaarheid	1	0	0	6.3	50.0	43.8	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	1	0	0	12.5	43.8	43.8	4.0	1.0	Sterk
15	Voldoende supervisie en controle (indien nodig) of geen toegang slachtoffers									
	Bruikbaarheid	1	0	0	12.5	43.8	43.8	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	1	0	0	6.3	43.8	50.0	4.5	1.0	Sterk
Extra variabelen										
16	Stabiliteit in woon- en werksituatie									
	Bruikbaarheid	3	6.7	0	6.7	80.0	6.7	4.0	0	Sterk
	Relevatie	3	6.7	0	6.7	73.3	13.3	4.0	0	Sterk
17	Voldoende probleembesef									
	Bruikbaarheid	3	0	6.7	6.7	80.0	6.7	4.0	0	Sterk
	Relevatie	3	0	6.7	6.7	73.3	13.3	4.0	0	Sterk
18	Geen recente delicten									
	Bruikbaarheid	3	0	0	33.3	46.7	20.0	4.0	1.0	Zwak
	Relevatie	3	0	0	33.3	40.0	26.7	4.0	2.0	Zwak

Noot: 1 = helemaal niet akkoord; 2 = niet akkoord; 3 = neutraal; 4 = akkoord; 5 = helemaal akkoord

enten om ADT langdurig te continueren. Vele patiënten met een parafiele stoornis geven aan dat hun parafiele interesses sterk verminderd of verdwenen zijn (Fedoroff, 2018). De vraag is in hoeverre deze beweringen sociaal wenselijk zijn. Het is volgens de meerderheid van de experts (95.5%) aan de behandelend psychiater om dan een afweging te maken tussen de wens van de patiënt en de bescherming van de maatschappij. Een praktisch hulpmiddel voor klinici om tot een onderbouwd besluit te komen is de COSTLow-R schaal, waarvan de criteria in de huidige studie beoordeeld werden. Bij Nederlandstalige psychiaters bleek er vooral sterke consensus te zijn voor aspecten gerelateerd aan motivatie, therapietrouw en mate van controle. Belangrijk te vermelden is dat de consensus regels in de huidige studie erg streng waren om de kwaliteit van de consensusgebaseerde richtlijn te verzekeren (Hsu & Sandford, 2007). Wanneer dezelfde consensusregel zou toegepast worden als in de studie van Briken en collega's (2019) - d.i. 50% van de experts met score twee of hoger op relevantie en bruikbaarheid - was er ook in de huidige studie over alle items consensus bereikt geweest. Hieronder wordt verdere toelichting gegeven bij de vijf verschillende thema's uit de COSTLow-R schaal.

Leeftijd en duur behandeling

Briken en medewerkers (2019) baseerden zich voor het stellen van een arbitraire leeftijdsgrens (> 45 jaar) op bevindingen die wijzen op een verlaagd recidiverisico bij oudere seksueel delinquenten (bijvoorbeeld Booth, 2016). Er was in de huidige studie hierover geen consensus; één op de vijf psychiaters gaf aan het totaal niet eens te zijn met dit criterium.

Na drie jaar behandeling met goed effect, zullen volgens Briken en collega's (2019) enerzijds de testosteronspiegels meer gradueel stijgen na stopzetting van ADT en anderzijds patiënten meer openstaan voor een geleidelijke afbouw. Omdat in de huidige studie de meeste deelnemers een minimale behandelduur van twee jaar noemden, werd voor dit criterium bij de gesloten stellingen een periode van twee in plaats van drie jaar vooropgesteld. Toch werd ook voor deze stelling slechts zwakke consensus gevonden. Een efficiënte behandeling impliceert ook dat er geen sprake is van nieuwe delicten. De experts vonden het aangewezen dit gegeven als extra criterium op te nemen in de lijst, hoewel het in de praktijk niet evident zal zijn om hier zicht op te krijgen, bijvoorbeeld omdat er - vooral in België - wettelijke restricties zijn die de toegang voor derden tot justitiële gegevens beperken.

Therapeutische alliantie

De kwaliteit van de therapeutische alliantie, ofwel de kwaliteit van de relatie tussen patiënt en therapeut, bepaalt in belangrijke mate het effect van verschillende soorten therapieën. Hoe meer overeenstemming over de taken en doelen van de therapie en hoe beter de empathische relatie, hoe sterker de alliantie tussen pa-

tiënt en hulpverlener en hoe beter het resultaat, welk therapeutisch model er ook gebruikt is (Wampold, 2015). Het belang van een betrouwbare hulpverleningsrelatie en opstarten van een psychotherapeutische behandeling voor de start van ADT wordt in nagenoeg alle richtlijnen benadrukt (bijvoorbeeld Thibaut et al., 2020). Medicatie dient altijd aangeboden te worden in combinatie met psychotherapie die erop gericht is de falende zelfregulatie zodanig te verbeteren dat delictgedrag voorkomen wordt. Het is eveneens van groot belang deze psychotherapeutische behandeling niet te onderbreken na afbouw of stopzetting van ADT. De psychiaters in de huidige studie bereikten slechts zwakke consensus voor deze twee criteria, en voegden als extra criterium 'voldoende probleembesef' en 'inzicht in de problematiek' toe. Sterke consensus werd gevonden voor het criterium 'openheid over seksuele interesse en activiteit'. Naarmate langer onder ADT wordt verwacht dat patiënten meer open zullen praten omdat zij meer zelfcontrole ervaren over hun fantasieën. Na wijziging of stopzetting van ADT is blijvende open en eerlijke communicatie des te belangrijker in het kader van monitoring en risicomanagement.

Psychopathologie en risicofactoren

Voor de drie factoren gerelateerd aan seksuele problematiek werd in de huidige studie sterke consensus gevonden. Hyperseksualiteit of seksuele preoccupatie en ernstige parafiele stoornissen zijn gekende risicofactoren voor hervall en vormen een indicatie voor ADT (bijvoorbeeld Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Samenhangend hiermee is het risico op hervall lager als er een lage mate van geweld (bijvoorbeeld geen sadistische-homicidale fantasieën) in parafiele symptomatologie is (Briken, Bourget, & Dufour, 2014). Naarmate risicotaxatie-instrumenten bepalen dat het risico laag is voor een toename in frequentie van seksueel verlangen en gedrag, kan volgens de WFSBP richtlijn een lagere dosis dan wel minder ingrijpende medicatie op de seksuele prikkelgevoeligheid voorgeschreven worden (Thibaut et al., 2020). In de COSTLow-R schaal wordt geadviseerd om de mate van seksuele deviantie te meten aan de hand van een afname op het item 'seksuele deviantie' in de Stable-2007, een risicotaxatieinstrument dat dynamische (veranderbare) risicofactoren meet bij een pleger van een zedendelict, of een afname in niveau van ernst in het WFSBP algoritme (zie Thibaut, et al., 2020). Hoewel een gestructureerde aanpak als deze te verkiezen valt boven een ongestructureerd klinisch oordeel, blijft enige voorzichtigheid geboden en moet het effect van een medicatiewijziging ook steeds klinisch geëvalueerd worden, zodat bij onvoldoende effectiviteit terug kan opgeschaald worden.

Een hoge PCL-R score is een risicofactor voor recidive, maar voerspelt seksuele recidive minder sterk dan geweldsrecidive (bijvoorbeeld Hanson & Morton-Bourgon, 2005). De psychiaters in de huidige studie waren echter van mening dat psychopathie hier geen goede

maatstaf is. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat seksuele delicten vaak voorkomen als onderdeel van een algemene antisociale levensstijl eerder dan met parafiele problematiek. Zedendelinquenten vormen een heterogene groep en verhoogde psychopathiescores lijken voornamelijk bij een beperkte subgroep van zedenplegers (i.e., gemengde daders en verkrachters) voor te komen; het varen op een PCL-R score zou tot verkeerde inschattingen kunnen leiden. Ook Uzieblo en van Doorn (2019) stelden recent in vraag of PCL-R totaalscores, naast risicotaxatieinstrumenten, wel van toegevoegde waarde zijn bij de evaluaties van het recidiverisico bij zedendelinquenten. Daarnaast merkten deze auteurs terecht op dat er tot op heden geen ontegensprekelijk empirische evidentie bestaat die een verlaagde *cut-off* score (25 in plaats van 30) verantwoordt. Als PCL-R scores worden gebruikt, wordt het aanbevolen om diagnostische analyses op facetniveau of minimaal op factorniveau te geven omdat dit een genuanceerder en informatiever klinisch profiel weer geeft (Uzieblo & van Doorn, 2019).

Als patiënten op algemeen psychiatrisch vlak niet stabiel zijn omdat zij bijvoorbeeld psychotisch of manisch zijn, is het niet aangewezen om een medicatiewissel door te voeren. Toch werd voor dit criterium slechts zwakke consensus gevonden. Daarentegen waren de psychiaters het er wel over eens dat een acuut hoog recidiverisico een tegenindicatie vormt om ADT te wijzigen of te verminderen. Naast een dreigend nieuw delict, achtten de psychiaters het ook aangewezen - zij het in zwakke consensus - om het item 'recente delicten' op te nemen in de lijst als een bijkomende risicofactor. Naast klinische (risico)factoren voegden de psychiaters nog een sociaal criterium toe. Naarmate er meer stabiliteit is in de woon- en werksituatie van de patiënt, wordt het veiliger geacht medicatie te wijzigen.

Motivatie

Onder dit thema vallen twee aspecten waarbij expliciet de mening van de patiënt wordt meegewogen; voor beide aspecten werd sterke consensus gevonden. Tijdens ADT ondervinden patiënten een lager seksueel verlangen en potentieel een verminderd erectievermogen. Indien een patiënt nog intiem wenst te zijn met een volwassen instemmende persoon, kan dit moeilijkheden opleveren met penetratieve seks. Hoewel andere vormen van lichamelijke en niet-lichamelijke intimiteit denkbaar zijn, kan dit aanleiding geven tot relationele spanningen en een beperktere therapietrouw en motivatie bij de patiënt. Zowel Nederlandse als Vlaamse experts zijn eerder terughoudend in het voorschrijven van Viagra^a. Indien de seksuele relatie met de volwassen instemmende partner past binnen een positief levensplan, kan een aanpassing van ADT overwogen worden. Indien er gekozen wordt om de behandeling te beëindigen, moet er bovendien aandacht besteed worden aan de wijze waarop dit proces

plaatsvindt. Thibaut et al. (1996) benadrukten 25 jaar geleden al dat een voorzichtige afbouw wordt verkozen boven een abrupte stopzetting, omdat de testosteronspiegel dan een meer geleidelijke stijging kent en de kans op recidive verkleint. Deze stelling wordt ook door de psychiaters in de huidige studie onderschreven. Bij gebrek aan concrete empirisch onderbouwde aanbevelingen in de literatuur qua dosis en duur, adviseren de auteurs na stopzetting van triptoreline een lage dosis CPA te geven, bijvoorbeeld 50 mg per dag gedurende één maand en vervolgens 25 mg per dag gedurende enkele maanden onder voortgezette monitoring van de testosteronspiegels. Na stopzetting van CPA kan een switch naar een SSRI overwogen worden.

Compliance en controle

Een aanpassing dan wel stopzetting van ADT dient te gebeuren in veilige omstandigheden met monitoring van de effecten hiervan. Op dit vlak was er sterke consensus bij de psychiaters. Voldoende psychologische begeleiding is erg belangrijk in deze fase, omdat er aanwijzingen zijn voor een testosteronstijging, gepaard met intense seksuele fantasieën tot twee maand na beëindiging van ADT (Koo et al., 2013). Een pijnpunt bij de opvolging blijft de manier waarop seksuele interesse gemeten wordt. Ondanks het feit dat er verschillende methoden zijn (bijvoorbeeld fallometrisch onderzoek of *viewing time* instrumenten) om de mate van seksueel deviante interesse te beoordelen, is er geen universeel geaccepteerde standaardmethode (Carvalho, Bradford, Murphy, Briken, & Fedoroff, 2020). In Nederland en België worden fysiologische maten zoals penisplethysmografie of impliciete maten zoals de Impliciete Associatie Taak niet systematisch toegepast, maar wordt veelal gebruik gemaakt van interviews of zelfrapportage. Het behandelingseffect zou door deze keuze beïnvloed kunnen worden, aangezien er een hoger behandelingseffect wordt gerapporteerd bij zelfrapportagemetingen in vergelijking met psychofysiologisch onderzoek (Schober et al., 2005). Voorzichtigheid blijft bijgevolg de boodschap.

Beperkingen van deze studie

Het aantal experts dat deelnam aan de studie was laag, maar voldoende voor het uitvoeren van een Delphi studie (Hsu & Sandford, 2007). Helaas was het door deze kleine aantallen niet mogelijk om een vergelijking te maken tussen psychiaters uit Nederland en Vlaanderen.

De COSTLow-R schaal werd ontwikkeld voor de klinische praktijk van psychiaters. Hoewel het wordt gepromoot om andere disciplines zoals seksuologen en psychologen bij dit proces te betrekken, werd hun visie en precieze inbreng niet bevroegd. Ook is verdere evaluatie van de schaal noodzakelijk om de voorspellende waarde ervan te valideren. Tot slot blijft het belangrijk om op te merken dat consensus van specialisten geen vervanging kan zijn voor gedegen empirisch onderzoek. Hoewel er recent vooruitgang geboekt is in het

empirisch valideren van de effectiviteit van ADT (Gallo, Abracen, Looman, Jeglic, & Dickey, 2019; Landgren, et al., 2020), blijven veel vragen over de effectiviteit en bijwerkingen van ADT op lange termijn onbeantwoord. Bij gebrek aan een dergelijke empirische validering, is een richtlijn gebaseerd op een transparante overeenstemming wel een vooruitgang.

Conclusie

De COSTLow-R schaal werd door Briken en collega's (2019) ontwikkeld als ondersteuning bij de besluitvorming tot afbouw, wijziging of stopzetting van ADT. In de huidige studie werden de meeste factoren van deze schaal ook door Nederlandstalige experts als relevant en bruikbaar beoordeeld. Voor de factoren leeftijd en psychopathie score werd echter geen consensus bereikt. Deze *practice-based* richtlijn kan beschouwd worden als een zinvolle aanvulling voor de klinische praktijk. Of het gebruik van de COSTLow-R schaal in de praktijk ook zal resulteren in minder recidives dient evenwel nog empirisch onderzocht te worden.

Op basis van literatuur en de huidige bevraging van experts in Vlaanderen en Nederland kunnen tot slot enkele algemene aanbevelingen voor de klinische praktijk gedaan worden bij een vraag tot stopzetting dan wel wijziging van ADT:

1. Geef voldoende informatie over ADT.
2. Zet ADT stop bij het ontbreken van informed consent en/of bij het optreden van ernstige bijwerkingen.
3. Geef ADT minimaal twee jaar en ga niet lichtzinnig in op een vraag tot stopzetting en bespreek vooraf met de patiënt grondig de risico's verbonden aan een mogelijke opflakking van het (parafiele) seksueel verlangen.
4. Onderbouw de besluitvorming met een gevalideerde schaal zoals de COSTLow-R schaal.
5. Bouw geleidelijk af, volg de patiënt hierna nauwgezet op en continueer de psychotherapeutische behandeling.

Literatuur

- Berends, Y.R., Meijer, M., & Neven, A. (2021). Osteoporose bij androgeendeprivatie: afweging tussen individu en maatschappij. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63 (1), 74-78.
- Boons, L., Jeandarme, I., & Vervaeke, G. (2021). Androgen deprivation therapy in pedophilic disorder: Exploring the physical, psychological, and sexual effects from a patient's perspective. *The Journal of Sexual Medicine*, 18, 353-362.
- Booth, B. (2016). Elderly sexual offenders. *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 34.
- Briken, P., Bourget, D., & Dufour, M. (2014). Sexual sadism in sexual offenders and sexually motivated homicide. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(2), 215-230.
- Briken, P., Bradford, J., Cosyns, P., & Thibaut, F. (2015). *The Change or Stop Testosterone Lowering Medication (COSTLow)-Scale*. Niet-gepubliceerd manuscript.
- Briken, P., Turner, D., Thibaut, F., Bradford, J., Cosyns, P., & Tozdan, S. (2019). Validation of the Change or Stop Testosterone-Lowering Medication (COSTLow) Scale Using the Delphi Method Among Clinical Experts. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(2), 148-158.
- Bolarinwa, O. (2015). Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 22, 195-201.
- Carvalho, J., Bradford, J., Murphy, L., Briken, P., & Fedoroff, P. (2020). Measuring pedophilic sexual interest. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(3), 378-392.
- Cooper, A. (1981). A placebo-controlled trial of the antiandrogen cyproterone acetate in deviant hypersexuality. *Comprehensive Psychiatry*, 22(5), 458-465.
- Cooper, A. (1986). Progestogens in the treatment of male sexual offenders: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31(1), 73-79.
- Cosyns, P. & Vander Laenen, F. (2020). Behandeling van seksuele daders: ethiek & deontologie en ethische kwesties. In K. Goethals, M. de Boeck, T. Dilliën, W. Huys & A. Nuyts (red.), *Handboek behandeling van seksueel afwijkend gedrag* (pp. 443-461). Oud-Turnhout: Gompel & Svacina.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2019). *Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag. Landelijk zorgprogramma voor daders van seksuele delicten in de forensische psychiatrie*.
- Fedoroff, P. (2018). More Puzzles: A Response to Seto's (2017) "The Puzzle of Male Chronophilias". *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2171-2173.
- Gallo, A., Abracen, J., Looman, J., Jeglic, E., & Dickey, R. (2019). The use of leuprolide acetate in the management of high-risk sex offenders. *Sexual Abuse*, 31(8), 930-951.
- Gijs, L., & Gooren, L. (1996). Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: an update. *The Journal of Sex Research*, 33(4), 273-290.
- Goethals, K. (2020). De biologische basis van seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag: de rol van hormonen en medicamenteuze behandelmogelijkheden. In K. Goethals, M. de Boeck, T. Dilliën, W. Huys & A. Nuyts (red.), *Handboek behandeling van seksueel afwijkend gedrag* (pp. 293-315). Oud-Turnhout: Gompel & Svacina.
- Gooren, L. (2011). Clinical review: Ethical and medical considerations of androgen deprivation treatment of sex offenders. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 96(12), 3628-3637.
- GRADE Working Group (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 328, 1490-1494. doi: 10.1136/bmj.328.7454.1490
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154-1163.

- Hsu, C., & Sandford, B. (2007). The Delphi Technique: Making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 12*(10).
- Huygh, J., Verhaegen, A., Goethals, K., Cosyns, P., De Block, C., & Van Gaal, L. (2015). Prolonged flare-up of testosterone after administration of a gonadotrophin agonist to a sex offender: an under-recognised risk? *Criminal Behaviour and Mental Health, 25*(3), 226-230.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing, 53*, 205-212.
- Knack, N., Chandler, J., & Fedoroff, P. (2020). A qualitative study of forensic patients' perceptions of quasi-coercive offers of biological treatment. *Behavioral Sciences & the Law, 38*(2), 135-151.
- Koo, K., Shim, G., Park, H., Rha, K., Choi, Y., Chung, B., . . . Lee, J. (2013). Treatment outcomes of chemical castration on Korean sex offenders. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 20*(6), 563-566.
- Landgren, V., Malki, K., Battai, M., Arver, S., & Rahm, C. (2020). Effect of Gonadotropin-Releasing-Hormone Antagonist on risk of committing child sexual abuse in men with pedophilic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry, 77*(9): 897-905.
- Mokros, A., & Habermeyer, E. (2016). Regression to the mean mimicking changes in sexual arousal to child stimuli in pedophiles. *Archives of Sexual Behavior, 45*(7), 1863-1867.
- Muller, K., Curry, S., Ranger, R., Briken, P., Bradford, J., & Fedoroff, J. P. (2014). Changes in sexual arousal as measured by penile plethysmography in men with pedophilic sexual interest. *The Journal of Sexual Medicine, 11*(5), 1221-1229.
- Raadgevend Comité voor Bio-etiek (2006). *Advies nr. 39 van 18 december 2006 betreffende de hormonale behandeling van plegers van seksuele misdrijven*. Geraadpleegd van https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/advies_39_horm_behand_seksuele_delinq_web.pdf
- Schober, J. M., Kuhn, P. J., Kovacs, P. G., Earle, J. H., Byrne, P. M., & Fries, R. A. (2005). Leuprolide acetate suppresses pedophilic urges and arousability. *Archives of Sexual Behavior, 34*(6), 691-705.
- Schmucker, M. & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality studies. *Journal of Experimental Criminology, 11*, 597-613.
- Thibaut, F., Cordier, B., & Kuhn, J. (1996). Gonadotrophin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia: A lifetime treatment? *Psychoneuroendocrinology, 21*(4), 411-419.
- Thibaut, F., Cosyns, P., Fedoroff, J., Briken, P., Goethals, K., Bradford, J., & Paraphilias, The WFSBP Task Force on. (2020). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry, 1*-79.
- Turner, D., Basdekis-Jozsa, R., & Briken, P. (2013). Prescription of testosterone-lowering medications for sex offender treatment in German forensic-psychiatric institutions. *The Journal of Sexual Medicine, 10*(2), 570-578.
- Turner, D., & Briken, P. (2018). Treatment of Paraphilic Disorders in Sexual Offenders or Men with a risk of sexual offending with Luteinizing Hormone-Releasing Hormone Agonists: An updated systematic review. *The Journal of Sexual Medicine, 15*(1), 77-93.
- Turner, D., Petermann, J., Harrison, K., Krueger, R., & Briken, P. (2019). Pharmacological treatment of patients with paraphilic disorders and risk of sexual offending: An international perspective. *The World Journal of Biological Psychiatry, 20*(8), 616-625.
- Uzieblo, K., & van Doorn, E. (2019). Een kritische blik op psychopathie en seksueel geweld. *Tijdschrift voor Seksuologie, 43*(1), 51-60.
- Verschueren, S., Jeandarme, I., Gijs, L., Bokern, H., Marcq, P. T'Sjoen, G. Van de Putte, D., Van Haecke, B. & Vanderschueren; D. (2021). Opgvolging van androgeen deprivatie therapie bij mannen met een parafiele stoornis: Aanbevelingen voor een consensus-based multidisciplinaire richtlijn. Ingediend ter publicatie.
- Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270-277.

Summary

Androgen deprivation therapy in sex offenders: when and how lower, change or stop the treatment?

Background. Androgen deprivation therapy (ADT) is of added value to psychotherapeutic treatment in men with a paraphilic disorder and an increased risk of recidivism. However, ADT can be accompanied by bothersome to serious side effects. The voluntary nature of the necessary informed consent of the patients is also questioned. In practice, this leads to questions to stop, reduce or change ADT. However, the literature offers few concrete guidelines with regard to the intended duration of treatment.

Aim. To develop a consensus-based guideline on decision-making to adjust ADT in men with paraphilic disorder.

Method. Using the modified Delphi method, experts were questioned in three rounds about the ideal duration of treatment for ADT. The criteria of the COSTLow-R scale were assessed for their usefulness and relevance in the context of discontinuation or modification of ADT.

Results. Recommendations have been formed based on the degree of consensus among the experts. No consensus was reached on the required minimum duration of treatment, but the experts agreed that there is no maximum duration. Discontinuation is justified when serious untreatable side effects develop and when consent is withdrawn by the patient. Psychiatrists have the final decision on whether to stop or change ADT. For most of the criteria of the COSTLow-R scale that can be used to support this decision, the psychiatrists in the present study found strong or weak consensus. Three additional criteria were added to the list.

Conclusion. In the absence of empirical validation, a guideline based on a transparent agreement is a first step in a better substantiation of the decision-making to adjust ADT.

Keywords: androgen deprivation therapy, ADT discontinuation, paraphilic disorder, sex offense

Trefwoorden: androgeen deprivatie therapie, stopzetting ADT, wijziging ADT, parafiele stoornis, zedendelict

Anticonceptiecounseling en anticonceptiegebruik bij een herhaalde abortus

Colette van Bokhoven-Rombouts¹ & Jeannine Hautvast^{1,2}

¹GGD Gelderland-Zuid, Nijmegen, Nederland

²Afdeling Eerstelijngeneeskunde Radboudumc, Nijmegen, Nederland

Samenvatting

Er is weinig bekend over anticonceptiecounseling bij vrouwen die een abortus ondergaan. Wel is bekend dat ruim 30% van de vrouwen die komen voor een abortus, eerder een abortus hebben gehad. Dit onderzoek heeft als doel meer inzicht te krijgen in de uitvoering van en de tevredenheid over de anticonceptiecounseling bij vrouwen die een herhaalde abortus ondergaan. We deden een kwantitatief onderzoek bij vrouwen vanaf 18 jaar die kwamen met een herhaald abortusverzoek. Het onderzoek is uitgevoerd van september 2019 t/m februari 2020 in 7 abortusklinieken in Nederland. De deelnemers ontvingen een vragenlijst op de dag van de abortus met vragen over de anticonceptiecounseling tijdens de vorige abortus, het anticonceptiegebruik voorafgaand aan de huidige abortus en tevens vragen over de inhoud en tevredenheid van de ontvangen anticonceptiecounseling. De gegevens zijn geanalyseerd middels descriptieve en bivariate analyses. In totaal hebben 140 vrouwen deelgenomen. 69% van de vrouwen was zwanger geworden tijdens anticonceptiegebruik. De meest genoemde reden om geen anticonceptie te gebruiken zijn bijwerkingen. Bij 86% van alle consulten werd over anticonceptie gesproken, waarbij in 93% de verschillende anticonceptiemogelijkheden benoemd. 97% van de respondenten voelde zich gesteund bij hun anticonceptiekeuze. De meeste vrouwen die komen voor een herhaalde abortus ontvangen informatie over anticonceptie en zijn tevreden over de ontvangen counseling. Bijwerkingen zijn een belangrijke reden om geen anticonceptie te gebruiken. Het is belangrijk om hier bij de counseling aandacht aan te schenken.

Preventie van ongewenste zwangerschap is 1 van de 6 pijlers in het "Nationaal Actieplan Soa Hiv en seksuele gezondheid, 2017-2022" (RIVM, 2018). In dit actieplan wordt geadviseerd meer onderzoek te doen naar de kwaliteit van anticonceptiecounseling. Tevens is het doel om het aantal ongewenste zwangerschappen te verlagen door effectief gebruik van passende en betrouwbare anticonceptie. Van de Nederlandse vrouwen tussen de 18 en 45 jaar gebruikt 62% enige vorm van anticonceptie (Rutgers, 2017). Het abortuscijfer in Nederland is vergeleken met andere landen laag 9.1/1000 vrouwen (Inspectie van Gezondheid en Jeugd [IGJ], 2019) Het aantal vrouwen dat ooit eerder een abortus heeft gehad (herhaalde abortus) is al enkele jaren stabiel op ongeveer 30%. (Inspectie van Gezondheid en Jeugd [IGJ], 2019)

Momenteel zijn er binnen het zorgtraject rondom abortus drie reguliere momenten waarop een gesprek over anticonceptie gevoerd kan worden. Allereerst is dit het verwijsgesprek. Van de vrouwen die een abortus laat uitvoeren is 64% door de huisarts verwezen naar een abortuskliniek (IGJ, 2019). Uit Nederlands onderzoek van Loeber en Muntinga (2017) bleek dat slechts de helft van de huisartsen in dit verwijsgesprek met de vrouw sprak over anticonceptie. Het tweede moment is de dag van de abortus. In het meest recente rapport van de IGJ (2019) is te lezen dat in 2018 nog slechts 48% van de vrouwen de kliniek verlaat met voorgeschreven anticonceptie, terwijl dit in 2016 nog 75% was. 45% van de vrouwen wordt naar de huisarts verwezen voor verder advies. Het derde moment dat anticonceptie besproken kan worden, is tijdens de nacontrole, die volgens de richtlijn 'Nazorg bij zwangerschapsafbreking' van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA, 2012) drie tot vier weken na de abortus plaats zou moeten vinden. Slechts een kwart van de vrouwen kiest voor een nacontrole in de kliniek, 70% wordt hiervoor naar de huisarts verwezen (IGJ, 2019).

Er zijn beperkte data beschikbaar hoe het anticonceptiegebruik in Nederland verloopt ná een abortus. Onderzoek van Goenee, Donker en Wijsen (2015)

C. van Bokhoven is arts Maatschappij en Gezondheid en seksuoloog NVWS bij GGD Gelderland-Zuid.

J. Hautvast is arts Maatschappij en Gezondheid bij GGD Gelderland-Zuid en senior onderzoeker bij Radboudumc.

Correspondentieadres: cbokhoven@ggdgelderlandzuid.nl
Ontvangen: 7 december 2020; geaccepteerd: 21 augustus 2021

toonde dat na een abortus het percentage vrouwen dat geen anticonceptie gebruikt, na zes maanden daalde van 36.5% naar 8.8%. Dit geeft echter nog geen informatie over hoe het anticonceptiegebruik na die zes maanden verloopt.

In diverse onderzoeken naar het profiel van vrouwen die komen voor een herhaalde abortus (Kroeze 2018; Loeber & Muntinga 2017), worden aanbevelingen gedaan om anticonceptiecounseling te verbeteren en anticonceptie te vergoeden via de basisverzekering. Om goed advies te kunnen geven hoe de anticonceptiecounseling moet worden verbeterd, is het van belang om eerst zicht te krijgen op het functioneren van de huidige wijze van counseling. Het is daarbij noodzakelijk kennis te verwerven over welke hulpverlener op welk moment anticonceptiecounseling geeft aan vrouwen met een abortusverzoek, op welke wijze zij dat doen en hoe de vrouwen dit ervaren.

Dit onderzoek heeft dan ook als doel om meer inzicht te krijgen in de uitvoering, inhoud en tevredenheid van de anticonceptiecounseling door diverse zorgprofessionals bij vrouwen die komen voor een abortus. Hierbij is niet alleen gekeken naar de huidige abortus, maar ook naar eerdere abortussen. Daarnaast werd het anticonceptiegebruik voorafgaand aan de huidige abortus en de redenen waardoor vrouwen ongewenst zwanger zijn geworden in kaart gebracht.

Methoden

Om een goed beeld te krijgen van de gevoerde anticonceptiecounseling en de gemaakte anticonceptiekeuzes is een cross-sectioneel kwantitatief onderzoek door middel van vragenlijsten uitgevoerd. De METC van het Radboudumc Nijmegen heeft beoordeeld dat dit onderzoek niet WMO-plichtig is.

Deelnemers

Alle 12 abortusklinieken in Nederland zijn schriftelijk benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Zeven klinieken hebben hiervoor hun medewerking gegeven. Deze klinieken liggen verspreid over het land en zijn een mix van grootstedelijke en provinciale klinieken. In de periode september 2019 t.e.m. februari 2020 is in deze klinieken aan vrouwen vanaf 18 jaar, die ooit eerder abortus hadden gehad, gevraagd om deel te nemen aan deze studie. Exclusiecriteria waren: het niet spreken van de Nederlandse taal, leeftijd onder de 18 jaar, vrouwen die voor het eerst een abortus ondergaan.

Materialen

De variabelen die zijn verzameld zijn demografische gegevens, het anticonceptiegebruik voorafgaand aan de abortus, de abortushistorie en de ervaren anticonceptiecounseling.

Demografische kenmerken

De kenmerken leeftijd, etniciteit en opleidingsniveau zijn uitgevraagd. Hierbij is de leeftijd ingedeeld in drie

categorieën (18-25, 26-35 en >35 jaar) en zijn de opleidingsniveaus ingedeeld conform de indeling van het CBS. Etniciteit is ingedeeld conform de CBS-indeling van Nederlands, westers en niet-westers.

Anticonceptiegebruik

Alle respondenten werd gevraagd of zij voorafgaand aan de abortus een vorm van anticonceptie gebruikten. Aan de respondenten die hierop positief antwoordden, is de vervolgvraag gesteld, waardoor zij zwanger zijn geworden. Aan de respondenten die aangaven geen anticonceptie te gebruiken, is gevraagd, waarom zij dat niet gebruikten. Al deze vragen waren meerkeuzevragen.

Abortushistorie

Aan alle respondenten werd gevraagd hoeveel abortussen zij in het verleden hebben gehad. Vervolgens is gevraagd of zij ook een abortus in de afgelopen twee jaar hebben gehad. Enkel indien zij een abortus in de afgelopen twee jaar hadden ondergaan, is gevraagd of zij anticonceptiecounseling hebben ontvangen bij hun vorige abortus. Indien zij aangaven dit te hebben gehad, is vervolgens gevraagd wat de inhoud van deze counseling was en of zij tevreden waren over deze counseling.

Anticonceptiecounseling

Voor alle momenten waarop een vrouw een gesprek met een zorgprofessional heeft gehad in het abortustraject, werd gevraagd welke zorgprofessional dat betrof en of in dat gesprek over anticonceptie is gesproken. Indien anticonceptie tijdens het gesprek aan bod kwam, werd vervolgens gevraagd naar de inhoud en tevredenheid omtrent deze counseling. Dit geldt zowel voor de huidige als ook voor de vorige abortus. Met betrekking tot de inhoud werd gevraagd naar zes kenmerken van het gesprek, te weten of de professional een website heeft laten zien of geadviseerd, of er een folder is meegegeven, of de verschillende opties voor anticonceptie zijn besproken, of er is gevraagd wat iemand voorafgaand aan deze ongewenste zwangerschap gebruikte voor anticonceptie, hoe het komt dat iemand zwanger is geworden en of de vrouw al weet welke anticonceptie ze na de abortus wil gaan gebruiken. Bij deze vragen werd een twee-puntsschaal (ja/nee) gebruikt. Voor de tevredenheid zijn vijf items bevraagd, namelijk of de professional goede uitleg gaf, of de vrouw zich gesteund voelde, of zij de professional deskundig vond, of de gegeven informatie geholpen heeft bij het maken van een keuze voor het anticonceptiemiddel en tot slot of de vrouw het gesprek lang genoeg vond. De tevredenheid bij de huidige abortus werd nagevraagd op een vier-puntsschaal (helemaal mee eens – helemaal niet mee eens), bij de vorige abortus werd hiervoor een drie-puntsschaal (ja/nee/weet ik niet meer) gebruikt. Aanvullend werd gevraagd of zij het moment van het gesprek geschikt vonden. De re-

sultaten zijn in zijn geheel, als ook per groep zorgprofessionals uitgewerkt. Aan de respondenten die geen gesprek over anticonceptie hadden gehad, werd gevraagd of zij dit wel hadden gewild.

Procedure

Op de dag van de abortus ontvingen alle vrouwen die voldeden aan de selectiecriteria een informatiefolder omtrent het onderzoek. Deze informatiefolder werd uitgedeeld nadat zij hun besluit tot afbreking van de zwangerschap hadden genomen. Indien zij deel wilden nemen, kregen zij door middel van een QR-code toegang tot een digitale vragenlijst. De vragenlijst kon volledig online en geheel anoniem worden ingevuld, zowel in de kliniek als ook later nog thuis. Het *informed consent* is bij de dataverwerking, gescheiden van de vragenlijsten. Voor de vragenlijst werd gebruik gemaakt van *Survey Monkey*. De vragenlijst bestond uit ongeveer 45 vragen (afhankelijk van de antwoorden). De gehele vragenlijst was in ongeveer 10 minuten in te vullen. Onder de respondenten zijn cadeaubonnen van 15 euro verloot.

Data-analyse

De data werden vanuit *Survey Monkey* rechtstreeks naar *SPSS Statistics* geëxporteerd. Om alle resultaten goed met elkaar te kunnen vergelijken zijn de antwoorden op de vragen met een vier-puntsschaal vragen gehercodeerd naar een twee-puntsschaal. Ook de vragen op de drie-puntsschaal zijn gehercodeerd naar een twee-puntsschaal door de antwoorden 'weet ik niet meer' uit de analyses te verwijderen.

Daarna zijn descriptieve analyses uitgevoerd voor alle variabelen. Middels een *Chi-kwadraattoets* is gekeken of er een verschil was in demografische kenmerken tussen de groepen die al dan niet anticonceptie gebruikten voorafgaand aan de abortus. Tot slot is voor vergelijkingen tussen de verschillende groepen zorgprofessionals (huisartsen en abortuskliniekmedewerkers) een *t*-toets gebruikt.

Resultaten

Beschrijving respondenten en anticonceptiegebruik

Tijdens het onderzoek hebben ruim 2400 vrouwen een herhaalde abortus ondergaan in de deelnemende abortusklinieken. In totaal hebben hiervan 140 vrouwen deelgenomen, wat een respons van 6% geeft. De demografische kenmerken zijn beschreven in tabel 1.

69% van de respondenten was zwanger geworden tijdens anticonceptiegebruik, het merendeel van hen gebruikte de pil of condooms. Een enkeling was zwanger geworden met een ander anticonceptiemiddel. De demografische gegevens van de groepen die wel en geen anticonceptie gebruikten toonden geen significant verschil.

Bij zowel de respondenten die de pil gebruikten als ook bij hen die een condoom gebruikten, kon 78% een oorzaak voor het falen van de anticonceptie aangeven.

22% van hen kon niet aangeven waardoor zij zwanger waren geworden. De oorzaken die gegeven werden voor het falen van de pil waren naast het vergeten van de pil, het feit dat de vrouw ziek was geweest of dat ze tijdelijk was gestopt met het slikken van de pil. Bij gebruik van condooms waren de gegeven redenen voor het falen het kapotgaan van het condoom, het vergeten van een condoom en een enkeling gaf aan dat hun sekspartner geen condoom wilde gebruiken.

In tabel 2 is weergegeven wat de redenen van de respondenten ($n=44$) waren om de afgelopen zes maanden geen anticonceptie te gebruiken. Bij hen bleek het ervaren van bijwerkingen de meest genoemde reden. Bijna de helft van de respondenten gaf dit aan. Daarna werd aangegeven dat de seks onverwacht kwam, dat men niet goed wist wat ze moesten gebruiken of dat anticonceptie te duur is.

Abortushistorie

54% van de respondenten gaf aan eenmaal eerder een abortus te hebben gehad in hun leven. Voor een deel van de vrouwen was dit de derde of vierde keer (respectievelijk 23% en 12%). Een klein deel (6%) gaf aan eerder meer dan drie abortussen te hebben ondergaan. Van de respondenten die in de afgelopen twee jaar een abortus hadden gehad, gaf 95% aan tijdens deze vorige abortus een gesprek met een zorgverlener over anticonceptie te hebben gehad.

Anticonceptiecounseling

De respondenten gaven aan dat ze bij 77% van de verwijsgesprekken voor de huidige abortus informatie over anticonceptie hebben gehad. Er is daarbij een verschil zichtbaar tussen de huisartsen en klinieken. Daar waar 73% van de huisartsen anticonceptie bespreekt in het verwijsgesprek, hebben alle vrouwen (100%) bij een verwijsgesprek in de kliniek informatie over anticonceptie ontvangen ($p < 0.05$). Op de dag van de abortus werd bij 89% van de gesprekken informatie over anticonceptie gegeven. Alle respondenten die geen informatie hadden gehad, hadden daar ook geen behoefte aan, 93% van hen wist zelf al wat ze wilde gaan gebruiken en 7% had een zwangerschapswens.

Tabel 1. Demografische gegevens en gezondheidskenmerken van vrouwen die komen voor een herhaalde abortus

Variabelen	Respondenten N=140 N (%)	Abortuscliënten ¹ 2019 N (%)	p-waarde
Leeftijd		Ntotaal = 32228	
< 20 jaar	8 (6)	2653 (8)	0,01
20-24 jaar	31 (22)	6645 (21)	
25-29 jaar	52 (37)	7863 (24)	
30-34 jaar	29 (21)	7340 (23)	
35-39 jaar	15 (11)	5378 (17)	
> 39 jaar	6 (4)	2349 (7)	
Etniciteit			
Nederlands	73 (53)		
Niet-westers	50 (36)		
Westers	16 (12)		
Opleidingsniveau			
Laag	38 (27)	178 (33,4)	
Midden	75 (54)		
Hoog	27 (19)		
Eerdere abortus		Ntotaal = 11153	
1	75 (54)	7897 (71)	0,1
2	32 (23)	2256 (20)	
3	17 (12)	644 (6)	
>3	9 (6)	322 (3)	
Anticonceptie gebruikt afgelopen 6 maanden			
Ja	96 (69)		
Nee	44 (31)		

¹ Op basis van gegevens uit jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap (WafZ) 2019

Tabel 2. Redenen van vrouwen, die komen voor een herhaalde abortus, om in de laatste zes maanden voorafgaand aan de abortus geen anticonceptie te gebruiken

Reden waarom geen anticonceptie gebruikt	N=44
Ik vind de bijwerkingen vervelend	48% (N=21)
Seks kwam onverwacht	39% (N=17)
Ik weet niet goed wat ik moet gebruiken	34% (N=15)
Voorbehoedsmiddelen zijn te duur	30% (N=13)
Dacht dat ik op dit moment niet zwanger kon worden	25% (N=11)
Niet aan gedacht	23% (N=10)
Ik ben niet zwanger van mijn vaste partner	20% (N=9)
Soms wil ik wel zwanger worden, soms niet	16% (N=7)
Ik dacht dat ik onvruchtbaar was	14% (N=6)
Ik was het vergeten	11% (N=5)
Ik heb een zwangerschapswens	11% (N=5)
Borstvoeding/pas bevallen	7% (N=3)
Mijn partner is onvruchtbaar/gesteriliseerd	5% (N=2)
Op advies professional	5% (N=2)
Ik zie abortus als een voorbehoedsmiddel	0

Tabel 3. Kenmerken van de inhoud van de anticonceptiecounselingsgesprekken bij huisarts en in abortuskliniek

Inhoud gesprek	Alle gesprekken	Huisarts	Kliniek	p-waarde
Website getoond	39% (22-49%) N ¹ = 269	44% (41-49%) N=100	36% (22-49%) N=169	0.17
Folder meegegeven	42% (37-58%) N=273	37% N=82	45% (41- 58%) N=191	0.19
Verschillende anticonceptie opties besproken	93% (89-98) N=284	90% (89-90%) N=87	94% (93-98%) N=197	0.20
Anticonceptie voor abortus	98% (92-100%) N=282	94% (92-100%) N=85	99% (98-100%) N=197	0.07
Waarom zwanger geworden	92% (86-95%) N=278	92% (90-92%) N=84	92% (86-95%) N=194	0.98
Anticonceptie na abortus	98% (91-100%) N=277	95% (91-97%) N=87	99% (98-100%) N=190	0.14

¹N=het aantal gesprekken waarover informatie is ontvangen

In tabel 3 zijn de inhoudelijke kenmerken van de anticonceptiecounselingsgesprekken weergegeven zowel voor de totale groep als gesplitst naar zorgverlener. Hierin is per kenmerk het aantal gesprekken weergegeven waarover informatie is ontvangen. Websites en folders werden minder gebruikt tijdens deze gesprekken (respectievelijk 39 en 42%) dan de andere items waarop de inhoud van het gesprek werd beoordeeld (92-98%). Op basis van een t-toets waarbij de inhoudelijke kenmerken van de gesprekken vergeleken werden tussen de zorgverleners van de abortuskliniek en de huisartsen, bleken er geen significante verschillen.

De tevredenheid van de counseling wordt getoond in tabel 4. Deze tevredenheid is gemeten aan de hand van vijf items. De meeste respondenten waren tevreden over de ontvangen counseling. Het laagst werd gescoord op het item of het gesprek had geholpen bij hun besluitvorming. Hierop gaf 93% aan dat het gesprek had bijgedragen bij het maken van hun keuze. Er was geen significant verschil in de tevredenheid over de gesprekken bij de huisarts of in de abortuskliniek.

Tot slot is nog nagegaan of er verschil is in de voorkeur op welk moment de counseling plaats zou moeten vinden. De twee verschillende momenten scoorden nagenoeg gelijk, zo vond 90% het verwijsgesprek een goed moment en 92% het gesprek op de dag van de abortus.

Discussie

Dit onderzoek toonde aan dat 69% van de vrouwen die komt voor een herhaalde abortus in de 6 maanden voorafgaand aan de abortus anticonceptie gebruikte. Daarnaast bleek dat 95% van de respondenten op enig moment tijdens de vorige abortus een gesprek met een zorgverlener over anticonceptie heeft gehad en dat 77% van hen bij het verwijsgesprek van de huidige abortus informatie over anticonceptie heeft ontvangen. De verschillende anticonceptiemiddelen kwamen bij 92% van de gesprekken aan bod, waarbij beperkt gebruik werd gemaakt van internet of folders. De meeste respondenten waren tevreden over alle bevroegde aspecten van het gesprek.

Het anticonceptiegebruik voorafgaand aan de abortus bleek bij dit onderzoek vergelijkbaar met de jaarrapportages van de Wet Afbreking Zwangerschap (WafZ) (IGJ, 2019): twee derde van de vrouwen gebruikte een vorm van anticonceptie, een derde heeft geen anticonceptie gebruikt. De meeste vrouwen gebruikten de pil of condoms, waarbij 80% een verklaarbare reden had voor het falen van hun voorbehoedsmiddel. Dit ligt in lijn met eerder Nederlands onderzoek van Picavet en Leusink (2017), waarin 67% van de pilgebruiksters aangaf dat ze in de afgelopen zes maanden weleens de pil waren vergeten. De 80% ligt vervolgens wat lager dan de resultaten van het rapport Seksuele Gezondheid in Nederland van Rutgers (2017), wat laat zien dat 97% van mannen en vrouwen die ongepland zwanger raakten hier een verklaring voor heeft. En het ligt wat hoger dan eerder onderzoek van Goenee et al. (2015), waar bijna de helft (45.8%) van de vrouwen aangaf dat

Tabel 4. Tevredenheid over de anticonceptiecounselingsgesprekken bij huisarts en in abortuskliniek

Inhoud gesprek	Alle gesprekken	Huisarts	Kliniek	p-waarde
Goede uitleg	96% (95-100%) N ¹ =286	98% (95-98%) N=88	95% (89-100%) N=198	0.30
Steun	97% (95-100%) N=281	97% (95-100%) N=86	97% (97-100%) N=195	0.69
Deskundig	97% (92-100%) N=283	94% (92-100%) N=88	98% (97-100%) N=195	0.18
Info heeft geholpen	93% (88-98%) N=280	88% (88-89%) N=85	95% (92-98%) N=195	0.09
Duur gesprek	96% (95-100%) N=283	94% (90-95%) N=87	94% (90-95%) N=87	0.34

¹N=het aantal gesprekken waarover informatie is ontvangen

ze zwanger zijn geworden terwijl zij de anticonceptie goed gebruikten. De verschillen tussen deze onderzoeken kunnen mogelijk veroorzaakt worden door het feit dat het hier deels verschillende onderzoekspopulaties betreft en mogelijk ook door de wijze waarop de data zijn verzameld. Van de respondenten die geen anticonceptie gebruikten, bleken ervaren bijwerkingen van de voorbehoedsmiddelen de meest gehoorde reden. Bijna de helft van de vrouwen gaf aan dat dit een reden is waarom zij geen anticonceptie gebruikten. Dat bijwerkingen een belangrijke rol spelen, wordt ook in ander onderzoek (Bianchi et al., 2003; Loeber & Muntinga, 2017) aangegeven. Ook is bekend dat bijwerkingen een belangrijke rol spelen bij het zorgvuldig gebruik van anticonceptie (Picavet, 2011). In ons onderzoek zijn er in tegenstelling tot ander onderzoek, waaruit bleek dat tieners en vrouwen met een migratie-achtergrond minder anticonceptie gebruikten (Picavet 2012, Picavet, Goenee & Wijsen, 2013; Leeners, 2017), geen statisch significante demografische verschillen (leeftijd, etniciteit en opleidingsniveau) gevonden tussen vrouwen die wel en die geen anticonceptie gebruikten voorafgaand aan de abortus.

Onderzoek van Loeber en Muntinga (2017) heeft laten zien dat ongeveer de helft van de huisartsen in verwijsgesprekken over anticonceptie spreekt, terwijl dat in het huidige onderzoek 73% is. Wel geven zij aan dat er een verschil is tussen de gesprekken bij vrouwen die komen voor een eerste abortus en bij vrouwen die al meer dan twee abortussen hebben gehad: bij 42% respectievelijk 66% werd daarbij over anticonceptie gesproken. Het relatief hoge percentage van 73%, welke wij vonden, is opvallend en positief omdat in eerder onderzoek over de rol van de huisarts ten aanzien van abortus (Zijp-Zuidam, van Baarsen, Tanja-Harfterkamp, & Jochemsen, 2007), evenals in de leidraad die het Ne-

derlands Huisartsen Genootschap (NHG) samen met FIOM (het kenniscentrum bij ongewenste zwangerschap) heeft opgesteld, niet wordt gesproken over anticonceptie-advies in de fase voorafgaand aan de abortus (FIOM/NHG-expertgroep soa hiv en seksualiteit, 2015).

Hoewel uit eerder onderzoek bleek dat er nog wat te verbeteren valt aan de counseling door artsen over anticonceptie (Picavet, 2012; Picavet & Leusink, 2017), toonde ons onderzoek dat de meeste thema's in de ontvangen anticonceptiecounseling aan bod kwamen. Dit kan ermee te maken hebben, dat in ons onderzoek enkel via een korte vragenlijst naar bepaalde thema's werd gevraagd, maar hier niet dieper werd op ingegaan. Het enige punt ten aanzien van de inhoud van het gesprek dat minder hoog scoort, is het gebruik van folders en websites. Aangezien dit wel bronnen zijn waar een vrouw op een later moment nog eens de informatie terug kan lezen, zou dit gezien kunnen worden als een gemiste kans in het gesprek.

Vrouwen toonden zich over het algemeen tevreden over de gesprekken die zij ontvingen. Ook het ontvangen van steun door de professional, wat een belangrijke factor is voor het doorgaan met een anticonceptiemiddel (Picavet, 2011), werd door de meeste respondenten goed beoordeeld. Aangezien in deze studie zowel op inhoud als tevredenheid goed wordt gescoord, is hiermee nog geen verklaring gegeven voor het hoge aantal herhaalde abortussen. Recente systematische reviews (Cavallaro, Benova, Owolabi, & Ali, 2020; Stewart et al., 2016) laten zien dat counseling mogelijk helemaal geen of beperkt effect heeft op anticonceptiegebruik, maar dat meer gefocust moet worden naar andere factoren, zoals gedragskenmerken van de vrouw, psychologische problemen, eerder ervaren bijwerkingen en mogelijk ook de rol van de partner.

Ons onderzoek toonde aan dat de respondenten geen verschil aangaven in voorkeur van het moment van anticonceptiecounseling, zowel het verwijsgesprek als ook het gesprek in de kliniek werden als goed moment gezien (90 versus 92%). Hierover geven andere onderzoeken verschillende resultaten. Zo toonde Amerikaans onderzoek van Matulich, Cansino, Culwell en Creinin (2014) aan dat het gesprek op de dag van de abortus minder geschikt zou zijn, omdat de vrouw dan op het punt staat een emotionele beslissing te nemen. In de richtlijn van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA, 2011) staat echter dat het wel wordt aanbevolen om anticonceptie te bespreken, zeker aangezien het hét uitgelezen moment is om bijvoorbeeld direct een spiraal te plaatsen. Als een dergelijke plaatsing wordt uitgesteld, is de kans groter dat het spiraal niet meer wordt geplaatst (Roe & Bartz, 2018; Heikinheimo, Gissler & Suhonen, 2008). Dat het aantal vrouwen in Nederland die de klinieken verlaat met een anticonceptie-advies de laatste jaren enorm is gedaald (IGJ, 2019), lijkt dan ook een gemiste kans in het bereiken van deze doelgroep.

Sterke en zwakke aspecten van het onderzoek

Dit onderzoek is, zover bekend, één van de weinige onderzoeken naar anticonceptiecounseling dat zich focust op de groep vrouwen die komt voor een herhaalde abortus. Sterk aan het onderzoek is, dat dit een groep vrouwen betreft, waarvan aangenomen mag worden dat anticonceptiecounseling bij hen meer aandacht vergt of dat zij vaker tegen problemen met anticonceptie aanlopen. Dit maakt dat zij een uitgelezen groep zijn om counseling te bevragen. Tevens is een sterk punt dat het onderzoek heeft plaatsgevonden in meerdere abortusklinieken, waardoor een betrouwbaardere afspiegeling van de doelgroep is gerealiseerd.

Een zwak punt aan het onderzoek is dat de totale respons van het onderzoek slechts 6% bedroeg. Het is niet geheel duidelijk waarom dit zo laag is. Een deel kan te maken hebben met de motivatie van de respondenten zelf. Zo werd bij navraag aan de abortuskliniek-medewerkers aangegeven dat sommige vrouwen niet mee wilden doen, omdat niet alle vrouwen, maar enkel de vrouwen die voor een herhaalde abortus kwamen, een vragenlijst kregen. Een deel kan ook bij de belasting van de klinieken liggen. Zo liep er ten tijde van het onderzoek tevens een enquête over de WafZ waardoor niet iedere dag alle vrouwen uit de doelgroep zijn benaderd. Door deze lage respons is er enkel een vergelijking tussen de gesprekken bij de huisarts en in de kliniek mogelijk. Voor een verdere uitsplitsing naar achtergrondkenmerken of specifieke gespreksmomenten is het aantal respondenten te klein. Ondanks deze lage respons komen de respondenten wat betreft opleidingsniveau, leeftijdsverdeling en relatie wel overeen met de vrouwen die een abortus laten uitvoeren in Nederland (IGJ, 2019). Daarnaast kan dat de setting waarin

het onderzoek zich afspeelde (in de abortuskliniek op de dag van de abortus) mogelijk de antwoorden van de vrouwen heeft beïnvloed. Ook kan er sprake zijn van een *recall bias* doordat gevraagd werd naar een ervaring in het verleden. Tot slot is in de opzet ook op twee maanden na de abortus een vragenlijst ingevuld. Door de zeer lage respons moesten deze resultaten achterwege worden gelaten. Hierdoor kan geen relatie gelegd worden tussen de kwaliteit van de counseling en het effect hiervan op het latere anticonceptie gebruik.

Conclusie

Deze studie toont aan dat de meeste artsen anticonceptie bespreken tijdens het proces van abortus bij vrouwen die al eerder een abortus hebben meege maakt. De vrouwen zijn tevreden over deze gesprekken. Vergeleken met eerder onderzoek toont dit onderzoek dat er onder huisartsen een toename lijkt van de anticonceptiecounseling bij vrouwen die komen met een abortusverzoek. Wat opvalt is dat er in deze gesprekken weinig gebruik gemaakt wordt van websites en folders. Hoewel niet bekend is of deze materialen bij deze doelgroep zouden kunnen bijdrage aan een betere anticonceptie keuze, lijkt het goed om hier meer aandacht voor te hebben. Daarnaast geven veel vrouwen die geen anticonceptie gebruikten aan dat bijwerkingen hier een reden voor zijn. Het is dan ook goed dat in de herziene richtlijn van het NHG meer aandacht is voor het bespreken van bijwerkingen (Damen & Kurver, 2020). Aangezien uit ons onderzoek blijkt dat een kwart van de huisartsen anticonceptie voorafgaand aan de abortus niet bespreekt en ook onderzoek van Cavallo (2020) aanbeveelt om op meerdere momenten in een zwangerschaps- of abortustraject anticonceptie counseling toe te passen, zou het wenselijk zijn om anticonceptie ook aan de 'Leidraad huisartsen bij onbedoelde zwangerschap' toe te voegen als bespreekpunt voorafgaand aan een abortus. Het laatste jaarrapport van de IGJ (2019) beschrijft dat abortusklinieken de anticonceptiecounseling steeds meer over laten aan de huisarts. Hierdoor zou juist de nacontrole een nog belangrijker moment kunnen worden om anticonceptie te bespreken, hetgeen ook in de hierboven genoemde leidraad staat genoemd. Tot slot is het onduidelijk of de vrouwen die geen counseling wensten omdat zij al wisten welke anticonceptie zij wilden gaan gebruiken, kiezen voor betrouwbare anticonceptie en of zij deze ook daadwerkelijk correct (blijven) gebruiken. Uit ons onderzoek volgt dan ook het advies om een vervolgstudie te doen naar de counseling tijdens het nacontrole moment. Daarnaast zou een aanvullende kwalitatieve studie meer inzicht kunnen geven in de ervaringen van vrouwen met herhaalde abortus ten aanzien van anticonceptiecounseling, alsook in eventuele andere factoren die meespelen in het al dan niet (correct) gebruik van anticonceptie.

Dankbetuiging

Veel dank gaat uit naar de abortusklinieken die hebben bijgedragen aan dit onderzoek te weten Abortuskliniek Amsterdam, Mildred clinics Eindhoven en Arnhem, Stimezo-Zwolle, Gynaikon Klinieken Rotterdam en Roermond, Vrouwen Medisch Centrum Den Bosch.

Literatuur

- Bender, S. S., & Geirsson, R. T. (2004). Effectiveness of preabortion counselling on postabortion contraceptive use. *Contraception*, 69(6), 481–487.
- Bianchi-Demicheli, F., Perrin, E., Bianchi, P. G., Dumont, P., Lüdicke, F., & Campana, A. (2003). Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study. *Contraception*, 67(2), 107–113.
- Cavallaro, F. L., Benova, L., Owolabi, O. O., & Ali, M. (2020). A systematic review of the effectiveness of counselling strategies for modern contraceptive methods: what works and what doesn't? *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 46(4), 254–269.
- Damen, Z., & Kurver, M. (2020). Herziening NHG-Standaard Anticonceptie. *Huisarts & Wetenschap*, 63, 48.
- Ferreira, A. L., Lemos, A., Figueiroa, J. N., & Souza, A. I. (2009). Effectiveness of contraceptive counselling of women following an abortion: a systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 14, 1–9.
- Goenee, M., Donker, G., & Wijsen, C. (2015). Huisartsenzorg in cijfers: anticonceptie voor en na ongewenste zwangerschap. *Huisarts en Wetenschap*, 58(11), 599.
- Heikinheimo, O., Gissler, M., & Suhonen, S. (2008). Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*, 78, 149–154.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2019). *Jaarrapportage 2018 Wet afbreking zwangerschap*. <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2020/02/06/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-2018>.
- Kroeze, S., (2018). Meerdere abortussen vooral bij alleenstaande moeder. *Medisch Contact*. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatstnieuws/artikel/meerdere-abortussen-vooral-bij-alleenstaande-moeder.htm>.
- Leeners, B., Bieli, S., Huang, D., & Tschudin, S. (2017). Why prevention of repeat abortion is so challenging: psychosocial characteristics of women at risk. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(1), 38–44.
- Fiom & NHG-expertgroep seksuele gezondheid. (2015). *Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap*. <https://fiom.nl/sites/default/files/files/Leidraad-huisartsen.pdf>
- Loeber, O. E., & Muntinga, M. E. (2017). Contraceptive counselling for women with multiple unintended pregnancies: the abortion client's perspective. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(2), 94–101.
- Matulich, M., Cansino, C., Culwell, K. R., & Creinin, M. D. (2014). Understanding women's desires for contraceptive counseling at the time of first-trimester surgical abortion. *Contraception*, 89(1), 36–41.
- Nederlands Genootschap van Abortusartsen. (2011). *Richtlijn begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen*.
- Nederlands Genootschap van Abortusartsen. (2012). *Richtlijn nazorg bij zwangerschapsafbreking*.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2020). *NHG-standaard anticonceptie*.
- Picavet, C. (2011). Anticonceptie op maat: Achtergronden van anticonceptiekeuze door jongeren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 35(2), 64–73.
- Picavet, C. (2012). Zwangerschap en anticonceptie in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 121–128.
- Picavet, C., Goenee, M., & Wijsen, C. (2013). Characteristics of women who have repeat abortions in the Netherlands. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18, 327–334.
- Picavet, C., & Leusink, P. (2017). Meer counseling in de NHG-Standaard Anticonceptie nodig. *Huisarts en Wetenschap*, 60, 8

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). *Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2017-2022*. <https://www.rivm.nl/documenten/nationaal-actieplan-soa-hiv-en-seksuele-gezondheid>.

Roe, A. H., & Bartz, D. (2018). Society of Family Planning clinical recommendations: contraception after surgical abortion. *Contraception*, 99(2), 2–9.

Rutgers. (2017). *Seksuele gezondheid in Nederland*. <https://www.rutgers.nl/feiten-en-cijfers/seksuele-gezondheid-en-gedrag/seksuele-gezondheid-nederland-2017>.

Stewart, H., McCall, S. J., McPherson, C., Towers, L. C., Lloyd, B., Fletcher J., & Bhattacharya, S. (2016). Effectiveness of peri-abortion counselling in preventing subsequent unplanned pregnancy: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 42, 59–67.

Zijp-Zuidema, C., Van Baarsen, B., Harfterkamp, A., & Jochemsen, H. (2007). De rol van de huisarts in de zorgverlening rond abortus provocatus. Een kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 50, 9.

Summary

Contraception counselling and contraceptive use in women with multiple abortions

Objectives: There is little information on contraception counselling in women who underwent an abortion. What we do know is that more than 30% of the women who chose for an abortion already had an abortion earlier in life. This study reveals the methods of contraception counselling and how content women who had multiple abortions were about this counselling.

Methods: It is a quantitative study in women above 18 years who visited an abortion clinic with a repeated abortion request. This multicentre study was performed from September 2019 until February 2020 in 7 abortion clinics in the Netherlands. The participants received a questionnaire on the day of the abortion. The questionnaire contained questions about contraception counselling during the former abortion, the use of contraception previous to this abortion, the topics of counselling and questions about how content they were about given information. The results were analysed using descriptive and bivariate analyses.

Results: In total, 140 women participated. 69% got pregnant during the use of contraception. The most heard reason for not using contraception were side-effects. In 86% of the consultations, contraception was mentioned. In 93% of these cases, different forms of contraception were discussed. 97% of the participants stated that they were supported by the professional in their contraceptive choice.

Conclusion: Most women who had multiple abortions received information about contraception and were also satisfied with the information they received. Side-effects were the most important reason for not using contraceptives. It is therefore important to focus on the side-effects in contraception counselling.

Keywords: contraception, abortion, counselling, prevention, unwanted pregnancy

Trefwoorden: anticonceptie, abortus, counseling, preventie, ongewenste zwangerschap

Het European Sexual Medicine Network: Een brede Europese aanpak van seksuele gezondheid

Jacques van Lankveld¹, Laura Baams², Charmaine Borg³, Stephanie Both⁴, Hanneke de Graaf⁵, & Luca Incrocci⁶

¹ Prof. dr. J. van Lankveld, Open Universiteit, Faculteit Psychologie, Nederland

² Dr. L. Baams, Universiteit Groningen, Afdeling Pedagogische en Onderwijswetenschappen, Nederland

³ Dr. C. Borg, Universiteit Groningen, Afdeling Gedrags- & Maatschappijwetenschappen, Nederland

⁴ Dr. S. Both, Leids Universitair Medisch Centrum, Polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie, Nederland

⁵ Dr. H. de Graaf, Rutgers Kenniscentrum Seksualiteit, Afdeling Nationale Programma's, Nederland

⁶ Prof. dr. L. Incrocci, Erasmus MC Rotterdam, Afdeling Radiotherapie, Nederland

Samenvatting

In dit artikel introduceren we kort het *European Sexual Medicine Network* (ESMN), een vier jaar durend Europees project dat beoogt om het vakgebied van de seksuologie een stevige impuls te geven en het prominenter op de Europese agenda te zetten. We bespreken de achtergrond, de rationale en de doelen van dit project. Ook wordt de structuur en werkwijze belicht. In een vooruitblik worden de geplande einddoelen en -producten beschreven, en hoe seksuologen, seksonderzoekers, opleiders en beleidsmakers hiervan kunnen profiteren.

In de Engelstalige literatuur wordt de term *sexual medicine* gebruikt om het omvangrijke wetenschapsveld van de seksuologie aan te duiden dat handelt over problemen met de seksuele gezondheid van mensen gedurende de levensloop (Cellek & Giraldi, 2012). Omdat het gebied zo omvangrijk is, ontbreekt het waarschijnlijk ook aan een alomvattende benadering: vergeleken met andere wetenschapsgebieden is er nog betrekkelijk weinig onderzoek gedaan naar seksualiteit en in veel Europese landen ontbreekt het aan docenten die gekwalificeerd zijn om het onderwerp te onderwijzen aan studenten van verschillende opleidingen en op verschillende niveaus (Reisman et al., 2013). Uiteenlopende disciplines (seksuologen, huisartsen, gynaecologen, urologen, psychologen, pedagogen, psychiaters, maatschappelijk werkenden) houden zich bezig met seksuologie in de rollen van hulpverlener, voorlichter, en wetenschappelijk onderzoeker, maar zij doen dit vaak slechts ten dele op basis van hun specifieke discipline.

Door technologische en sociaaleconomische vooruitgang en door de maatschappelijke veranderingen op diverse terreinen lijkt de belangstelling voor seksuele gezondheid toe te nemen. Denk hierbij aan de toegenomen publieke belangstelling en media-aandacht voor seksueel geweld binnen ongelijke machtsverhoudingen als gevolg van de #MeToo beweging (Maes et al., 2019; Nodeland & Craig, 2019). Het veel voorkomen van deze en andere vormen van seksueel geweld heeft de behoefte vergroot aan nieuw onderzoek naar de

determinanten van seksueel grensoverschrijdend en gewelddadig gedrag. Denk ook aan de situatie van de *Lesbian-Gay-Bisexual-Transgender-Queer/Questioning* (LGBTQ) gemeenschap, die in veel landen tot grote politieke controverses leidt (zie bijv. Billard & Gross, 2020), en tot discriminatie, uitsluiting en stigmatisering. Massamedia, waaronder sociale media, worden verondersteld een grote impact te hebben op de opvattingen over seksualiteit door jongeren (Manduley et al., 2018). En onderzoek naar de prevalentie, de pathofysiologie en de optimale behandeling van seksuele disfuncties geassocieerd met chronische ziekten, waaronder kanker, wordt belangrijker (Basson et al., 2010; Traa et al., 2012), onder meer door de verbeterde behandel mogelijkheden die de levensduur van mensen met deze aandoeningen verlengen. Belangrijk is ook dat de langere levensverwachting in goede gezondheid de medische en sociale wetenschappen dwingt om steeds meer aandacht te besteden aan de seksuele gezondheid van gezonde ouderen (Træen et al., 2017).

In april 2019 startte het *European Sexual Medicine Network* (ESMN). Het ESMN is een zogenaamde *Action* (CA18124) van de Europese *Cooperation in Science & Technology* (COST), waarmee de Europese Unie de ontwikkeling van netwerken voor wetenschappelijk onderzoek stimuleert. COST ontvangt onder meer financiering vanuit het Horizon 2020 programma van de EU. In tweede instantie is een bescheidener sponsorbedrag ontvangen van de firma Pfizer voor de ontwikkeling van een eigen website (<https://www.esmn-cost.eu/>).

De aanvraag werd ontwikkeld door een internationale groep van seksonderzoekers, onder leiding van Marianne Greil-Soyka, huisarts in Salzburg, Oostenrijk, en oprichter en eerste voorzitter van de Oostenrijkse *Academy for Sexual Medicine*. Het project loopt tot aan de zomer 2023, maar wordt vanwege de Covid-19 pandemie waarschijnlijk met een jaar verlengd. Aan het ESMN nemen seksonderzoekers, beleidsmakers en klinici deel uit 29 Europese landen. Ook zijn er deelnemers uit enkele landen buiten de EU, zoals Israël, Turkije, Georgië, en Zuid-Afrika. Momenteel zijn er 82 individuele leden. Sommige landen hebben meerdere vertegenwoordigers. Alle Nederlandse vertegenwoordigers zijn als auteur boven dit artikel te vinden. De leden maken deel uit van het *Management Committee*, zeg maar de ledenvergadering van het ESMN. Als dagelijks bestuur is er een kerngroep, die uit de voorzitters en vice-voorzitters van de vier werkgroepen bestaat, de president (Marianne Greil-Soyka) en vice-president (Ethel Quayle uit Schotland, UK), een *science communication* manager, een manager voor een ESMN subsidieprogramma voor korte werkbezoeken, en een manager voor het ESMN programma voor *conference grants*. De organisatiestructuur van het ESMN wordt weergegeven in Figuur 1. Ruim 20% van de leden zijn jonge onderzoekers. Van de leden komt 44% uit een van de zogenaamde *Inclusiveness Target Countries*, vooral landen in Oost-Europa, waar in het Horizon 2020 programma veel belang aan

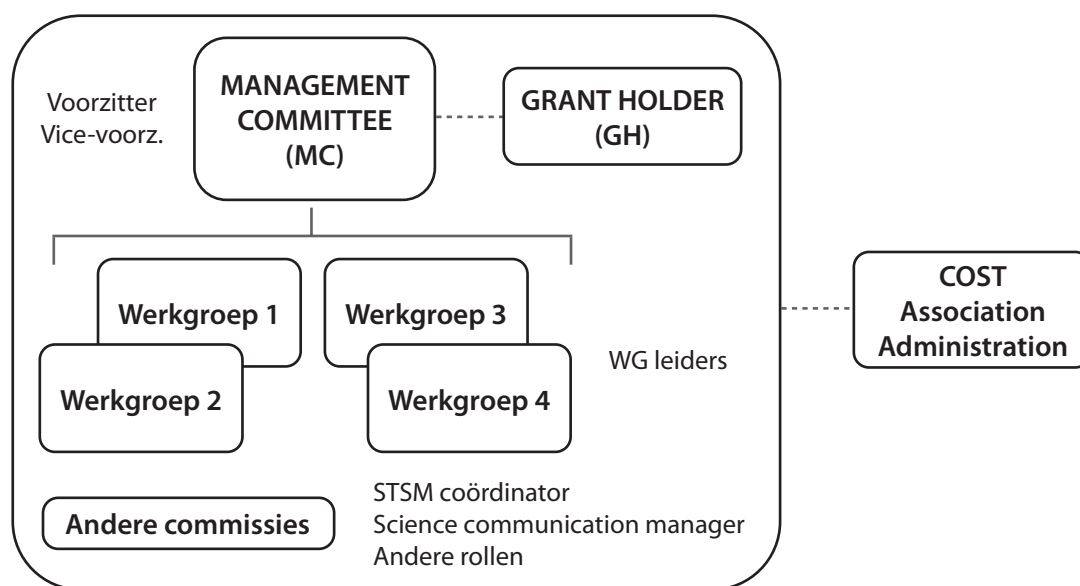
wordt gehecht om het wetenschappelijk onderzoek in die landen te stimuleren.

Het ESMN heeft naast een overkoepelend doel (het verbeteren van de seksuele gezondheid van alle inwoners van de aangesloten landen) verschillende subdoelen. Voor elke groep van doelen is een werkgroep ingesteld. De eerste werkgroep (onder leiding van Bruno Pereira (Portugal), Paul Enzlin (België) en Nina Heinrichs (Duitsland)) heeft tot doel om de wetenschappelijke onderzoeksresultaten van verschillende disciplines te verzamelen en te vergelijken om overeenkomsten te vinden in concepten en benaderingen binnen de seksuologie, en om deze te delen met alle belanghebbenden. De gedeelde concepten en definities dienen als de basis voor nieuw interdisciplinair onderzoek, met een bijzondere focus op het betrekken van jonge onderzoekers. De werkgroep heeft zich als doel gesteld om een serie *animated video's* online beschikbaar te maken over uiteenlopende thema's, zoals bijvoorbeeld over kanker en seksuele gezondheid. De video's zullen via de eigen website en via Youtube beschikbaar gesteld worden.

De tweede werkgroep (onder leiding van Charlotta Löfgren-Mårtenson (Zweden) en Erick Janssen (België)) richt zich op het stimuleren van nieuwe kennisverwerving en uitwisseling binnen het klinisch-seksuologisch onderzoek in Europa. De groep identificeert blinde vlekken en onderzoeksprioriteiten, met een nadruk

Figuur 1. Structuur van COST

COST Action Structuur



op het intercultureel perspectief. Ze definieert onderwerpen die in aanmerking komen voor het schrijven van relevante systematische reviews. Intussen is een Delphi-studie uitgevoerd om prioriteiten vast te stellen bij het verbeteren van de seksuele gezondheid in heel Europa (Dupont & Dewaele, 2021). Voor dit doel heeft de werkgroep experts binnen het ESMN met specifieke kennis over de betreffende onderzoeksgebieden bevestigd. Ook wil deze werkgroep informatie verzamelen over financieringsmogelijkheden voor seksuologische onderzoeksvragen, om deze vervolgens breed te delen. Verder is een subgroep bezig om de mogelijkheden te onderzoeken voor gemeenschappelijke concepten en vragenlijstitems voor *sex survey* onderzoek, zodat resultaten van dergelijk onderzoek uit verschillende landen onderling beter vergelijkbaar worden.

De gedeelde concepten van werkgroep 1 vormen ook de basis voor het ontwikkelen van interdisciplinaire curricula voor hoger universitair onderwijs volgens Europese normen van kwalificatie en erkenning. Deze taak is toebedeeld aan werkgroep 3 onder leiding van Johannes Bitzer (Zwitserland) en Evie Kirana (Griekenland). Een eerste curriculum op bachelor niveau voor seksuologie-onderwijs aan universiteiten is eind vorig jaar gepresenteerd (Bitzer, 2020). De werkgroep verzamelt gegevens over bestaande universitaire curricula op gebieden die het meest verband houden met seksuologie en seksuele gezondheid. Ze richt zich vooral op de studierichtingen geneeskunde en psychologie. Ook zijn er plannen voor het ontwikkelen van een modulair curriculum voor onderwijs op master- en post-master niveau. Voor de situatie in Nederland en België is dit laatste iets minder van belang omdat er al goede opleidingen bestaan (masteropleiding Familiale en Seksuologische Wetenschappen in Leuven, postmaster specialisatieopleidingen tot seksuoloog in Nederland en België), alhoewel aan de meeste Nederlandse universiteiten tijdens de bachelor-fase van de studies geneeskunde en psychologie geen aandacht aan seksuologie wordt besteed. In veel van de landen aangesloten bij het ESMN is echter geen sprake van opleidingen tot seksuoloog, noch van cursussen over seksualiteit binnen universitaire opleidingen. Een kant en klaar curriculum dat met aanpassingen aan de lokale situatie geschikt gemaakt kan worden, kan in dit opzicht een belangrijke stap vooruit zijn. Ook denkt deze werkgroep nog aan het ontwikkelen van curricula voor specialistische opleidingen op Europees niveau, zoals aan verpleegkundigen, verloskundigen, artsen, en medisch specialisten. Hiervoor wordt gestreefd naar afstemming met bestaande opleidingsfaciliteiten, zoals bijvoorbeeld de opleidingen die via de *European Society for Sexual Medicine* worden aangeboden. Er wordt ook educatief materiaal ontwikkeld voor de aangeboden curricula op de gebieden van kennis, vaardigheden en attitudes.

Tenslotte, om de inzichten en producten van het ESMN onder de aandacht te brengen van de verschillende doelgroepen van het project op een wijze die optimaal aansluit bij de behoeften van de doelgroepen, is werkgroep 4 werkzaam, onder leiding van Jacques van Lankveld (Nederland) en Kirstin Mitchell (Schotland, UK). Belangrijke communicatie- en verspreidingskanalen naar de doelgroepen zijn het internet (inmiddels is de website van de ESMN beschikbaar: <https://www.esmn-cost.eu/>) en social media (https://twitter.com/ESMN_COST). De doelgroepen waarop het ESMN zich richt lopen sterk uiteen met betrekking tot kenmerken als opleidingsniveau en type betrokkenheid bij de seksuologie. Het is belangrijk om de informatie die de ESMN werkgroepen samenstellen aan te bieden op een wijze die zo goed mogelijk aansluit bij deze kenmerken. Daarom worden voor elk type eindproduct, elke doelgroep, en indien nodig per land of groep van landen, specifieke communicatiestrategieën ontwikkeld. Er zullen internationale congressen en symposia gehouden worden als een van manieren om de boodschap van het ESMN onder de aandacht te brengen. Het eerste Symposium "Sexuality in Europe now" op 22 en 23 oktober 2021 in Salzburg, Oostenrijk, zal een hybride congres zijn met zowel de mogelijkheid van fysieke aanwezigheid op de locatie, als online deelnemen, zie <https://www.esmn-cost.eu/> voor meer informatie.

Het overkoepelende doel van het ESMN is, zoals eerder aangegeven, het verbeteren van de seksuele gezondheid van alle inwoners van de aangesloten landen. Het ESMN wil seksuele gezondheid op de maatschappelijke agenda zetten en houden. Dit kan op allerlei manieren. Onlangs heeft het Portugese parlement met algemene stemmen besloten tot het instellen van een nationale dag voor seksuele gezondheid (<https://www.facebook.com/patricia.pascoal.54/videos/10224185189553435/>), iets waarvoor onder meer de *World Association for Sexual Health* heeft geijverd (<https://youtu.be/zWborJaBvhE>). Behalve het algemene publiek, zijn ook seksonderzoekers, mensen in relevante posities voor de ontwikkeling en organisatie van onderwijs en beleidsmakers belangrijke doelgroepen. Na het einde van de projectperiode zal de ESMN website nog te raadplegen zijn. Ook zijn er plannen om vervolprojecten aan te vragen. Het *European Sexual Medicine Network* hoopt zo op meerdere vlakken de seksuologie in Europa een belangrijke impuls te geven. Nederland en België zijn vertegenwoordigd in alle geledingen en werkgroepen van ESMN; seksuologen uit de Lage Landen leveren binnen dit project dan ook een substantiële bijdrage.

Literatuur

- Basson, R., Rees, P., Wang, R., Montejo, A. L., & Incrocci, L. (2010). Sexual function in chronic illness. *Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 374-388.
- Billard, T. J., & Gross, L. (2020). LGBTQ politics in media and culture. In *Oxford research encyclopedia of politics*. Oxford University Press.
- Bitzer, J. (2020). *Sexual medicine curriculum. Undergraduate level* [video]. ESMN. <https://www.esmn-cost.eu/working-groups/working-group-3/>
- Cellek, S., & Giraldi, A. (2012). Challenges in sexual medicine. *Nature Reviews Urology*, 9(9), 537-542.
- Dupont, J., & Dewaele, A. (2021). *Delphi study* [video]. ESMN. <https://www.esmn-cost.eu/media/videos/>
- Maes, C., Schreurs, L., van Oosten, J. M. F., & Vandenbosch, L. (2019). #me too much? The role of sexualizing online media in adolescents' resistance towards the metoo-movement and acceptance of rape myths. *Journal of Adolescence*, 77, 59-69.
- Manduley, A. E., Mertens, A., Plante, I., & Sultana, A. (2018). The role of social media in sex education: Dispatches from queer, trans, and racialized communities. *Feminism & Psychology*, 28(1), 152-170.
- Nodeland, B., & Craig, J. (2019). Perceptions of legal and extralegal punishments for sexual harassment in the 'metoo' era. *Deviant Behavior*, 40(1), 1-2. doi: 10.1080/01639625.2019.1702615
- Reisman, Y., Eardley, I., & Porst, H. (2013). New developments in education and training in sexual medicine. *Journal of Sexual Medicine*, 10(4), 918-923.
- Traa, M. J., De Vries, J., Roukema, J. A., & Den Oudsten, B. L. (2012). Sexual (dys)function and the quality of sexual life in patients with colorectal cancer: A systematic review. *Annals of Oncology*, 23(1), 19-27.
- Træen, B., Hald, G. M., Graham, C. A., Enzlin, P., Janssen, E., Kvaalem, I. L., Carvalheira, A., & Štulhofer, A. (2017). Sexuality in older adults (65+). An overview of the literature, part 1: Sexual function and its difficulties. *International Journal of Sexual Health*, 29(1), 1-10.

Summary

The European Sexual Medicine Network: A broad European approach to sexual health

In this article, we briefly introduce the European Sexual Medicine Network (ESMN), a four-year European project that aims to give the field of sexology a strong boost and put it more prominently on the European agenda. We discuss the background, rationale, and goals of this project. The structure and methods are also explained. A preview describes the planned end goals and products, and how sexologists, sex researchers, educators, and policy makers can benefit from them.

Keywords: sexual medicine, sexology, European network, research, education, policy

Trefwoorden: seksuele gezondheid, seksuologie, Europees netwerk, onderzoek, onderwijs, beleid

Literatuurbulletin



Angel, Katherine (2021).

Tomorrow sex will be good again. Women and desire in the age of consent.

London/New York:

Verso, 147 pagina's,

€15,99

In de loop van de vorige eeuw kreeg een cultuur van waarheidsvinding over seksualiteit gestalte die wij heden ten dage vooral kennen via één van haar grootste criticasters, Michel Foucault. De liberalistische overtuiging dat seksualiteit gebaat is bij 'de waarheid' erover, werd door hem ontmaskerd als overmatig optimistisch, naïef en, vooral, als eerder repressief dan emancipatoir. Een libertair weten over seks is immers nog geen bevrijding van macht. Sterker, met het formuleren van 'de waarheid' wordt macht uitgeoefend, zo weten wij nu.

Katherine Angel ziet gelijkenissen tussen de toenmalige cultuur van waarheidsvinding en de tegenwoordige 'consent culture'. Daarom koos ze Foucault's cynische parafrase van de libertaire idee, 'tomorrow sex will be good again', als de titel van haar monografie over de huidige *age of consent*. Omdat die titel nogal uitleg behoeft, is het wat mij betreft wellicht het minst geslaagde aspect van dit in vele andere opzichten heerlijke boek. Het ogenschijnlijk uit de losse pols geschreven proza leest heerlijk weg. De doorlopende tekst (zelden zo weinig tussenkoppen gezien in een wetenschappelijk werk) is van bijna literaire kwaliteit. De inhoud is enigszins iteratief maar zorgvuldig opgebouwd, overtuigend, origineel en inspirerend. Angel ziet menselijke, in het bijzonder, vrouwelijke kwetsbaarheid in seksualiteit als een structureel gegeven dat met geen enkele instemmingseis verholpen kan worden. En verast tenslotte met de stellingname dat we dat eigenlijk ook niet moeten willen! Uiteindelijk is het pleit om seksuele kwetsbaarheid te erkennen en zelfs te koesteren.

Laat me u een inkijkje bieden in de argumentatie in elk van de vier verweven hoofdstukken. In het eerste, *On consent*, wordt de idee van een instemmingscultuur neergezet: de wijdverbreide retoriek die instemming voorstelt als dé oplossing voor gemankeerd seksueel verkeer, een gebrek aan plezier en een teveel aan geweld. Maar instemming wordt onterecht geïdealiseerd, is de stelling van Angel. Het biedt geen enkele garantie

op plezier. En legt bovendien met de eis van seksuele zelfkennis en zelfvertrouwen een erg grote last op de schouders van vrouwen. Want de *double bind* waarin vrouwen zich bevinden (seks is zowel plicht als bron van veroordeling) maakt die kwaliteiten juist principieel problematisch. Het is natuurlijk niet slecht als vrouwen meer seksuele assertiviteit aan de dag zouden (kunnen) leggen, maar we moeten niet uit het oog verliezen hoe ze daar stelselmatig juist ook voor afgestraft worden. Angel hamert erop dat het onder de vigerende (patriarchale, seksistische, kapitalistische) verhoudingen volkomen vanzelfsprekend is dat vrouwen hun verlangen niet kennen of kenbaar kunnen maken. We hebben het juist over vrouwelijk *consent* OMDAT veel vrouwen slachtoffer van geweld worden en seks vaak onbevredigend voor hen is, benadrukt ze. Als seksuele ervaringen voor vrouwen overwegend aantrekkelijk zouden zijn, zouden we het over zin en verlangen hebben, niet over instemming; een observatie die klinkt als een klok. *Consent culture* (en het bredere *confidence culture* in het algemeen) legt dus ten onrechte de bal bij het individu. Maar '*bad sex is a political issue*', zo scherpt Angel het aloude adagium fijn aan. *Bad sex* ontstaat vanuit onrechtvaardige gendernormen en onevenredige toegang tot *sexual literacy*, plezier en *entitlement*. Privatisering van die realiteit zoals in de eisen van vrouwelijke zelfkennis en instemming, is geen structurele oplossing.

In het tweede hoofdstuk *On desire* reflecteert Angel op de wijdverbreide aanname dat seksueel verlangen in mannen groter, vanzelfsprekender en 'natuurlijker' zou zijn dan in vrouwen (opvallend genoeg zonder te refereren aan Hollway's propositie van een hegemonisch *male sexual drive discourse*). Kinsey alsook Masters en Johnson passeren als representanten van pogingen om te laten zien dat vrouwen heus ook inherent lustvol zijn en een diep, dringend verlangen bezitten. Ook feministische kritiek dat deze claim seks eens te meer tot plicht maakt, evenals bedenkingen bij het mechanische en medicaliserende karakter van de seksuele respons cyclus, worden behandeld. Angel onderschrijft van harte de notie van seksueel verlangen als notoir contextueel, variabel, circulair en responsief. Maar ze ventileert wel sterke bedenkingen bij de gedachte zoals we die bijvoorbeeld bij Basson zien, dat dit vooral het vrouwelijk verlangen zou gelden (en een hoge mate van irritatie dat het mannelijk verlangen daarbij conceptueel intact blijft als een *deep need*). Ze legt de vinger subtiel op enkele plekken waar binnen de seksuologie op die manier 'gender wordt gedaan'. Angel benadrukt juist dat alle seksualiteit responsief is, eerder circulair dan lineair, dat alle verlangen ontstaat binnen een context die het ook vorm geeft. En dat de vigerende sociale context vooral bevorderlijk is voor het mannelijk verlangen: '*straight men's desire is encouraged, imagined, represented and ca-*

tered for at every turn' (p.66). Tegelijkertijd vraagt de wereld van vrouwen het onmogelijke, namelijk de ontwikkeling van een positief verlangen tegen de klippen van beschaming en dreiging op. Als we seks echt *joyfull* en *fulfilling* willen maken, moeten we ophouden individuen aan te spreken en al onze inspanningen richten op die negatieve, alles instigerende context, zo is opnieuw de logische conclusie. Hij is me uit het hart gegrepen.

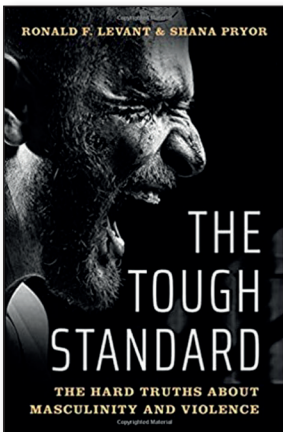
In haar reflectie *On arousal* deelt Angel nog wat rake klappen uit aan het adres van de seks-wetenschap, met name het laboratoriumonderzoek. In het algemeen vindt ze dat seksonderzoekers zich te weinig realiseren dat ze met de keuzes die ze maken en de meetmethoden die ze hanteren, invloed uitoefenen op onze voorstellingen en beleving van seks en erotiek: *one cannot study sex without affecting it*. Zo wordt het primaat van het genitale in het lab steeds bevestigd, terwijl seks uiteraard veel meer is dan dat. Het meten van bloedstroom, zwelling en lubricatie is niet meer of minder dan precies dat, benadrukt ze. De relatie met subjectieve beleving is verre van helder. In die zin is de waargenomen non-concordantie tussen fysiologische respons en subjectieve beoordeling bij vrouwen een logisch artefact, stelt Angel, allesbehalve de waarheid over de vrouwelijke seksualiteit. Sterker, Angel durft te suggereren dat de interesse in non-concordantie zo groot is omdat het ondersteunend is voor de gedachte dat vrouwen te weinig weten hebben van hun eigen verlangen. En daar wordt, in de huidige *consent* en *confidence culture* nou juist zo enorm op aangedrongen. Onterecht dus, omdat vrouwen hun verlangen nou juist zo moeilijk kunnen kennen door alle dreiging en *shaming* heen. En zelfkennis trouwens principieel geen voorwaarde zou moeten zijn voor veiligheid!

Die gedachte wordt verder uitgewerkt in het laatste hoofdstuk *On vulnerability*. Hier wordt helder waarom Angel de *consent* campagne kritiseert maar zich toch slecht kan vinden in andere criticasters. Waar, bijvoorbeeld, Roiphe en Kipnis vinden dat de nadruk op vrouwen als kwetsbaar en mannen als agressief te zeer genderstereotypen bevestigt, breekt Angel een lans voor een vergaande acceptatie, ja zelfs koestering van die kwetsbaarheid: *in all sex, we are quintessentially vulnerable*. Alle seks is in feite een spel met macht en afstand doen, een 'ambigue ruimte tussen verlangen en onzekerheid', schrijft ze. Grenzen stellen is inderdaad wenselijk, maar laten we niet verharderen tot op het punt van rigiditeit; veranderlijkheid is juist ook één van de mooie kanten aan seks. Angel werpt licht op het mogelijke plezier in kwetsbaarheid. Ze breekt een lans voor porositeit, voor 'poreus zijn', voor kwetsbaarheid als de weg naar ontvankelijkheid, conversatie, creatie, en ontdekking. En ze benadrukt dat we uiteraard het recht hebben om ja of nee te zeggen tegen seks, maar ook het recht om te zeggen 'misschien', 'laten we eens kijken hoe het zich ontwikkelt'. Het besluit tot seks kan nooit statisch zijn want seks is niet statisch. Seks ontvouwt zich. Daarbij kan overgave evenzogoed erotisch

zijn als autonomie en controle dat kunnen zijn. Waarom zouden we inschikkelijkheid en buigzaamheid als een tekortschieten zien? Is het niet juist mooi dat we ontvankelijk zijn voor anderen? '*Sometimes, the deepest pleasure is in letting someone in*' (p.114).

Angel benadrukt dat ook mannen kwetsbaar zijn in seks. Ze citeert queer theoreticus Leo Bersani, die stelt dat fallocentrisme niet zozeer macht aan vrouwen ontzegt (alhoewel dat zeker ook), maar vooral ook de waarde van machteloosheid ontkent, voor vrouwen en mannen: '*we are all at someone else's mercy in sex*'. Ze zegt het niet met zoveel woorden (wellicht om beschuldiging van essentialisme te vermijden), maar ze pleit voor een vrouwelijker manier van kijken naar seks en seksuele beleving. En voor een grotere waardering van kwaliteiten die traditioneel vooral aan vrouwen toegeschreven dan wel voorbehouden zijn, zoals openheid, communicatie, porositeit en onzekerheid (in tegenstelling tot kracht, zelfbeschikking en autonomie). Ik ben vast niet de enige die zowel sympathie als op zijn minst ook een beetje ongemak voelt bij een dergelijk pleidooi, maar geef vooralsnog alle krediet aan de opening en inspiratie die het biedt voor een minder eenzijdige, inclusievere benadering van seksuele interacties. En ook alle krediet aan de erkenning dat simpele oplossingen nooit werken met betrekking tot seks. Mét Angel waag ik het te betwijfelen of we ooit een situatie bereiken die vrij is van ongelijkheid en macht. We zullen steeds moeten blijven onderhandelen, een balans zien vinden en proberen te achterhalen wat we willen en hoe daar te komen. Angel sluit optimistisch af met '*the joy may be in it never being done*'. Na lezing van dit bezielende boek zou je dat bijna kunnen geloven.

Ine Vanwesenbeeck
Psycholoog



Levant, Ronald F. & Pryor, Shana (2020).

**The Tough Standard.
The Hard Truth about
Masculinity and Violence.**

Oxford University Press,
119 pagina's, €25,99
(E-book €15,99).

Vanaf de 80er jaren van de vorige eeuw staat mannelijkheid nadrukkelijk op de agenda, niet zelden in termen van een 'crisis'. De laatste tijd kent mannelijkheid opnieuw 'een moment'. Dat hangt, volgens de auteurs van dit boek, samen met aantrekkend protest tegen partner- en seksueel geweld, de wereldwijde #MeToo-beweging, pleidooien voor wettelijke verankering van *positive consent*, maar ook met een ogenschijnlijke toename van *hate crimes* en *mass shootings*. De verbindende factor in al deze vormen van geweld is immers dat ze voornamelijk door mannen worden gepleegd. Weliswaar zijn de meeste mannen niet gewelddadig, maar de mannelijkheidsideologie (het normatieve geheel aan gevoelens, overtuigingen en gedragingen die over het algemeen toepasselijk worden gevonden voor jongens en mannen) speelt wel degelijk een grote rol. Dat is wat Levant en Pryor met dit boek willen laten zien. Met de term mannelijkheid wordt dus nadrukkelijk niet verwezen naar biologische mannen, maar de dominante mannelijkheidsideologie houdt biologische mannen wel sterk *imprisoned*. Levant en Pryor streven er met hun werk naar mannen te bevrijden uit die gevangenis van mannelijkheid, voor hun eigen welzijn en dat van anderen en de gehele wereld.

Daartoe is uiteraard een degelijk *state-of-the-art* overzicht aangewezen van de wetenschappelijke kennis over mannelijkheid. Dit boek beoogt dat overzicht te geven en lost die belofte met glans in. Het heeft de strak georganiseerde structuur van een typisch Amerikaans handboek. De vele 'vragende' (sub)koppes (bijvoorbeeld: *Do most men endorse masculinity norms? Are we saying that masculinity is all or always bad?*) doen nogal schools aan maar komen de overzichtelijkheid ten goede. Verschillende hoofdstukken zijn sterk empirisch georiënteerd en bieden uitgebreid zicht op de ontwikkelingen in het (veelal Amerikaanse) onderzoek naar mannelijkheid en haar (?) negatieve gevolgen. Soms staat de leesbaarheid door het veelvuldig gebruik van acroniemen (voor constructen en vragenlijsten) enigszins onder druk, maar de portee is helder: de mate waarin traditionele mannelijkheidsnormen door studiedeelnemers worden onderschreven en/of

zij (dus) genderrolconflict ervaren, is overtuigend geassocieerd met negatieve uitkomsten op het vlak van gezondheid, interpersoonlijke verhoudingen en, niet in laatste instantie, gewelddadig gedrag. De koppeling van *gun* en *sexual violence* mag aanvankelijk wat geforceerd (en opportunistisch) overkomen, na lezing zijn eventuele bezwaren goeddeels naar de achtergrond gewerkt.

Het inleidende theoretische hoofdstuk betoogt dat in de hedendaagse genderpsychologie de idee van een 'natuurlijke' genderidentiteit in het verlengde van de biologische sekse, het oude *gender role identity paradigm* (GRIP), nu wel verlaten is. Dat wordt inmiddels sterk overschaduwd door de gedachte dat genderstereotypen geconstrueerd, normatief en *baked into everything* zijn, alles en iedereen beïnvloeden en de (patriarchale) status quo beschermen. Met betrekking tot mannelijkheid is nu het *gender role strain paradigm* (GRSP) dominant. *Discrepancy strain* wordt veroorzaakt doordat mannelijkheid continu bewezen moet worden. Manlijkheid is *hard won but easily lost*. Nonconformiteit wordt onmiddellijk afgestraft. Het *otherizes*, marginaliseert. Manlijkheid kent natuurlijk best positieve aspecten (moed, verantwoordelijkheid, daadkracht) maar mannen hebben, minder nog dan vrouwen, geen alternatief. Die dwingende eis is uitermate stressvol en daarmee een factor van belang in het ontstaan van geweld. Ook de gezondheid van mannen lijdt onder manlijkheid want die weerhoudt hen ervan een beroep te doen op zorg en ondersteuning.

In zijn algemeenheid wordt manlijkheid een vorm van ontmenselijking gevonden. Het ontzegt mannen emotionele expressie, vooral van gevoelens van *caring*, kwetsbaarheid, verbondenheid en liefde. Die zijn *a gay thing, not a guy thing*. Daarmee veroorzaakt manlijkheid minstens enige mate van alexithymie: het onvermogen om emoties te ervaren of te omschrijven. Woede en lust zijn eigenlijk de enige emoties die worden aangemoedigd in mannen. Uiteraard heeft dat grote consequenties op relationeel en seksueel vlak. Het taboe op emoties, empathie en verbinding dwingt mannen tot het hanteren van minder effectieve coping mechanismen. Het externaliseren van problemen is meer in lijn met de manlijkheidsnorm dan een open, eerlijk gesprek. Depressie en eenzaamheid liggen op de loer. En schaamte, vooral ten opzichte van andere mannen die de norm vertegenwoordigen. De prijs van manlijkheid is dus hoog. Maatschappelijk *male privilege*, zeker voor witte mannen, werkt als een doekje voor dat bloeden en bestendigt tegelijkertijd de kwalijke status quo. Maar zelfs dat privilege staat nu voor grote groepen mannen onder druk. Levant en Pryor wijzen erop dat de maatschappelijke positie van *white-working class men* zwakker wordt. Deze mannen zouden hun soelaas kunnen zoeken in vrouwenberoepen, het ontwikkelen van vrouwelijke vaardigheden of zich verdienstelijk maken in huishoudelijk en kindercare en ander onbetaald werk. Maar de manlijkheidsnorm

weerhoudt hen daarvan. Waarmee de aloude frustratie-agressie link in volle hevigheid actueel wordt.

De evidentie dat mannelijkheid een rol speelt in agressie en geweld is overweldigend. Hier zij wel aangetekend dat die negatieve effecten vooral gezien worden bij hen die notoir hoog scoren op (de verschillende operationalisaties van) mannelijkheid. De rol van biologische factoren in gewelddadigheid wordt sterk geminimaliseerd. Aardig is daarbij de observatie dat, gezien de correlatieve aard van studies die een associatie vinden tussen gewelddadigheid en hoog testosteron, geweld wellicht eerder de oorzaak dan het gevolg zou kunnen zijn van dat hoge testosteron niveau. Belangrijker dan biologische factoren worden sociale factoren geacht, zoals een bedreigde maatschappelijke positie en stress vanwege het onvermogen de gevraagde mannelijkheid vorm te geven en in praktijk te brengen. Casestudies van enkele 'beroemde' daders van *school shootings* worden gepresenteerd langs deze lijnen. Vaak is sprake van 'marginalized masculine identities'. Agressie is dan feitelijk functioneel bij het nodige herstel van (bedreigde) mannelijkheid. Mannelijkheid wordt hier niet zozeer gezien als oorzaak van het geweld, maar geweld wordt gezien als een hulpmiddel voor het in praktijk brengen, het 'doen' van mannelijkheid en het vestigen van (de vereiste) dominantie. Hetzelfde speelt bij geweld in de huiselijke sfeer. Vijandig seksisme en een dominante oriëntatie versterken de link tussen hoge mannelijkheidscores en agressief gedrag.

Bij seksueel geweld wordt de link tussen (extreme) mannelijkheid en agressie bovendien gemedieerd door een onpersoonlijke, promiscue seksuele oriëntatie. Het desbetreffende *confluence model* van Malamuth en collega's wordt hier met grote instemming besproken. Ook bij seksueel geweld zijn het vooral de hoge scores op mannelijkheidsindices die funeste associaties laten zien. Er zijn aanwijzingen dat enkele specifieke aspecten van mannelijkheid van belang zijn bij seksueel geweld: de vermindering van vrouwelijkheid, gevoelens van privilege en *entitlement*, verstoorde empathie en sterk bedreigde, *precarious* mannelijkheid.

De auteurs zijn geen fan van de kwalificatie *toxic* bij mannelijkheid. Die vinden ze misleidend omdat het suggereert dat mannelijkheid op zich niet schadelijk is, quod non. Het probleem is dat positieve varianten slecht ontwikkeld zijn. Maar dat betekent geenszins dat alle mannen slecht zijn. Feitelijk onderschrijven de meeste mannen de traditionele norm in slechts beperkte mate. En de grootse problemen doen zich juist voor waar dat sterk wel gedaan wordt. We zouden giftige mannelijkheid dan ook het best kunnen begrijpen als *high levels of masculinity adhered to rigidly*. De auteurs benadrukken dus dat er meerdere vormen van mannelijkheid zijn. Behalve individuele verschillen zijn er ook culturele en situationele verschillen. Enigszins obligeert aandoende waarheden als '*no one size fits all*' en '*context matters*' worden gebezigd.

Het slothoofdstuk met de veelbelovende titel *What can be done?* borduurt daar nog even op voort. Feministische, progressieve, permissieve en inclusieve mannelijkheden worden benoemd en kort besproken. Allemaal komen ze eigenlijk neer op het streven naar minder van dat kwalijke in mannelijkheid. Er is wel enig verschil in herkomst van de verschillende concepten. Waar feministische mannelijkheid vooral wordt bepleit onder de vlag van *degendering society*, is de idee van progressieve mannelijkheid vooral geboren uit de bewegingen ter preventie van geweld. Permissieve mannelijkheid is vooral gekoppeld aan de acties van atleten en beroemdheden terwijl de term inclusieve mannelijkheid vooral wordt gehanteerd in onderzoek naar jonge mannen heden ten dage.

De aanbevelingen in antwoord op de vraag *what can be done* zijn vervolgens ronduit teleurstellend. Enkele (deels overbekende) voorbeelden van trainingen, campagnes, pleidooien voor genderneutraal ouderschap, relevante academische organisaties en vormen van psychoeducatie voor mannen passeren de revue. Grote vragen worden niet opgelost, zoals hoe overtuigen we mannen? Alleen de oproep tot 'minder mannelijkheid' werkt misschien niet echt motiverend. Wellicht is 'vermijd een teveel aan mannelijkheid' al wat beter werkbaar? 'Ontgift mannelijkheid', daar lijkt het wel op neer te komen. Die leus wordt door de auteurs niet expliciet voorgesteld. Hetzelfde geldt voor de suggestie dat campagnes en psychoeducatie gericht aandacht zouden kunnen besteden aan de specifieke kwalijke aspecten, in het bijzonder de angst voor vrouwelijkheid, overmatig gevoel van privilege en *entitlement* en verstoorde empathie. Er zou anderzijds ook meer empathie gemobiliseerd kunnen worden voor de enorme last van sterk bedreigde, *precarious* mannelijkheid. De programmabeschrijvingen in het boek zijn te globaal om te weten in hoeverre dat al gebeurt.

Op die manier wordt er een wat mij betreft tegenvallend einde gebreed aan een heel degelijk overzicht van de *state-of-the-art* in mannelijkheidsonderzoek. De slotwoorden zijn uiteraard optimistisch: *A clear change is on the horizon. Men are human beings first. Men can fail to attain masculinity and still be men. Staan we nu nog voor de uitdaging mannen in de gelegenheid te stellen die gedachte in praktijk te brengen.*

Ine Vanwesenbeeck
Psycholoog

