

tijdschrift voor  
**seksuologie**

- 165 Editoriaal**  
*Marieke Dewitte*
- 167 Op het snijvlak van autisme, genderdiversiteit en seksualiteit: Een pleidooi voor netwerkzorg en leren uit ervaring**  
*Jeroen Dewinter, Anna I.R. van der Miesen, Sascha E. Klomp, Marijn Maassen, & Wilma Mathurin*
- 174 De ervaring met en beleving van orale seks bij heteroseksuele jongvolwassenen: Een mixed-method studie**  
*Eva K. Ferman, Cox A. Foss, & Mark Spiering*
- 191 Impact van de modus partus op het seksueel functioneren van primipara 6 maanden postpartum: een systematische review**  
*Ilse E.M. van de Ven, Dr. Jacques W.M. Maas, & Dr. Judith O.E.H. van Laar*
- 200 Ondersteuning van de communicatie bij koppels omtrent seksualiteit en intimiteit na een prostaatkankerbehandeling**  
*Sofie Naeyaert, Marjoke van Coillie, & Ines Keygnaert*
- 209 Literatuurbulletin**

## Tijdschrift voor Seksuologie

Wetenschappelijk kwartaalblad over onderzoek en ontwikkelingen op het gebied van de seksuologie  
[www.tijdschriftvoorseksuologie.nl](http://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](mailto:redactie@tijdschriftvoorseksuologie.nl).  
Voor uitgebreide informatie zie de website  
[www.tijdschriftvoorseksuologie.nl](http://www.tijdschriftvoorseksuologie.nl).

### Redactie-adres

Voor Tijdschrift voor Seksuologie: dr. M. Dewitte  
E: [marieke.dewitte@maastrichtuniversity.nl](mailto:marieke.dewitte@maastrichtuniversity.nl)  
Voor Literatuurbulletin: dr. Andrea Grauvogl,  
E: [literatuurbulletin@gmail.com](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:vgabv@planet.nl)

### Omslagontwerp

Vlijtige Lis geeft Vorm, E: [iris@vlijtigelis.nl](mailto: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

Het schrijven van deze redactionele inleiding stond ingepland voor het weekend na 26 november. Ik zou vast heel wat interessante aan-grijpingspunten hebben om over te schrijven, zo na dat inspirerende Lustrumcongres. Druk nadenkend over de thema's die aan bod kwamen, geënthousiasmeerd door gesprek en debat, opgeladen omdat we elkaar eindelijk weer eens 'in het echt' konden ontmoeten en nagenietend van het feest (wie weet zelfs herstellende van een kleine kater). Maar alweer moesten we beroep doen op onze flexibiliteit? Toen we van start gingen met het plannen van het lustrumcongres, zo vorig jaar aan het einde van de lente, werd de vraag 'wat als corona ...' heel snel afgewimpeld. Kom op, we zijn er bijna van af, tegen november kan het wel weer.

Het was geen eenvoudige beslissing. Moeten we de verantwoordelijkheid bij de individuen laten, is het aan ons om hierin verantwoordelijkheid te nemen, gaan we door te annuleren mee in de 'angstpsychose' die alom heerst? Hoezo is er sprake van een vertekende realiteit, is het dan alleen angst en onzekerheid, kunnen we de cijfers naast ons neerleggen, onze deelnemers werken toch allen in de zorg? Verschillende visies, die gelukkig naast elkaar konden bestaan en ons niet in de weg stonden om een gezamenlijk, onverdeeld en unaniem besluit te nemen. In de huidige omstandigheden kon het congres niet doorgaan zoals we het gepland hadden. Bovendien was er risico op *last-minute* annuleringen bij sprekers en publiek door quarantaine of besmettingen, een mogelijks onveiligheidsgevoel en geen feestelijke afsluiter en dat was toch het hele opzet van een lustrum-editie. Annuleren bleek de juiste beslissing want het aantal besmettingen werd alleen maar hoger, de maatregelen werden alleen maar strenger en veel werknemers in de zorg kregen een verbod op het bijwonen van (inter)nationale studiedagen en congressen. Uitstel is geen afstel, ook al zeggen we dat nu al bijna 2 jaar. We komen gauw met een nieuwe datum.

Dat er verschillende meningen zijn, is des mensen. Dat die verschillende meningen tot polarisering leidt, is helaas ook des mensen. Los van de stijgende cijfers, de druk op de zorg en de gezondheidsrisico's voor mensen met een kwetsbaarheid, maak ik me veel zorgen over de maatschappelijke gevolgen van de pandemie en vooral van de politieke maatregelen.

Pro-vaxxers, anti-vaxxers, complotdenkers, gezondheidsgoeroe's die het virus willen verslaan door onze immuniteit te *boosten* ... deze pandemie-crisis laat

weinig onverschillig. Er is verdeeldheid op grote schaal, maar ook op kleine schaal, zelfs binnen families en vriendengroepen. Sommigen durven hun mening niet meer uiten, sommigen doen dit heel uitgesproken en op een destructieve manier, met zelfs rellen tot gevolg. Wanneer heeft geweld ooit een crisis opgelost? En waar gaat die strijd nu eigenlijk om? Laat ons toch vooral blijven luisteren naar elkaar. Ik hoor ook mensen die moe zijn, overprikkeld, angstvallig (sociale) media proberen buiten te houden en er even genoeg van hebben.

Ook ik heb mijn mening, maar dit is niet de plaats om die te verkondigen. En ook ik heb er genoeg van. Dus zal ik maar ophouden over dat verdomde virus en mijn collega's aan het woord laten. Wat kunnen jullie in dit nummer verwachten?

De Winter en collega's kaarten een belangrijk thema aan in hun artikel over autisme, genderdiversiteit en seksualiteit. De link tussen neurodiversiteit en seksuele diversiteit is lange tijd genegeerd, hoewel er indicaties zijn dat mensen met autisme vaak een specifieke en diverse (lees: niet-normatieve) sensorische perceptie hebben van hun seksuele wereld. Over genderdysforie en genderdiversiteit wordt al helemaal nauwelijks geschreven of gesproken in het kader van autisme. De Winter en collega's breken een lans en geven een overzicht van de huidige kennis over genderdiversiteit en autisme. Ze benoemen de barrières in de zoektocht van autistische transpersonen naar hulp en de barrières bij hulpverleners om over seks te praten, die zich enerzijds bij de persoon van de hulpverlener situeren, maar ook een structureel probleem vormen, namelijk een gebrek aan kennis. Ze pleiten daarom voor het versterken van kennis en kennisuitwisseling over autisme, genderdiversiteit en seksualiteit bij hulpverleners. Het is hierbij relevant om informatie en ervaringen in te winnen bij de autistische transpersonen zelf. De winter en collega's blijven niet steken op het niveau van reflectie, maar leggen de nadruk op beleid en goede samenwerking en geven concrete tips hoe het gesprek met autistische transpersonen aan te gaan.

Het artikel van Ferman en collega's richt zich op de seksualiteit van jongvolwassenen. Ze voerden in het kader van hun masterthesis een uitgebreid onderzoek naar de frequentie en beleving van orale seks. Omdat er aanzienlijk minder gegevens beschikbaar zijn over orale seks dan over coitus, besloten ze dit thema uitvoerig te bestuderen, zowel aan de hand van vragenlijsten als persoonlijke interviews. Op die manier kon ze pa-

tronen en onderliggende mechanismen onderzoeken, zoals onzekerheid over het eigen genitaal, seksuele autonomie en de mate waarin (geven en ontvangen van) orale seks als intiem ervaren wordt. De resultaten zijn opvallend, maar niet verrassend. Het feit dat mannen in heteroseksuele koppels meer orale seks ontvangen dan vrouwen en ze dit beiden als vanzelfsprekend beschouwen, zeker in een losse relatie, maakt nog maar eens duidelijk dat het mannelijk seksueel plezier centraal staat en dat vrouwen hun eigen genot ondergeschikt maken aan dat van hun partner. We zijn er nog lang niet. Een duidelijke oproep om actief te blijven inzetten op relationele en seksuele (her)vorming.

Het overwicht aan psychosociale thema's in ons tijdschrift en het gebrek aan medische artikelen doen tekort aan onze biopsychosociale benadering van seksualiteit, iets wat al vaker genoemd werd in voorgaande redactie-overzichten. Ik ben dan ook verheugd met de systematische review van van de Ven en collega's waarin de gevolgen van een vaginale bevalling versus een keizersnede op de seksuele functie van vrouwen 6 maanden na hun eerste bevalling beschreven wordt. Omdat sommige vrouwen bewust kiezen voor een keizersnede uit angst voor seksuele disfunctie na een vaginale bevalling is het belangrijk om te onderzoeken of de modus partus wel degelijk een effect heeft op het seksueel functioneren. Hoewel seksuele functie en beleving niet noodzakelijk samengaan en er geen directe eenduidige conclusies kunnen getrokken worden op basis van de bestaande studies, roept dit overzicht op tot meer aandacht voor prenatale begeleiding en advies en meer systematisch onderzoek naar dit thema.

Met het artikel van Naeyaert en collega's over seksuele communicatie tussen partners na een prostaatankerbehandeling blijven we weliswaar in het medische veld, maar ligt de nadruk veeleer op de psychosociale gevolgen van kanker. Het feit dat ook op dat vlak nog veel onderzoek nodig is - onderzoek dat tot nu toe vooral gericht is op het kwantificeren van seksuele gevolgen - en dat kanker nog te vaak vanuit een individueel perspectief onderzocht en behandeld wordt, maakt dit artikel bijzonder relevant. Hoewel communicatie een sleutelbegrip is in de seksuele revalidatie na ingrijpende aandoeningen zoals kanker, zijn er nog onvoldoende effectieve en efficiënte interventies voor het bevorderen van de communicatie bij koppels die kampen met de psychoseksuele gevolgen van een prostaatankerbehandeling. Met het oog op het ontwikkelen van concrete handvaten voor behandeling, voerden Naeyaert en collega's een kwalitatieve studie uit naar de mate van open communicatie over seksualiteit en intimiteit na prostaatanker binnen en buiten de relatie. De resultaten wijzen erop hoe belangrijk het is om communicatiestrategieën in kaart te brengen en een behandeling op maat aan te bieden die rekening houdt met de verschillende relationele, intieme en seksuele noden van patiënten en hun partner.

We eindigen met onze literatuurrubriek waarin Ine Vanwesenbeeck en Willem-Jan Cuypers jullie al dan niet aanmoedigen om jullie nieuwjaarsgeld te investeren in een boek. Ik wil jullie er even aan herinneren dat dit een open rubriek is en we jullie literatuurrecensies dus graag ontvangen. Heb je een interessant en relevant boek gelezen binnen ons veld en je wil er graag je mening over kwijt, stuur het dan in. Als de recensie geplaatst wordt, dan krijgen jullie het boek vergoed. En ook beschouwingen, wetenschappelijke artikelen, literatuuroverzichten en klinische bijdragen zijn nog steeds zeer welkom. Alweer een warme oproep.

Geniet van de eindejaarsperiode. Ik wens jullie een gelukkig en vooral een 'gewoon' nieuw jaar toe.

# Op het snijvlak van autisme, genderdiversiteit en seksualiteit: Een pleidooi voor netwerkzorg en leren uit ervaring

Jeroen Dewinter<sup>1,2</sup>, Anna I.R. van der Miesen<sup>3</sup>, Sascha E. Klomp, Marijn Maassen<sup>4,5</sup>, & Wilma Mathurin<sup>6</sup>

<sup>1</sup> GGzE, Eindhoven, Nederland

<sup>2</sup> Tranzo, wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University, Tilburg, Nederland

<sup>3</sup> Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie, Amsterdam UMC, VU Medisch Centrum, Amsterdam, Nederland

<sup>4</sup> Autismepunt, Eindhoven, Nederland

<sup>5</sup> Vrij- praktijk voor seksuele gezondheid, Valkenswaard, Nederland

<sup>6</sup> Hartekamp groep, Haarlem, Nederland

---

## Samenvatting

Ondanks de toenemende evidentie dat seksuele en genderdiversiteit en genderdysforie relatief vaak voorkomen bij kinderen, jongeren en volwassenen met autisme, is de kennis bij hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) over het ondersteunen van mensen met autisme bij seksuele en gendervragen beperkt. Seksualiteit kan -naast genderidentiteit- een belangrijk thema zijn voor deze jongeren en volwassenen, voor, tijdens en na een behandeling van genderdysforie, maar praten over seks en gender lijkt nog steeds onzekerheid op te roepen bij hulpverleners in de ggz. Autistische, maar ook niet-autistische, jongeren en volwassenen blijven nog te vaak alleen met vragen en klachten over seksualiteit. Specialistische genderteams bieden begeleiding, diagnostiek en behandeling rond genderdysforie, maar blijft de voor- en nazorg bij andere hulpverleners, ook op seksueel vlak, blijft nog vaak beperkt en afhankelijk van wie iemand treft. Het ontbreken van kennis speelt hierbij een rol: er bestaat enkel een eerste richtlijn rond diagnostiek en behandeling van adolescenten met autisme en gendervragen die wijst op het belang van een multidisciplinair, laagdrempelig netwerk rond deze jongeren met kennis van zowel autisme als genderdiversiteit/genderdysforie. We stellen vast dat dit netwerk in Nederland en Vlaanderen nog in ontwikkeling is. De auteurs pleiten er daarom voor dat het versterken van kennis en kennisuitwisseling over autisme, genderdiversiteit en seksualiteit bij hulpverleners en deskundigen in de ggz een noodzakelijke én haalbare eerste stap is, waarbij de ervaringsdeskundigheid van autistische trans\*personen een onmisbare bron van informatie is.

*Dit artikel werd geschreven naar aanleiding van de Webinar over autisme, genderdiversiteit en seksualiteit georganiseerd door de NVVS Special Interest Group (SIG) Autism op 22 januari 2021.*

---

---

Dr. Jeroen Dewinter is klinisch psycholoog bij GGzE in Eindhoven, en senior onderzoeker bij de Academische Werkplaats Geestdrift bij Tranzo, wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University

Dr. Anna van der Miesen is arts-onderzoeker bij Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie van het Amsterdam UMC, VU Medisch Centrum, Amsterdam

Sascha Klomp is spreker over autisme en genderdiversiteit vanuit zijn ervaring

Marijn Maassen is consultant seksuele gezondheid en autismespecialist bij Autismepunt, Eindhoven en Vrij- praktijk voor seksuele gezondheid in Valkenswaard

Wilma Mathurin is psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog met aantekening seksuologie NVWS bij de Hartekamp groep in Velsbroek

Correspondentieadres: Jeroen.Dewinter@GGZE.nl

Ontvangen: 23 juni 2021; Geaccepteerd: 22 oktober 2021

**O**ver autisme, gender en seksualiteit  
Meer autistische jongeren en volwassenen identificeren zich met een ander gender dan dat hen werd toegewezen bij geboorte (verder trans\*, zoals toegelicht in de volgende sectie). Bovendien hebben jongeren en volwassenen die zich met een ander gender identificeren dan het gender dat hen werd toegewezen vaker een autismediagnose en autisme-kenmerken dan leeftijdsgenoten in de algemene bevolking (Dewinter, de Graaf, & Begeer, 2017; de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010; van der Miesen, Cohen-Kettenis, & de Vries, 2018; Warrier et al., 2020). Seksualiteit is ook voor trans\*jongeren en volwassenen een belangrijk thema dat bijdraagt tot hun kwaliteit van leven. Gendervragen en medische ingrepen bij genderdysforie kunnen sek-

sueel welbevinden echter beïnvloeden, positief maar ook negatief (Holmberg, Arver, & Dhejne, 2019; Kerckhof et al., 2021). Seksuele thema's (zoals aantrekking, zelfbenoeming, omgaan met lichamelijke veranderingen tijdens de pubertijd, pijnklachten na hormonale behandeling of omgaan met een veranderd genitaal) zijn ook belangrijk voor autistische jongeren met genderdiversiteit, tijdens en na specialistische behandeling bij een genderteam (Coleman-Smith, Smith, Milne, & Thompson, 2020; Cooper, Mandy, Butler, & Russell, 2021). Tot op heden is aandacht voor seksualiteit bij genderdiverse jongeren met autisme beperkt. Hulpverleners in de ggz erkennen steeds meer het belang van aandacht voor seksualiteit en genderdiversiteit maar gaan hierover nog beperkt in gesprek (Dyer & das Nair, 2013; Hendry, Snowden, & Brown, 2018; O'Connor et al., 2019), ook niet met autistische jongeren en hun omgeving (Holmes et al., 2014). In gesprek gaan over seksualiteit met autistische trans\*jongeren en -volwassenen wordt mogelijk als nog ingewikkelder ervaren: omwille van autismerkennmerken (bv. hoe houd je rekening met communicatieve behoeften), ideeën over autisme (bv. 'autistische jongeren zijn later in hun seksuele ontwikkeling') alsook omwille van het bespreken van seksualiteit en genderidentiteit (bv. hoe vraag je naar iemands genitaliën (indien relevant voor de hulpvraag)), naar een medische genderbevestigende behandeling en bijwerkingen daarvan?

In deze beschouwing bieden we een beknopt overzicht van de stand van zaken van het onderzoek naar autisme, genderdiversiteit en seksualiteit, van het behandelaanbod en de bestaande richtlijnen en beschrijven we ervaringen en behoeften van autistische trans\*jongeren en -volwassenen in Nederland. We besluiten deze beschouwing met een pleidooi voor het versterken van de netwerkzorg, het belang van samenwerken met ervaringsdeskundigen en het goed luisteren naar vragen en behoeften van mensen op dit gebied.

### Over taal en definities

Eerst een korte toelichting bij de taal die we gebruiken in dit artikel, waarbij we in deze paragraaf en verderop in deze beschouwing een link willen leggen met taalgebruik in de spreekkamer. In de Engelstalige literatuur is er volop debat over hoe te verwijzen naar jongeren en volwassenen bij wie een diagnose autismespectrumstoornis (ASS) is gesteld: als een persoon met autisme (*person-first*; PF) of als een autistisch iemand (*identity first*; IF) (Bottema-beutel et al., 2021; Kenny et al., 2016). In het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten van Amerika lijkt een meerderheid van de autistische gemeenschap een voorkeur te hebben voor IF (Bottema-beutel et al., 2021; Kenny et al., 2016), hoewel deze voorkeur in Nederland minder uitgesproken lijkt (Wevers, 2020). Hieronder zullen we daarom de verschillende verwijsvormen afwisselen. In de spreek-

kamer is het aangewezen om dit te bespreken met de jongere of volwassene met wie je samenwerkt en rekening te houden met hun voorkeur.

Ook in de trans\*gemeenschap is taal belangrijk (Bouman et al., 2017). Trans\* (met asterisk) verwijst daarbij naar de brede variatie aan identiteiten die niet-cisgender zijn (Killermann, 2018). Bij cisgender personen komt iemands ervaren genderidentiteit of persoonlijke beleving van gender overeen met het gender, traditioneel (binair) man of vrouw, toegewezen bij geboorte. Genderidentiteitsvorming kan voor jongeren en volwassenen -ook die met met autisme- een dynamische zoektocht zijn waarbij iemands identiteit kan veranderen en ontwikkelen door de tijd (bijvoorbeeld Strang, et al., 2018b). We gebruiken de term trans\* in deze beschouwing voor individuen die zich op enig moment in hun leven als niet-cisgender identificeren. Genderincongruentie verwijst naar een duidelijke incongruentie of verschil tussen hoe iemand diens gender ervaart en het toegewezen gender bij geboorte, en genderdysforie verwijst naar de lijdensdruk of beperkingen in het functioneren die daar gepaard mee kan gaan (American Psychiatric Association, 2013). In de spreekkamer staat maatwerk en de voorkeur van de jongere of volwassene weer voorop en bespreek je termen en hun betekenis, zowel bij het verwijzen naar een identiteit of groep (bv. trans, genderdivers) als bij voornaamwoorden die iemand verkiest (bv. hij/hem, zij/haar, die, hen/hun). Naast genderidentiteitsvorming kan ook seksuele identiteit en aantrekking een dynamische zoektocht zijn. Verder verwijzen we naar gender- en seksuele diversiteit (de variatie in genderidentiteiten en seksuele identiteiten, zonder dat er daarbij sprake moet zijn van dysforie of een wens tot een medische behandeling) en gebruiken het LGBTIQA+-acroniem (Lesbisch, Gay, Biseksueel, Trans\*, Intersex/In between/In Doubt, Queer of Questioning, en Aseksueel, waarbij het '+'-teken verwijst naar de inclusiviteit ten aanzien van alle andere seksuele en genderidentiteiten).

Taalgebruik en hoe dat wordt ervaren, verandert ook over de tijd, waarbij we proberen om sensitief te zijn voor voorkeuren zoals we denken dat die vandaag gelden. Sommige termen kunnen voor een lezer later in de tijd onbedoeld ongepast klinken (Bouman et al., 2017). In taal bestaan ook persoonlijke verschillen en voorkeuren, die relevant zijn in het samenwerken met autistische trans\*jongeren en -volwassenen. Aandacht en sensitiviteit voor iemands (zoektocht naar diens) identiteit en de taal die daarbij hoort is daarin onderdeel van een respectvolle benadering (Alliantie Transgenderzorg, 2017). Wij proberen in deze beschouwing respectvol en sensitief om te gaan met de taal die we gebruiken en hopen daarmee meteen ook een voorzet te geven op het standpunt aan het einde van dit stuk: ga respectvol in gesprek over de taal die je gebruikt met de jongeren en volwassenen met wie je samenwerkt.

## Autisme en genderdiversiteit

Autisme kenmerkt zich door verschillen in sociale communicatie en interactie, en specifieke, repetitieve gedragingen of interesses of voorkeuren die aanwezig zijn vanaf de vroege ontwikkeling, hoewel die niet altijd op vroege leeftijd zichtbaar zijn (American Psychiatric Association, 2013). Op dit ogenblik schat men dat ongeveer 1% van de bevolking autisme heeft, waarbij de diagnose nog meer bij mannen (gender toegewezen bij geboorte) dan bij vrouwen (idem) wordt gesteld (4:1), wat waarschijnlijk een onderschatting van het voorkomen van autisme bij vrouwen is (Lai, Lombardo, & Baron-Cohen, 2014). De meeste studies over autisme en genderdiversiteit richtten zich op het in kaart brengen van respectievelijk het voorkomen van autisme of autisme kenmerken bij mensen die zich hebben aangemeld bij specialistische gendercentra of het voorkomen van genderdiversiteit of de diagnose genderdysforie bij autistische personen (voor een overzicht zie van der Miesen, Hurley, & de Vries, 2016). Onderzoek spitste zich voornamelijk toe op jongeren en is gebaseerd op verschillende meetinstrumenten waardoor niet alle studies goed met elkaar te vergelijken zijn en de prevalentiecijfers over het samen voorkomen van autisme en genderdysforie erg uiteenlopen. Een eerste onderzoek uit 2010 liet zien dat 7.8% van de kinderen en jongeren die verwezen zijn naar het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie van het VU Medisch Centrum een autismediagnose hadden op basis van een diagnostisch autisme-interview (de Vries et al., 2010). Een recentere studie onder 859 adolescenten die zich hadden aangemeld bij een gespecialiseerd gendercentrum in Australië liet zien dat tot 22.5% van de jongeren een autismediagnose had (Strauss et al., 2017; 2021). Studies die keken naar autisme kenmerken in plaats van de diagnose autisme lieten vergelijkbare resultaten zien, dat wil zeggen een verhoogde prevalentie van autisme kenmerken in trans\*populaties (b.v. Jones et al., 2012; Skagerberg, Di Ceglie, & Carmichael, 2015). Onderzoek naar het voorkomen van de wens om van het andere gender te zijn bij autistische jongeren en volwassenen (van der Miesen, Hurley, Bal, & de Vries, 2018) toonde aan dat meer jongeren en volwassenen met autisme (6.5-11.4%) wel eens de wens hebben om van het andere gender te zijn dan Nederlandse jongeren en Amerikaanse volwassenen in de normeringsgroepen (3-5%). Uit gegevens van het Nederlands Autisme Register (NAR) blijkt dat 8% van de mannen en 22% van de vrouwen met ASS zich niet eenduidig man of vrouw voelt (Dewinter et al., 2017; Walsh, Krabben-dam, Dewinter, & Begeer, 2018), ten opzichte van 5.7% van de mannen en 4% van de vrouwen in een vergelijkbare studie onder de algemene Nederlandse bevolking (Kuyper & Wijsen, 2014). In de allergrootste studie die tot nu toe is uitgevoerd, vonden Warrier en collega's (2020) dat in vijf verschillende datasets (met een totale grootte van 641.860 mensen) trans\* mensen vaker au-

tisme hadden en hoger scoorden op zelf-gerapporteerde autisme kenmerken. Al met al kan worden aangenomen dat de beleving van genderidentiteit meer divers lijkt te zijn bij (jong)volwassenen met autisme en dat een deel van hen uitgesproken incongruentie ervaart tussen hun toegewezen en ervaren gender.

In verschillende van deze studies wordt gespeculeerd waarom autisme (kenmerken) en genderdiversiteit vaker samen voorkomen (van der Miesen et al., 2016), maar tot op heden zijn er uiteenlopende hypothesen op basis van zowel biologische, sociale als psychologische mechanismen. Er wordt bijvoorbeeld verondersteld dat testosteron een rol zou kunnen spelen, waarbij een verhoogd testosterongehalte tijdens de zwangerschap zowel autisme als genderdiversiteit, met name bij individuen die geboren werden met vrouwelijke geslachtskenmerken, zouden kunnen verklaren door een 'extreem mannelijk brein' (Jones et al., 2012). Een andere hypothese heeft betrekking op sensorische overgevoeligheid voor bijvoorbeeld haargroei of baardgroei maar ook bijvoorbeeld de borsten, wat zou kunnen bijdragen aan het hebben van een afkeer van geslachtskenmerken (Williams, Allard, & Sears, 1996). Ook wordt geopperd dat autistische personen misschien minder gevoelig zijn voor de input van gendernormen uit de maatschappij en daardoor eerder zichzelf zijn (Strang et al., 2018b). Geen van deze hypothesen is echter voldoende wetenschappelijk onderzocht, dus tot nu toe is het onduidelijk hoe de overlap tussen autisme en genderdiversiteit ontstaat of begrepen kan worden.

Twee studies (de Vries et al., 2010; Strang et al., 2018b) volgden autistische jongeren over een korte periode tijdens hun zoektocht naar hun genderidentiteit. Hieruit bleek dat genderidentiteit voor sommige autistische jongeren dynamisch werd beleefd en veranderde over de tijd heen terwijl initiële studies bij niet-autistische jongeren geen verandering rapporteerden. Studies met een lange termijn follow-up, en een systematische vergelijking tussen ontwikkelingstrajecten van jongeren en volwassenen met en zonder autisme, ontbreken echter tot op heden.

## Autisme, genderdysforie en seksueel welbevinden

Autistische jongeren en volwassenen met vragen rondom hun genderidentiteit kunnen terecht bij de specialistische transgenderzorg en zouden binnen de ggz terecht moeten kunnen indien zij behoefte hebben aan psychische begeleiding en behandeling (Alliantie Transgenderzorg, 2017). Hoewel de transgenderzorg in Nederland en België steeds verder uitbreidt, blijven lange wachttijden binnen de transgenderzorg én binnen de ggz een probleem (Zorgvuldig Advies, 2019). De transgenderzorg binnen de specialistische teams is gericht op medische genderbevestigende behandelingen, wat betekent dat netwerkzorg nodig is als er sprake is van een hulpvraag bij autistische personen op bijvoorbeeld psychisch of seksueel gebied.

Tenminste een vierde van de trans\*individuen in een Nederlandse gelegenheidssteekproef uit deze groep ervaren seksuele problemen (de Graaf, Bakker, & Wijsen, 2015) en recent bleek dat tot 80% van de LGBTQIA+ personen in België werd blootgesteld aan seksueel geweld (UN-MENAMAIS, 2021). Er zijn geen cijfers over seksuele problemen bij trans\*jongeren en -volwassenen met autisme, maar gebaseerd op onze eigen ervaringen beschrijven jongeren en volwassenen seksuele vragen en problemen op verschillende momenten in hun genderzoektocht. Ervaring met seksueel geweld onder jongeren en volwassenen met autisme komt steeds duidelijker in beeld (Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro, & Pinto-Martin, 2005; Pecora, Hancock, Mesibov, & Stokes, 2019). Vragen en zorgen rond seksualiteit kunnen mogelijk ook een rol spelen bij sommige autistische jongeren en volwassenen wat betreft vragen rond hun genderidentiteit bv. als lichamelijke veranderingen stressvol zijn (schaamhaar, borstontwikkeling, onvoorspelbare erecties) (Cooper et al., 2021; Strang, Powers, et al., 2018), net zoals bij niet-autistische individuen (Holmberg et al., 2019). Deze vragen kunnen ook een rol spelen in de zoektocht naar iemands seksuele identiteit of bredere sociale identiteit.

Autistische jongeren en volwassenen met vragen rond gender en seksualiteit moeten idealiter met hun vragen terecht kunnen in hun directe netwerk (ouders, vrienden, school) en binnen de bredere hulpverlening (begeleiding, ggz). Niet alleen voorafgaand aan een eventuele verwijzing naar specialistische genderzorg, maar ook tijdens de wachttijd, en naast en tijdens behandeling binnen de specialistische genderzorg is bredere ondersteuning en behandeling noodzakelijk.

Sascha, een transman met een ASS-diagnose die als ervaringsdeskundige veel voorlichting geeft aan hulpverleners in de zorg en daarnaast veel spreekt met mensen in de trans\*gemeenschap, benadrukte tijdens het NVVS SIG Autisme webinar in het voorjaar van 2021 dat ondanks beperkt wetenschappelijk inzicht er bij autistische trans\*individuen wel degelijk nood is aan zorg rond seksuele vragen en problemen. In een informele sociale-media poll op diverse online ontmoetingsplaatsen voor trans\*personen, gaf bijna driekwart aan behoefte te hebben aan seksuologische zorg voor, tijdens of na de transitie.

Onderstaande vragen en thema's sluiten aan bij die van jongeren en volwassenen zonder autisme (Holmberg et al., 2019; Kerckhof et al., 2021), maar om deze te beantwoorden is deskundigheid en sensitiviteit bij hulpverleners om samen te werken met jongeren en volwassenen met autisme belangrijk.

- Een aanzienlijk gedeelte van de trans\*personen kiest op dit ogenblik wel voor een hormonale genderbevestigende behandeling maar niet voor het ondergaan van een genitale operatie. Zowel genitale operaties als hormonale behandeling kunnen samengaan met seksuele bijwerkingen, denk aan

irritatie bij het vrijen, pijn, geen erectie kunnen krijgen en bloedingen.

- Aanhoudende genitale dysforie (i.e., onbehagen gerelateerd aan primaire geslachtskenmerken) kan ook nog steeds een rol spelen als voor iemand een operatie niet de oplossing is. Er kan dus alsnog de behoefte zijn aan gesprekken om deze dysforie dragelijker te maken.
- Na het ondergaan van een genitale operatie kunnen er ook nog hulpvragen spelen, bijvoorbeeld hoe werkt mijn nieuwe genitaal, hoe ga ik om met eventuele blijvende complicaties en welk effect heeft dit op mijn seksuele beleving?

Binnen verschillende teams in de specialistische transgenderzorg (voor een overzicht zie <https://www.transvisie.nl/wegwijzer/>) is er wel aandacht voor psychische stabiliteit en verduidelijking van de behandelwens, maar daarnaast is er binnen het standaard behandeltraject niet altijd ruimte voor diepgaande vragen rond seksualiteit. Ook na de transitie is het lastig om deze hulp in het eigen netwerk te vinden, gezien seksuele problemen juist na de transitie kunnen opspelen.

Autistische trans\*personen in het netwerk van de auteurs beschrijven verschillende barrières in de zoektocht naar begeleiding of behandeling bij seksuele vragen en problemen. Zo kan onduidelijkheid of de zorg wel vergoed zal worden een drempel zijn voor het zoeken naar een geschikte behandelaar. Zeker bij autistische trans\*personen is er ook het risico dat ze afgewezen worden omdat ze een 'te complexe casus' zijn; bijvoorbeeld omdat ze moeite ervaren om gevoelens te kunnen identificeren en omschrijven. Daarnaast speelt er bij jongeren en volwassenen met autisme ook vaak de angst om niet begrepen te worden, zowel omwille van hun autisme (bijvoorbeeld omdat de hulpverlener stereotiepe aannames maakt over autisme: deze persoon is autistisch, dus niet in staat om één of meerdere relaties aan te gaan, het probleem zal wel in de communicatie liggen) als omwille van de mogelijke aannames die worden gemaakt over trans\*personen (deze persoon komt over als man, dus zal wel een penis hebben, of deze persoon identificeert zich als vrouw, dus zal wel op mannen vallen) (Coleman-Smith et al., 2020; Cooper et al., 2021; Strang et al., 2018b). Dit soort aannames worden helaas vaak beschreven binnen de brede gezondheidszorg en schaden het vertrouwen van zowel autistische als trans\*personen tegenover hulpverleners in de ggz. Deze intersectionaliteit, dat wil zeggen hoe de combinatie van verschillende aspecten van iemands identiteit de kans op discriminatie en benadeling vergroten, kan de psychische gezondheid van de autistische jongeren en volwassenen dus nog sterker belasten (George & Stokes, 2018). Daarom is het des te belangrijker dat hulpverleners zich verdiepen in de belevingswereld van autistische trans\*personen, om tegemoet te kunnen komen aan vragen en behoeften rond autisme, gender en seksualiteit.



### Op naar betere zorg

Het gesprek aangaan over gender en seksualiteit blijft, zoals aangegeven, moeilijk voor veel hulpverleners in de gezondheidszorg (bv. Dyer & das Nair, 2013; O'Connor et al., 2019), ook en mogelijk nog meer met autistische en autistische trans\* jongeren en volwassenen (bv. Holmes et al., 2014; Strang et al., 2018b). Aandacht voor gendervragen, is aandacht voor seksueel en psychisch welbevinden van trans\*jongeren met autisme is echter belangrijk (George & Stokes, 2018).

Niet alleen de kennis en vaardigheden om over seksualiteit en gender in gesprek te gaan, maar ook afstemming op de communicatieve behoeften en informatieverwerkingsstijl van de jongere of volwassene met autisme zijn daarbij noodzakelijk. Deze afstemming door hulpverleners in de gezondheidszorg bij autistische jongeren en volwassenen blijkt nog geen vanzelfsprekendheid afgaande op recent onderzoek dat melding maakt van beperkte kennis, afstemming en samenwerking (Benevides et al., 2020; Crane, Adams, Harper, Welch, & Pellicano, 2018; Maddox et al., 2020). Onzekerheid of té beperkte kennis over autisme zien we ook bij seksuologen, die dan weer de deskundigheid hebben om rond specifieke seksuele thema's en klachten te werken.

De beperkte richtlijnen die beschikbaar zijn rond het werken met autistische trans\*jongeren en -volwassenen (Strang et al., 2018a) benadrukken het belang van het bundelen van expertise en samenwerking. Nauwere samenwerking (bv. door consultatie, intervisie, opleiding en samenwerking) tussen experts op het vlak van genderdiversiteit, autisme en hulpverleners binnen de bredere ggz bevordert hopelijk het uitwisselen en verspreiden van kennis en deskundigheid. Ondertussen bouwen Nederlandse en Vlaamse deskundigen uit de gender- en autismezorg aan een netwerk om deze kennisuitwisseling te bevorderen. Doel is om bewustzijn, kennis en vaardigheden te versterken om het gesprek aan te gaan over gender- en seksuele diversiteit in de bredere ggz. Seksuologische (na)zorg, door hulpverleners mét kennis van autisme, aan jongeren en volwassenen voor, na hormonale of chirurgische behandeling is daarin volgens ons onontbeerlijk.

Ervaringen van autistische trans\*jongeren en -volwassenen, zoals boven beschreven door Sascha, bieden richting in afwachting van goed onderbouwde klinische richtlijnen en ze illustreren de nood aan meer aandacht voor seksualiteit in de brede ggz, voor, tijdens en na een behandeltraject bij de specialistische transgenderzorg. Systematisch onderzoek naar de ervaringen en beleving van autistische genderdiverse jongeren en volwassenen is nog erg beperkt en dient verder ingezet te worden. In afwachting daarvan pleiten wij, in aanvulling op de bestaande richtlijnen rond autisme en genderdysforie (Strang et al., 2018a), voor volgende punten die vanzelfsprekender klinken dan ze in de praktijk blijken:

- Vraag aan autistische jongeren en volwassenen wat hen helpt om het gesprek aan te gaan en vol te houden: op vlak van prikkelverwerking (bv. heb je last van licht of geluid in deze kamer?), duidelijkheid (bv. is het duidelijk waar dit gesprek over gaat?), communicatie (bv. helpt het om dingen op te schrijven of uit te tekenen?) en energie (bv. hoe lang lukt het je om in gesprek te blijven?).
- Creëer een situatie waarbij de jongere of volwassene zich veilig genoeg voelt om zich uit te spreken, kan rekenen op vertrouwelijkheid en geheimhouding en waarbij iemand niet geremd wordt door het gevoel beoordeeld te worden op basis van diens autisme, genderidentiteit, genderexpressie en/of seksuele voorkeur.
- Informeer actief naar seksualiteit en genderidentiteit (zie bijvoorbeeld Borms & Vermeire, 2020, waarin stapsgewijs een benadering wordt gesuggereerd om over seksualiteit in gesprek te gaan). Als voorbeeld vraag naar gender zou je kunnen benoemen dat je weet dat sommige jongeren of volwassenen zich niet of niet helemaal herkennen in het gender (jongen/meisje) dat hen werd toegewezen. Mag ik daar een vraag over stellen? Hoe is dat voor jou?
- Een eerste doel is vaak om te begrijpen wat iemand ervaart en hoe diegene tot diens gendervraag is gekomen: Kun je me vertellen wanneer je voor het eerst ging nadenken over je gender? Hoe ervaar jij je gender op dit moment?
- Stel open maar respectvolle vragen. Het is niet erg om niet te weten hoe je dingen kan vragen, maar geef dan aan dat je iets niet weet. Nodig vooral jongeren en volwassenen uit om dingen uit te leggen.
- Vraag welke taal/woordgebruik voor iemand wel of niet past, en hou daar vervolgens rekening mee. Vraag in eerste instantie om een 'hoe'. Zeg bijvoorbeeld: "Hoe kan ik je het beste aanspreken, welke naam en voornaamwoorden wil je dat ik gebruik?", in plaats van: "Ben je een jongen of een meisje?".
- In het contact is het belangrijk om de identiteit van de persoon voorop te stellen, niet het lichaam waarin een persoon geboren is. Wees respectvol en let op met vragen over de oude naam of het geslacht dat werd toegewezen bij de geboorte, tenzij dit noodzakelijk is om de hulpvraag te beantwoorden.
- Richt je alleen op datgene wat relevant is om de hulpvraag van de jongere of volwassene te verhelderen en een gepast behandelaanbod te doen. Het gaat er niet om de eigen nieuwsgierigheid te bevredigen en alle intieme details over gender en seksualiteit van de cliënt te weten te komen. Dit is soms een onduidelijke grens, die je expliciet kan proberen te maken door te benoemen dat je vragen stelt omdat je weet dat jongeren en volwassenen dit niet altijd zelf bespreken, terwijl het wel iets kan zijn waar men zich zorgen over maakt of vragen over heeft. Benoem expliciet dat mensen je vragen niet hoeven

te beantwoorden maar dat je wilt begrijpen hoe iemand denkt en omgaat met thema's als gender en seksualiteit.

Wij willen verder pleiten voor aandacht voor autisme en genderdiversiteit in de seksuologie-opleiding, en aandacht voor seksualiteit en genderdiversiteit in de opleiding van andere hulpverleners in de ggz. Expertise of samenwerking tussen hulpverleners met deskundigheid op het vlak van seksualiteit, gender, autisme of bredere neurodiversiteit is een noodzaak bij het verlenen van zorg aan mensen met autisme met vragen rond seksualiteit en gender.

Kortom, werken op het snijvlak van autisme, genderdiversiteit en seksualiteit vraagt een open en respectvolle houding, en kennis van zowel autisme, genderdiversiteit als seksualiteit bij hulpverleners. Wij pleiten dan ook voor meer aandacht hiervoor in de verschillende opleidingen en het bundelen van kennis en expertise door samenwerking tussen verschillende disciplines. Ervaringskennis van autistische trans\*personen is hierin een onmisbare bron van informatie en inspiratie om samen te werken en aan deze jongeren en volwassenen netwerkzorg op maat te kunnen bieden.

### Verder lezen?

<https://www.iederepatientisanders.nl>

[https://www.transgendernetwerk.nl/wp-content/uploads/factsheet-zorg-TNN\\_A4-printer-vriendelijk1.pdf](https://www.transgendernetwerk.nl/wp-content/uploads/factsheet-zorg-TNN_A4-printer-vriendelijk1.pdf)

<https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF-Onderzoek/GaatHetOokOverMij.pdf>

Barker, Meg-John and Hancock, Justin (2017). *Enjoy Sex (How, when and if you want to): A Practical and Inclusive Guide*. London: Icon.

### Literatuur

- Alliantie Transgenderzorg (2017). Kwaliteitsstandaard psychisch transgenderzorg. <https://www.transvisie.nl/wp-content/uploads/2018/01/kwaliteitsstandaard-transgenderzorg-18122017-geautoriseerd.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Benevides, T. W., Shore, S. M., Palmer, K., Duncan, P., Plank, A., Andresen, M. L., ... Coughlin, S. S. (2020). Listening to the autistic voice: Mental health priorities to guide research and practice in autism from a stakeholder-driven project. *Autism*, 24(4), 822–833. <https://doi.org/10.1177/1362361320908410>
- 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.
- Bottema-Beutel, K., Kapp, S. K., Lester, J. N., Sasson, N. J., Hand, B. N., & Otr, L. (2021). Avoiding ableist language: Suggestions for autism researchers. *Autism in Adulthood*, 3(1), 18–29. <https://doi.org/10.1089/aut.2020.0014>
- Bouman, W. P., Schwend, A. S., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J. D., Deutsch, M. B., ... Winter, S. (2017). Language and trans health. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1262127>
- Coleman-Smith, R. S., Smith, R., Milne, E., & Thompson, A. R. (2020). 'Conflict versus congruence': A qualitative study exploring the experience of gender dysphoria for adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(8), 2643–2657. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04296-3>
- Cooper, K., Mandy, W., Butler, C., & Russell, A. (2021). The lived experience of gender dysphoria in autistic adults: An interpretative phenomenological analysis. *Autism*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/13623613211039113>
- Crane, L., Adams, F., Harper, G., Welch, J., & Pellicano, E. (2019). 'Something needs to change': Mental health experiences of young autistic adults in England. *Autism*, 23(2), 477–493. <https://doi.org/10.1177/1362361318757048>
- de Graaf, H., Bakker, B., & Wijsen, C. (Eds.). (2015). *A world of difference: the sexual health of LGBT people in the Netherlands, 2013*. Utrecht: Rutgers.
- Dewinter, J., De Graaf, H., & Begeer, S. (2017). Sexual orientation, gender identity, and romantic relationships in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 47(9), 2927–2934. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3199-9>
- Dyer, K., & das Nair, R. (2013). Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. *Journal of Sexual Medicine*, 10(11), 2658–2670. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x>
- George, R., & Stokes, M. A. (2018). A quantitative analysis of mental health among sexual and gender minority groups in ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 2052–2063. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3469-1>
- Hendry, A., Snowden, A., & Brown, M. (2018). When holistic care is not holistic enough: The role of sexual health in mental health settings. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), 1015–1027. <https://doi.org/10.1111/jocn.14085>
- Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2019). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature reviews. Urology*, 16(2), 121–139. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0108-8>
- Holmes, L. G., Himle, M. B., Sewell, K. K., Carbone, P. S., Strassberg, D. S., & Murphy, N. a. (2014). Addressing sexuality in youth with autism spectrum disorders: Current pediatric practices and barriers. *Journal of Behavioral and Developmental Pediatrics*, 35(3), 172–178. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000030>
- Kenny, L., Hattersley, C., Molins, B., Buckley, C., Povey, C., & Pellicano, E. (2016). Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community. *Autism*, 20(4), 442–462. <https://doi.org/10.1177/1362361315588200>
- Kerckhof, M. E., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Nieder, T. O., Becker-Hebly, I., van de Grift, T. C., ... Heylens, G. (2021). Seksuele klachten bij transgender personen in verschillende zorgtrajecten, een ENIGI follow-up studie. *Tijdschrift Voor Seksuologie*, 45(2), 83–92.
- Kuyper, L., & Wijsen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 377–385. Lai, M.-C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *The Lancet*, 383(9920), 896–910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)
- Maddox, B. B., Crabbe, S., Beidas, R. S., Brookman-Frazee, L., Cannuscio, C. C., Miller, J. S., ... Mandell, D. S. (2020). "I wouldn't know where to start": Perspectives from clinicians, agency leaders, and autistic adults on improving community mental health services for autistic adults. *Autism*, 24(4), 919–930. <https://doi.org/10.1177/1362361319882227>
- Mandell, D. S., Walrath, C. M., Manteuffel, B., Sgro, G., & Pinto-Martin, J. A. (2005). The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1359–1372.
- O'Connor, S. R., Connaghan, J., Maguire, R., Kotronoulas, G., Flannagan, C., Jain, S., ... McCaughan, E. (2019). Healthcare professional perceived barriers and facilitators to discussing sexual wellbeing with patients after diagnosis of chronic illness: A mixed-methods evidence synthesis. *Patient Education and Counseling*, 102(5), 850–863. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.12.015>
- Pecora, L. A., Hancock, G. I., Mesibov, G. B., & Stokes, M. A. (2019). Charac-

- terising the sexuality and sexual experiences of autistic females. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, (0123456789). <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04204-9>
- Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L. C., Menvielle, E., Leibowitz, S., ... Anthony, L. G. (2018a). Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 105–115. <https://doi.org/10.1080/15374416.201.1228462>
- Strang, J. F., Powers, M. D., Knauss, M., Sibarium, E., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., ... Anthony, L. G. (2018b). "They thought it was an obsession": Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4039–4055. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3723-6>
- Strauss, P., Cook, A., Watson, V., Winter, S., Whitehouse, A., Albrecht, N., ... Lin, A. (2021). Mental health difficulties among trans and gender diverse young people with an autism spectrum disorder (ASD): findings from Trans Pathways. *Journal of Psychiatric Research, Advance Online Publication*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychires.2021.03.005>
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). Trans pathways: The mental health experiences and care pathways of trans young people. Perth, Australia: Telethon Kids Institute.
- UN-MENAMAIS (2021, 15 juni). Twee derde van de Belgische bevolking maakt seksueel geweld mee tijdens hun leven [Persbericht]. [https://www.belspo.be/belspo/brain-be/projects/Press/20210615\\_Press\\_UNMENAMAIS\\_nl.pdf](https://www.belspo.be/belspo/brain-be/projects/Press/20210615_Press_UNMENAMAIS_nl.pdf)
- van der Miesen, A. I. R., Hurley, H., & de Vries, A. L. C. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70–80. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199>
- van der Miesen, A. I. R., Cohen-Kettenis, P. T., & de Vries, A. L. C. (2018). Is there a link between gender dysphoria and autism spectrum disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(11), 884–885. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.04.022>
- van der Miesen, A. I. R., Hurley, H., Bal, A. M., & de Vries, A. L. C. (2018). The prevalence of the wish to be of the opposite gender in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Archives of Sexual Behavior*. doi:10.1007/s10508-018-1218-3.
- Walsh, R. J., Krabbendam, L., Dewinter, J., & Begeer, S. (2018). Brief report: Gender identity differences in autistic adults: Associations with perceptual and socio-cognitive profiles. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4070–4078. doi:10.1007/s10803-018-3702-y
- Warrier, V., Greenberg, D. M., Weir, E., Buckingham, C., Smith, P., Lai, M., ... Baron-Cohen, S. (2020). Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nature Communications*, 11(3959), 1–12. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17794-1>
- Wevers, J. (2020). Autist of persoon met autisme? *Autisme Magazine*, 49(3), 16–17.

## Summary

### At the intersection of autism, genderdiversity and sexuality: The need for network care and learning by experience

Despite the increasing evidence that sexual and gender diversity and gender dysphoria are relatively common in children, young people and adults with autism, the knowledge of mental health professionals about supporting autistic people with sexual and gender questions is limited. In addition to gender identity, with questions about their gender and sexuality can be an important theme for these young people and adults before, during and after treatment for gender dysphoria, but talking about sex and gender still seems to evoke uncertainty among care providers. Autistic, but also non-autistic young people and adults are still too often left alone with questions and complaints about sexuality. Specialist gender teams provide guidance, assessment, and treatment for gender dysphoria. However, the pre- and aftercare provided by

other care providers, also relating to sexuality-related questions, often remains limited and depends on the individual professionals. A lack of knowledge plays a role in this: only an initial guideline on diagnosis and treatment of adolescents with autism and gender identity questions is available, pointing out the importance of a multidisciplinary, accessible network around these young people with knowledge of both autism and gender diversity/gender dysphoria. We feel that this network is still developing in the Netherlands and Flanders. The authors therefore argue that strengthening knowledge and stimulating the exchange of knowledge about autism, gender diversity and sexuality among care providers and experts in mental health care is a necessary and feasible first step. Importantly, integrating the experience of autistic trans\* persons is necessary and an indispensable source of information for professionals.

**Keywords:** autism, neurodiversity, gender diversity, sexuality, transgender

**Trefwoorden:** autisme, neurodiversiteit, genderdiversiteit, seksualiteit, transgender

# De ervaring met en beleving van orale seks bij heteroseksuele jongvolwassenen: Een mixed-method studie

Eva K. Ferman<sup>1</sup>, Cox A. Foss<sup>1</sup> en Mark Spiering<sup>2</sup>

<sup>1</sup> GGZ inGeest, Amsterdam, Nederland

<sup>2</sup> Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit Amsterdam, Nederland

## Samenvatting

In deze *mixed-method* studie werd onderzocht waarom vrouwelijke jongvolwassenen in heteroseksuele context minder vaak orale seks ontvangen dan mannelijke jongvolwassenen. Gendersverschillen werden nagegaan in het aantal partners en gemiddelde frequentie van orale seks. Daarnaast werd gekeken naar intimiteit, genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie en orale seksbeleving. Eerst vulden 273 eerstejaars studenten een online survey in. Vervolgens werden semigestructureerde interviews afgenomen bij 10 eerstejaars studenten. Uit de survey bleek zoals verwacht dat vrouwen van minder partners orale seks ontvangen, het ontvangen van orale seks intiem vinden, het geven van orale seks minder intiem vinden en een negatiever genitaal zelfbeeld hebben dan mannen. Er bleek geen gendersverschil in seksuele autonomie te bestaan. Uit de interviews bleek dat zowel vrouwen als mannen dachten dat vrouwen minder orale seks ontvangen dan mannen omdat vrouwen het minder snel toelaten en/of initiëren dan mannen. De meest gegeven redenen door vrouwen waren ervaren (genitale) onzekerheid en zich niet intiem voelen met de ander. Daarnaast gaven beide genders aan het vanzelfsprekender te vinden om vaker en eerder fellatio te laten plaatsvinden, waarschijnlijk vanwege nog heersende gendernormen waarbij het seksueel plezier van de man centraler staat.

Onderzoek naar seksueel gedrag van jongvolwassenen is tot op heden voornamelijk gericht op coïtus in tegenstelling tot orale seks, terwijl 75-85% van de jongvolwassenen aan orale seks doet (Kaestle & Halpern, 2007; Higgins, Trussell, Moore, & Davidson, 2010). Uit eerder onderzoek is gebleken dat heteroseksuele vrouwelijke jongvolwassenen minder vaak orale seks ontvangen dan heteroseksuele mannelijke jongvolwassenen (Chambers, 2007; De Graaf, Van den Borne, Nikkelen, Twisk, & De Meijer, 2017; Jozkowski & Satinsky, 2013; Remez, 2000; Vannier & O'Sullivan, 2012). Deze verschillen bestaan ondanks ongeveer vergelijkbare percentages jonge vrouwen en mannen die aangaven ooit orale seks te hebben gehad met een partner van het andere geslacht (Chandra, Mosher, Copen, & Sionean, 2011; Mercer et al., 2013). Het geven van orale seks wordt echter door vrouwen als minder gewenst en plezierig beschouwd dan het

ontvangen van orale seks (Bay-Cheng, Robinson, & Zucker, 2009; De Graaf et al., 2017). Bovendien is het voor vrouwen waarschijnlijker een orgasme te krijgen door het ontvangen van orale seks dan door coïtus, terwijl dit verschil voor mannen nauwelijks bestaat (Richters, de Visser, Rissel, & Smith., 2006). Het is aannemelijk dat de beleving van orale seks en de redenen om aan orale seks te doen inzicht geeft in mogelijke verklaringen van bovenstaande gendersverschillen bij jongvolwassenen (Lefkowitz, Vasilenko, & Leavitt, 2016). Hierover is echter nog vrij weinig bekend. Op basis van bestaande literatuur, werden drie factoren geselecteerd die mogelijk een rol spelen: *intimiteit*, *genitaal zelfbeeld* en *seksuele autonomie*.

Intimiteit kan gezien worden als een attitude van emotionele en fysieke nabijheid, waarbij men zich figuurlijk en letterlijk blootgeeft met gevoelens van warmte, affectie en vertrouwen (Gaia, 2002; Perlman & Fehr, 1987). De meeste jongvolwassenen zien orale seks als intiem en noemen intimiteit naast lichamelijk plezier als meest voorkomende reden om aan orale seks te doen (Chambers, 2007; Vannier & O'Sullivan, 2012). Ze doen dan ook het meest aan orale seks met een vaste partner in vergelijking met een losse partner (Vannier & O'Sullivan, 2012), of als ze zeggen verliefd te zijn op degene met wie ze aan orale seks doen (Kaestle & Halpern, 2007). Uit de enige studie waarin gendersverschillen in gevoelens van intimiteit met betrekking tot orale seks

E.K. Ferman, MSc is psycholoog, GGZ inGeest de Nieuwe Valerius, Amsterdam

C.A. Foss, MSc is psycholoog, GGZ inGeest Amstelveen, Amstelveen

Dr. M. Spiering is psycholoog, docent aan de Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit Amsterdam

Correspondentieadres: m.spiering@uva.nl

Ontvangen: 10 mei 2021; Geaccepteerd: 15 oktober 2021

is onderzocht, bleek de meerderheid van zowel vrouwelijke en mannelijke studenten orale seks als intiem te beschouwen. Vrouwen vonden het vaker niet intiem dan mannen (Chambers, 2007). In deze studie werd echter geen onderscheid gemaakt tussen het ontvangen en geven van orale seks. Dit lijkt ons een belangrijke omissie omdat het onduidelijk blijft welke handeling vrouwen als niet intiem beschouwen. Uit hetzelfde onderzoek is gebleken dat vrouwen een voorkeur hadden voor orale seks in een serieuze relatie ten opzichte van een losse partner, terwijl voor mannen een minder duidelijke voorkeur bestond. Daarnaast voelen jonge vrouwen zich over het algemeen meer geliefd tijdens het ontvangen van orale seks in vergelijking met het geven van orale seks (Malacad & Hess, 2010). Mogelijk vinden vrouwen juist het geven van orale seks minder intiem. Het blijft onduidelijk hoe gevoel van intimiteit samenhangt met hoe vaak vrouwen orale seks ontvangen. Naar ons beste weten is er geen onderzoek geweest naar genderverschillen in intimiteitsgevoelens voor orale seks vanuit het perspectief van de gever en de ontvanger. In het huidige onderzoek is dan ook een onderscheid gemaakt tussen vrouwen en mannen en tussen het ontvangen en het geven van orale seks.

Een andere belangrijke factor is het genitale zelfbeeld: beoordelingen over het uiterlijk, de geur, smaak en functie van de eigen genitaliën (DeMaria, Hollub, & Herbenick, 2012). Uit eerder onderzoek is gebleken dat een positiever genitaal zelfbeeld van vrouwen geassocieerd is met beter seksuele functie en meer seksueel verlangen en tevredenheid (Berman, Berman, Miles, Pollets, & Powell, 2003). Vrouwelijke en mannelijke jongvolwassenen doen vaker aan orale seks met een positiever genitaal zelfbeeld (DeMaria, Hollub, & Herbenick, 2012; Smith et al., 2017). De enige studie naar genderverschillen in genitaal zelfbeeld en orale seks liet zien dat hoe positiever het genitale zelfbeeld was voor zowel jonge vrouwen als mannen, hoe vaker ze orale seks ontvingen (Reinholtz & Muehlenhard, 1995). Ook kwam naar voren dat vrouwen minder tevreden zijn met hun genitaliën dan mannen. Dit bleek tevens uit recentere studies van Morrison, Bearden, Ellis en Harriman (2005) en De Graaf en collega's (2017). Mogelijk is het ontvangen van orale seks voor vrouwen met een meer negatief genitaal zelfbeeld beladen vanwege stigmatisatie van de vrouwelijke genitaliën (Bay-Cheng & Fava, 2011; Braun & Wilkinson, 2001), waarbij vrouwen denken dat hun vulva er abnormaal uitziet, ruikt en smaakt (Bramwell, Morland, & Garden, 2007; Lloyd, Crouch, Minto, Liao, & Creighton, 2005; Morrison, Bearden, Ellis, & Harriman, 2005). Een heersende opvatting van jonge vrouwen in een kwalitatieve studie van Lewis en Marston (2016) was dat cunnilingus om dezelfde eerder genoemde redenen onplezierig voor de man zou zijn. Hoewel de meerderheid van het onderzoek naar het genitale zelfbeeld gericht is op vrouwen, blijkt dat ook een aanzienlijke hoeveelheid mannen veel belang hecht aan hun genitaliën als onderdeel van hun

algehele lichaamsbeeldtevreedenheid (Cash, Maikkula, & Yamamiya, 2004; McDonagh, Morrison, & McGuire, 2009). Het overgrote deel van mannen rapporteert ontevredenheid over hun penisgrootte (Tiggemann, Martins, & Churchett, 2008). Herbenick, Schick, Reece, Sanders en Fortenberry (2013) vonden echter dat de meeste mannen zich juist positief over hun genitaliën uiten.

Een laatste factor die ook een mogelijke rol speelt is het gevoel van seksuele autonomie. Dit staat voor de mate waarin iemand zich vrij voelt om te kunnen zeggen wat er wel of niet gebeurt tijdens seksuele activiteiten en hierbij niet wordt beperkt door externe druk. Individuen met weinig seksuele autonomie zijn minder goed in staat om hun verlangens te uiten en handelen eerder vanuit plichtsgevoel dan individuen met veel seksuele autonomie (Sanchez, Kiefer, & Ybarra, 2006). Uit eerdere bevindingen kwam naar voren dat seksuele autonomie positief is geassocieerd met relatievreedenheid van vrouwen (Sanchez, 2011) en met seksueel plezier bij jongvolwassenen (Sanchez, Crocker, & Boike, 2005; Sanchez et al., 2006). Bovendien bleek dat, vergeleken met minder seksueel autonome vrouwen, meer seksueel autonome vrouwen geneigd zijn om aan meer gevarieerde vormen van seksueel gedrag deel te nemen voorafgaand aan coïtus (Anthony et al., in voorbereiding; aangehaald in Laan & Rellini, 2011). Gendernormen belemmeren vrouwen in hun seksuele autonomie omdat ze voorschrijven dat het seksueel verlangen en plezier van de vrouw ondergeschikt is aan dat van de man (Crawford & Popp, 2003). Mogelijk leidt dit tot het vooropstellen van mannelijke seksuele behoeftes tijdens seks waardoor vrouwen zich beperkt voelen in het uiten van hun innerlijke seksuele verlangens (Sanchez et al., 2005). Uit een recente studie blijkt dat vrouwelijke jongvolwassenen meer gemotiveerd waren hun partner een orgasme te bezorgen dan mannelijke jongvolwassenen (Barnett, Moore, Woolford, & Riggs, 2018). Voor zover wij weten is er geen studie die de directe relatie tussen seksuele autonomie en orale seks bij vrouwen en mannen heeft onderzocht.

Door tegenstrijdigheden in eerdere literatuur was het doel van de huidige studie meer inzicht te verkrijgen in genderverschillen in ervaring met en beleving van orale seks, waarbij wij de factoren intimiteit, genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie het meest belangrijk vinden om te onderzoeken. Voor de studie werd gebruik gemaakt van een *mixed-methods* design met een sequentieel verklarend model. Een voordeel van dit model is dat kwalitatieve methodes gebruikt kunnen worden als aanvulling op kwantitatief onderzoek, waardoor onderzoeksvragen meer uitgediept kunnen worden dan bij het gebruik van enkel kwantitatief onderzoek (Creswell & Creswell, 2017).

In het kwantitatieve gedeelte (Onderzoek 1) werd een vragenlijst gebruikt waarbij werd verwacht dat vrouwen in vergelijking tot mannen tijdens hun leven van minder partners en per maand gemiddeld minder

vaak orale seks ontvangen dan mannen. Daarbij werd verwacht dat vrouwen tijdens hun leven aan meer partners en per maand gemiddeld vaker orale seks geven dan mannen (Chambers, 2007; Jozkowski & Satinsky, 2013; Remez, 2000; Vannier & O'Sullivan, 2012; De Graaf et al., 2017). Wat intimiteit betreft werd verwacht dat vrouwen het ontvangen van orale seks intiemmer vinden dan mannen en dat mannen juist het geven van orale seks intiemmer vinden dan vrouwen. Verder werd verwacht dat vrouwen het ontvangen van orale seks intiemmer vinden dan het geven van orale seks, maar dat mannen het geven van orale seks juist intiemmer vinden dan het ontvangen van orale seks. Ten slotte werd verwacht dat beide genders coïtus als meest intieme seksuele handeling beschouwen (Malacad & Hess, 2010). Wat betreft het genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie werd verwacht dat vrouwen een lager genitaal zelfbeeld hebben dan mannen (Bay-Cheng & Fava, 2011; Braun & Wilkinson, 2001; Morrison et al., 2005) en ten slotte dat vrouwen zich minder seksueel autonoom voelen dan mannen (Laan & Rellini, 2011). Met het onderzoeken van associaties tussen enerzijds de drie factoren intimiteit, genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie en anderzijds de ervaring met orale seks, werd verwacht dat voor zowel vrouwen als mannen een negatieve samenhang zou bestaan tussen gevoelens van intimiteit voor zowel ontvangen als geven van orale seks en de ervaring met orale seks. Voor het genitale zelfbeeld werd een positieve samenhang verwacht tussen het genitale zelfbeeld en de ervaring met het ontvangen van orale seks alsook een positieve samenhang tussen seksuele autonomie en ervaring met het ontvangen van orale seks.

Het kwalitatieve deel (Onderzoek 2) had als doel om door middel van semigestructureerde interviews achterliggende overtuigingen, gedachten en betekenissen van de eerder eventueel gevonden genderverschillen en mogelijke associaties uit Onderzoek 1 verder uit te diepen. Hierin werd allereerst ingegaan op welke verschillen er zijn, of die overeenkwamen met de gevonden kwantitatieve resultaten en ten slotte waarom die verschillen bestonden.

## ONDERZOEK 1

### Methode

#### Deelnemers

Aan het onderzoek namen 380 eerstejaars psychologie-studenten deel via een testweek in 2019 van de Universiteit van Amsterdam. Deelnemers konden meedoen als zij tenminste 18 jaar en maximaal 27 jaar oud waren. Deze grenzen zijn gekozen om binnen de studentenpopulatie alleen de jongvolwassenen te selecteren. Verder dienden de deelnemers zich als vrouw of man te identificeren en zichzelf als overwegend heteroseksueel te beschouwen. Gezien de internationalisering van de Psychologie-opleiding waren er ook internationale studenten en was de vragenlijst in het Engels.

#### Materialen

Intimiteit werd gemeten door drie vragen van de *Online Survey of Oral-Sexual Behavior* (OSOSB; Chambers, 2007) af te nemen. De vragen over intimiteit werden gescoord op een 5-punts Likertschaal van *not at all intimate* (1) tot *extremely intimate* (5). De score per vraag werd gebruikt met een minimumscore van 1 en een maximumscore van 5. De deelnemers werden geïnstrueerd een eigen definitie van intimiteit aan te houden tijdens het beantwoorden van de vragen. De items waren: *'Rate the intimacy of giving oral sex,' 'Rate the intimacy of receiving oral sex' en 'Rate the intimacy of sexual intercourse (penetration by a sexual organ).'* De schaal was matig betrouwbaar in onze steekproef (Cronbach's  $\alpha = .62$ ).

Genitaal zelfbeeld werd met de *Female Genital Self Image Scale* (FGSIS; DeMaria, Hollub, & Herbenick, 2012) gemeten. Om de vragenlijst ook geschikt te maken voor mannen werd de introductie aangepast voor het onderzoek. Deze schaal bestaat uit zeven items, gescoord op een 4-punts Likertschaal van *strongly disagree* (1) tot *strongly agree* (4), met een minimale somscore van 7 en een maximale somscore van 28, waarbij hoe hoger de somscore, hoe positiever het genitale zelfbeeld. Twee voorbeelditems: *'I feel positively about my genitals en 'I would feel comfortable letting a sexual partner look at my genitals.'* De betrouwbaarheid van de schaal in de huidige steekproef was goed: Cronbach's  $\alpha = .83$ .

Seksuele autonomie werd gemeten met een aangepaste autonomieschaal (zoals gebruikt in het onderzoek van Sanchez et al., 2006), waarbij de deelnemers werd gevraagd om aan te geven in hoeverre ze het eens waren met drie uitspraken op een 7-punts Likertschaal van *not at all true* (1) tot *very true* (7) met een minimale somscore van 3 en een maximale somscore van 21. Hoe hoger de somscore, hoe seksueel autonomer. De drie uitspraken waren: *'When I am having sex or engaging in sexual activities with someone, I feel free to be who I am,' 'When I am having sex or engaging in sexual activities with someone, I have a say in what happens and I can voice my opinion' en 'When I am having sex or engaging in sexual activities with someone, I feel controlled and pressured to be certain ways'* (omgekeerde codering). De schaal bleek betrouwbaar te zijn in de huidige steekproef (Cronbach's  $\alpha = .72$ ).

Om te bepalen hoeveel ervaring de deelnemers hadden, werden negen andere vragen afgenomen van de OSOSB. Dit waren open vragen die met een afgerond getal beantwoord dienden te worden. Voorbeelditems zijn: *'How many partners have you received oral sex from in your lifetime? Please fill in a number only' en 'How many partners have you given oral sex to in your lifetime? Please fill in a number only.'* Algemene vragen betroffen leeftijd, gender, seksuele oriëntatie, aantal relaties in het hele leven, huidige relatiestatus en nationaliteit.

## Procedure

Het onderzoek werd goedgekeurd door de Commissie Ethiek van de Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen van de Universiteit van Amsterdam. Eerst werden algemene vragen gesteld, daarna werd seksuele ervaring uitgevraagd en ten slotte kwamen de vragen over intimiteit, genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie aan bod. Tijdens een 'testweek' georganiseerd vanuit de opleiding vulden de deelnemers de Engelstalige vragenlijst in op de computer. Naast de vragenlijst voor dit onderzoek werden op die dag ook voor andere onderzoeken vragenlijsten afgenomen; dit duurde ongeveer drie uur in totaal. Het invullen van de vragenlijst voor dit onderzoek duurde ongeveer 10 minuten. Voorafgaand aan het onderzoek werd de deelnemers volledige anonimiteit toegezegd. Daarnaast werden zij geïnformeerd dat deelname niet verplicht was en op elk moment beëindigd kon worden. Toestemming werd verkregen door de deelnemers te vragen op de 'ja'-link te klikken wanneer ze de deelnemersinformatie hadden begrepen en akkoord gingen met deelname. Tevens verklaarden ze hiermee ten minste 18 jaar oud te zijn.

## Data-analyse

Statistische analyses werden uitgevoerd in IBM SPSS Statistics versie 25. Voor alle toetsen gold een significantieniveau van  $\alpha = .05$ . Voor zowel de genderverschillen als de correlaties werden non-parametrische toetsen gebruikt vanwege niet-normaalverdeelde data.

Allereerst werden *Mann-Whitney* toetsen uitgevoerd om eventuele genderverschillen na te gaan in gemiddelde ervaring met orale seks en coïtus, gevoelens van intimiteit voor het soort seks (ontvangen en geven orale seks en coïtus), genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie. Daarnaast werden *Wilcoxon-rank-teken* toetsen gebruikt om verschillen in het gevoel van intimiteit voor het soort seks binnen gender te onderzoeken.

Ten slotte werden associaties tussen ervaring met orale seks en de factoren intimiteit, genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie onderzocht door middel van *Spearman* correlatieanalyses. Hierbij werd voor intimiteit zowel het ontvangen als het geven van orale seks meegenomen, maar voor de variabelen genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie alleen het ontvangen van orale seks.

## Resultaten

Er voldeden 285 studenten aan de inclusiecriteria. De data van vijf deelnemers die een geboortjaar in de toekomst aangaven en zeven deelnemers die de vragenlijst niet hadden ingevuld, werden niet geanalyseerd. De steekproef bestond uiteindelijk uit 273 deelnemers. Voor de steekproefbeschrijving zie Tabel 1.

Tabel 1. Steekproefbeschrijving voor vrouwen en mannen

	Vrouwen (n = 194)	Mannen (n = 79)
Leeftijd M (SD)	20.4 (1.6)	21.2 (1.7)
Nationaliteit %		
Nederlands	47.4	39.2
Internationaal	52.6	60.8
Relatiestatus %		
Vaste relatie	37.6	26.6
Aan het daten	12.9	13.9
Single	47.9	54.4
Anders	1.5	5.1
Aantal relaties M (SD)	1.4 (1.2)	1.6 (1.6)

Gemiddelden met bijbehorende standaardafwijkingen van het aantal partners en de gemiddelde frequentie per maand van orale seks en coïtus van vrouwen en mannen worden weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2. Gemiddelden (SD) van het aantal orale seks- en coïtuspartners in het hele leven en de gemiddelde frequentie orale seks en coïtus per maand van vrouwen en mannen

Variabele	Vrouwen (n = 194)	Mannen (n = 79)
Ontvangen van orale seks		
Aantal partners hele leven	2.9 (3.6)	4.5 (6.7)
Gemiddelde frequentie per maand	2.7 (3.9)	3.6 (7.4)
Geven van orale seks		
Aantal partners hele leven	3.1 (4.9)	4.4 (8.2)
Gemiddelde frequentie per maand	3.0 (4.5)	3.2 (7.7)
Coïtus		
Aantal partners hele leven	4.2 (9.0)	7.7 (23.3)
Gemiddelde frequentie per maand	5.7 (7.2)	5.9 (11.4)

Vrouwen hadden significant van minder partners orale seks ontvangen tijdens hun leven dan mannen,  $U = 9232$ ,  $z = 2.69$ ,  $p = .007$ . Er bleek echter geen significant genderverschil te bestaan in gemiddelde frequentie van het ontvangen van orale seks per maand,  $U = 7990$ ,  $z = 0.57$ ,  $p = .570$ . Ook bestonden er geen significante genderverschillen in het aantal partners waaraan orale seks was gegeven in het hele leven,  $U = 8328$ ,  $z = 1.14$ ,  $p = .254$  en in de gemiddelde frequentie gegeven orale seks per maand,  $U = 6971$ ,  $z = 1.21$ ,  $p = .228$ . Ten slotte hadden vrouwen significant minder coïtuspartners in hun leven gehad dan mannen,  $U = 8830$ ,  $z = 1.99$ ,  $p = .046$ , maar bleek er geen significant genderverschil te bestaan in gemiddelde frequentie coïtus per maand,  $U = 7630$ ,  $z = .06$ ,  $p = .955$ .

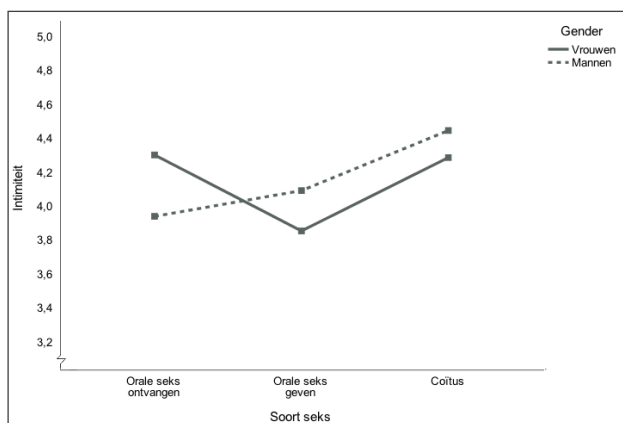
Gemiddelde scores met bijbehorende standaardafwijkingen voor intimiteitsbeleving worden weergegeven in Tabel 3 en Figuur 1.

**Tabel 3.** Gemiddelden (SD) en medianen (range) van intimiteitscores van vrouwen en mannen voor het ontvangen en het geven van orale seks en voor coïtus

Variabele <i>M</i> (SD)   <i>Mdn</i> (range)	Vrouwen ( <i>n</i> = 194)	Mannen ( <i>n</i> = 79)
Intimiteit ontvangen	4.3 (0.9)   5.0 (4)	3.9 (1.0)   4.0 (4)
Intimiteit geven	3.9 (1.0)   4.0 (4)	4.1 (0.9)   4.0 (4)
Intimiteit coïtus	4.3 (0.8)   4.0 (4)	4.4 (0.7)   5.0 (4)

Vrouwen vonden het ontvangen van orale seks intiemer dan mannen,  $U = 5872$ ,  $z = 3.27$ ,  $p < .001$ . Daarnaast bleek dat mannen het geven van orale seks intiemer vonden dan vrouwen,  $U = 8844$ ,  $z = 2.14$ ,  $p = .033$ . Voor intimiteitsverschillen binnen gender bleek dat vrouwen het ontvangen van orale seks intiemer vonden dan het geven,  $Z = 6.50$ ,  $p < .001$ , maar voor mannen bestond geen significant verschil tussen het ontvangen en het geven van orale seks,  $Z = 1.68$ ,  $p = .092$ . Verder bleek geen significant verschil tussen coïtus en het ontvangen van orale seks voor vrouwen,  $Z = 0.27$ ,  $p = .784$ , wel vonden vrouwen coïtus significant intiemer dan het geven van orale seks,  $Z = 5.24$ ,  $p < .001$ . Mannen vonden coïtus significant intiemer dan het ontvangen van orale seks,  $Z = 4.34$ ,  $p < .001$ , en dan het geven van orale seks,  $Z = 2.90$ ,  $p = .004$ .

**Figuur 1.** Gemiddelde intimiteitsscore voor soort seks tussen en binnen gender



Gemiddelde scores met bijbehorende standaardafwijkingen voor het genitale zelfbeeld en de seksuele autonomie van vrouwen en mannen worden weergegeven in Tabel 4.

**Tabel 4.** Gemiddelde (SD) scores voor genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie van vrouwen en mannen

Variabele <i>M</i> (SD)	Vrouwen ( <i>n</i> = 194)	Mannen ( <i>n</i> = 79)
Genitaal zelfbeeld	20.7 (3.1)	23.1 (3.52)
Seksuele autonomie	13.3 (2.3)	13.7 (2.3)

Vrouwen hadden een negatiever genitaal zelfbeeld dan mannen,  $U = 11096$ ,  $z = 5.84$ ,  $p < .001$ . Er bestond geen verschil in seksuele autonomie tussen vrouwen en mannen,  $U = 8681$ ,  $z = 1.74$ ,  $p < .81$ .

*Spearman*-correlaties tussen ervaring met orale seks en de factoren intimiteit, genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie worden weergegeven in Tabel 5.

Voor zowel vrouwen als mannen correleerde de mate van intimiteit met betrekking tot het ontvangen van orale seks niet significant met het aantal partners waarvan orale seks was ontvangen in het hele leven. Wel bestond een significante positieve correlatie met de gemiddelde frequentie ontvangen orale seks per maand voor vrouwen en mannen. Verder bleek enkel voor mannen de mate van intimiteit met betrekking tot het geven van orale seks significant positief te correleren met het aantal partners waaraan orale seks was gegeven in het hele leven, maar correleerde de mate van intimiteit met betrekking tot het geven van orale seks significant positief met de gemiddelde frequentie gegeven orale seks per maand voor mannen en vrouwen.

Ten slotte vonden we voor zowel genitaal zelfbeeld als seksuele autonomie een significant positieve correlatie met het aantal partners waarvan orale seks was ontvangen en met de gemiddelde frequentie ontvangen orale seks per maand voor vrouwen en mannen.



**Tabel 5.** Spearman-correlaties tussen de ervaring van orale seks en de factoren intimiteit, genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie voor vrouwen (n = 194) en mannen (n = 79)

Variabelen	Gender	1	2	3	4	5	6	7
1. Aantal partners in het hele leven (ontvangen)								
2. Gemiddelde frequentie per maand (ontvangen)	Vrouw	.39**						
	Man	.57**						
3. Aantal partners in het hele leven (geven)	Vrouw	.86**	.37**					
	Man	.82**	.47**					
4. Gemiddelde frequentie per maand (geven)	Vrouw	.35**	.84**	.39**				
	Man	.51**	.75**	.60**				
5. Intimiteit (ontvangen)	Vrouw	.10**	.17**	.13	.18**			
	Man	.08**	.26**	*.13**	.19**			
6. Intimiteit (geven)	Vrouw	-.03*	.17**	-.08*	.10**	.58**		
	Man	.24*	.25**	-.28*	.21**	.61**		
7. Genitaal zelfbeeld	Vrouw	.17**	.21**	-.21**	.21**	.06**	.07***	
	Man	.37**	.44**	-.37**	.30**	.19**	.18***	
8. Genitaal zelfbeeld	Vrouw	.26**	.44**	-.23**	.39**	.15**	.11***	.41**
	Man	.34**	.40**	-.29**	.27**	.31**	.25***	.44**

\*\* p &lt; .01, \* p &lt; .05.

## ONDERZOEK 2

### Methodie

#### Deelnemers

In totaal namen 10 eerstejaars psychologiestudenten deel aan het kwalitatieve deel van het onderzoek, vijf vrouwen en vijf mannen. Dit waren andere deelnemers dan die in het kwantitatieve gedeelte, maar allen studenten Psychologie. Alle deelnemers hadden Nederlands als hun moedertaal. De gemiddelde leeftijd was 21.0 jaar ( $SD = 1.1$ ) voor vrouwen en 20.4 jaar ( $SD = 1.3$ ) voor mannen met een spreiding van 19 tot en met 23 jaar. Zie Tabel 6 voor een overzicht van de karakteristieken van de deelnemers. Wegens anonimiteit zijn de deelnemers genummerd.

#### Materialen

We hebben gekozen voor individuele interviews in plaats van focusgroepen omdat individuele interviews de mogelijkheid geven om specifieke, gedetailleerde en vooral persoonlijke informatie te verkrijgen (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Focusgroepen worden niet aangeraden wanneer het risico bestaat dat deelnemers

zich ongemakkelijk kunnen voelen bij elkaar, of waar sociale stigmatisering kan ontstaan als gevolg van het delen van persoonlijke informatie en het bespreken van gevoelige onderwerpen, zoals seksualiteit (Harrison, Baker, Twinamatsiko, & Milner-Gulland, 2015).

De twee uitvoerende onderzoekers (eerste en tweede auteur van dit artikel) namen ieder de helft van de individuele gesprekken af aan de hand van een semigestructureerd interview in een gesloten laboruimte. De structuur werd van tevoren bepaald aan de hand van een vragenlijst met een vaste volgorde en onderwerpen. De onderwerpen die aan bod kwamen waren gebaseerd op het kwantitatieve gedeelte om beide opzetten op elkaar te laten lijken zodat het kwalitatieve deel een verdieping op het kwantitatieve deel zou zijn. De lijst bevatte allereerst algemene vragen over de ervaring, het beeld, de ideeën en de beleving die de deelnemers hadden ten opzichte van orale seks. Daarna werden de thema's intimiteit, genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie behandeld. Ten slotte werd het verschil in beleving van het type partner (vaste en losse partner) en de definities van de concepten uitgevraagd.

**Tabel 6.** Basiskarakteristieken van de deelnemers op volgorde van interviewafname

Deelnemer	Gender	Leeftijd	Relatiestatus	Aantal orale seks partners in hele leven	Gemiddelde frequentie orale seks per maand	Ervaring met soort partner
1	Vrouw	21	Relatie	Ontvangen: een (haar relatiepartner)	(Huidige partner)	± Vijf losse partners en sinds zes jaar een vaste relatiepartner
2	Vrouw	23	Relatie	Geven: zes	Ontvangen: acht	Drie losse partners en drie vaste partners
3	Vrouw	20	Relatie	Ontvangen: vijf	Geven: acht	Alleen vaste partners
4	Man	22	Relatie	Geven: zes	(Huidige partner)	Twee one night stands en een relatie
5	Man	19	Single	Ontvangen: vijf	Ontvangen: twee	
6	Vrouw	21	Single	Geven: vijf	Geven: twee	Vijf losse partners en een relatie
7	Man	20	Single (losse partners)	Ontvangen: een	(Huidige partner)	Alleen relatiepartners.
8	Man	22	Relatie	Geven: drie	Ontvangen: acht	± 49 losse partners en een vaste partner
9	Vrouw	20	Single	Ontvangen: zes	Geven: acht	Twee losse partners en een vaste partner
10	Man	19	Relatie	Geven: twee	(Huidige partner)	Zeven partners allemaal door elkaar lost en vast

### Procedure

Het onderzoek werd goedgekeurd door de Commissie Ethiek van de Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen van de Universiteit van Amsterdam. Deelnemers van het kwalitatieve deel dienden aan dezelfde inclusiecriteria te voldoen als die van het kwantitatieve deel, om de vergelijkbaarheid van beide groepen zoveel mogelijk te bevorderen. De enige afwijking van de kwantitatieve steekproef was de vereiste dat de deelnemers Nederlands als moedertaal hadden. We hebben hiervoor gekozen omdat Nederlands ook de moedertaal van beide interviewers is en de interviews niet beperkt zouden worden in diepgang door een taalbarrière.

De werving van de deelnemers vond eind 2019 plaats via het online labsysteem van de Universiteit van Amsterdam waar geïnteresseerden zich vrijwillig konden melden om deel te nemen. Daarnaast werden deelnemers geworven via de sneeuwbal methode (Bryman, 2012). De aangemelde deelnemers werden vervolgens teruggemild voor een interviewafspraken met willekeurig een van de twee onderzoekers. De van tevoren bepaalde deelnemersgrootte van 10 deelnemers werd uiteindelijk binnen vier weken behaald. Dit relatief lage aantal werd *a priori* gekozen vanuit pragmatische overwegingen (gezien de beschikbare tijd en middelen van een scriptieonderzoek) in plaats van te stoppen met dataverzameling wanneer 'verzadiging' van nieuwe informatie zou worden bereikt (Guest, Bunce, & Johnson, 2006).

De duur van het interview varieerde afhankelijk van de tijd die nodig was om tot een gegronde betekenis van de onderwerpen en antwoorden te komen. De deelnemers werd van tevoren verteld dat het interview ongeveer anderhalf uur zou duren zodat ze zich niet gehaast zouden voelen in het geven van hun antwoorden. De interviews duurden steeds een uur tot anderhalf uur. Om de deelnemers op hun gemak te stellen waren er snacks en dranken aanwezig en stelde de interviewer zich, na de procedure te hebben uitgelegd, kort voor om het ijs te breken. De deelnemers ontvingen vervolgens een informatiebrief en toestemmingsformulier waarin stond dat anonimiteit gewaarborgd was. Ze konden hun toestemming geven via een handtekening.

De interviews werden opgenomen met audioapparatuur en getranscribeerd. In verband met privacy zijn de opnames na uitwerking gewist van de opnameapparaten. Tevens zijn de uitgetypte bestanden geanonimiseerd en opgeslagen in een beveiligde omgeving. De studenten ontvingen na afloop anderhalve participatiepunt als beloning, ongeacht de duur van het interview.

### Data-analyse

Voor de analyse van de interviews hebben we gebruikt gemaakt van een inductieve, ofwel *bottom up*, benadering (Braun & Clarke, 2006). Tijdens het lezen en herlezen van de transcripten hebben we verschillende thema's (open codering) en daarna overkoepel-

lende hoofdthema's (axiale codering) geïdentificeerd door labels toe te kennen aan bepaalde stukken tekst. Beide onderzoekers hebben elkaars transcripten met bijbehorende labels gelezen om te controleren of de coderingstechniek zoveel mogelijk overeenkwam. Ten slotte hebben we middels selectief coderen verbanden gelegd en conclusies getrokken. De resultaten hieronder zijn geordend op basis van de structuur van de interviewleidraad. Allereerst komen de persoonlijke beleving, gedachten en gevoelens over orale seks aan bod, daarna redenen voor het gegeven dat vrouwen meer orale seks geven en mannen meer orale seks ontvangen en ten slotte worden de volgende variabelen besproken: soort partner, intimiteit, genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie.

## Resultaten

Tijdens de interviews waren er weinig ongemakkelijkheden, de deelnemers leken zich goed te kunnen uiten. Verder merkten we dat in het meer algemene deel aan het begin van het interview al veel van de hoofdthema's werden genoemd, waardoor we vragen konden overslaan in latere fasen van het interview. Ook is er na de twee eerste interviews een vraag verwijderd die moeilijk te begrijpen bleek voor de deelnemers. De vraag was: 'Heeft intimiteit/genitaal zelfbeeld/seksuele autonomie invloed op andere factoren die meespelen tijdens orale seks?'

### *Persoonlijke beleving, gedachten en gevoelens over orale seks*

Alle deelnemers hadden over het algemeen een positief beeld van orale seks. *"Ja, ik vind het gewoon normaal en leuk. Orale seks biedt variatie aan je seksleven en in die zin is het een toevoeging in je relatie"* (Deelnemer 2, vrouw). Daarnaast werd orale seks door veel deelnemers vooral gezien als een onderdeel van 'echte' seks, namelijk het voorspel. *"Smooths the pathway to penetration (...)"* (Deelnemer 6, vrouw). Zo vond Deelnemer 4 (man) het niet opwegen tegen seks (coïtus): *"Ik vind seks fijner denk ik. Ik vind orale seks ontvangen leuke afwisseling van seks of meer bij voorspel passen. Maar mijn vriendin en ik wisselen dat wel echt af, soms zit het in het voorspel en soms tijdens seks voor afwisseling, en dan weer terug te gaan naar seks. Maar ik vind zelf persoonlijk seks fijner dan oraal bevredigd te worden."* Ook Deelnemer 10 (man) zei coïtus, in tegenstelling tot orale seks, meer als echte seks te beschouwen. Hij gaf aan dat hij eerder uitsluitend coïtus zou hebben dan uitsluitend orale seks.

Naast veel vrouwelijke deelnemers zeiden ook twee mannen (Deelnemers 7 en 8) dat aan orale seks doen onder andere te maken heeft met vertrouwen. Er werd benoemd dat het ontvangen en geven van orale seks niet iets is wat men zomaar doet: *"Het heeft voor mij wel iets extra's dan normale seks, of zeg maar vaginale penetratie. Omdat je bent, zeg maar, niet per se ondergeschikt,*

*maar je staat, zeg maar, op een andere positie en zowel de krijger als de gever stelt zich op een andere manier bloot. En ik vind het bijzonder. Sommige mensen doen dat zomaar I guess, maar nee... Ik vind dat je dan wel wat extra's voor die persoon doet. Is toch wel een extra stap die je zet (...)* Ik vind het best wel een duiding van vertrouwen eerlijk gezegd" Deelnemer 7 (man).

Het ontvangen van orale seks werd door de vrouwelijke deelnemers doorgaans anders ervaren dan door de mannelijke deelnemers. Vier van de vijf vrouwen gaven aan dat als ze orale seks ontvangen ze, vanwege zorgen en gedachten die door hun hoofd gaan, in het begin vaak een drempel over moeten. Zo denkt Deelnemer 9 (vrouw) het volgende als ze orale seks ontvangt: *"Duurt lang' 'vindt diegene het nog leuk om te doen?'; 'gaat hij niet stoppen?'. Dat maakt wel onzeker."* Twee andere vrouwelijke deelnemers gaven aan dat ze pas orale seks willen ontvangen als ze het gevoel hebben dat diegene haar waardeert, respecteert en moeite voor haar doet. De mannelijke deelnemers benoemden echter geen nadelen van fellatio. Ze gaven vaak aan dat als het ontvangen van orale seks lichamelijk goed voelt, het al snel goed is. Omdat, volgens zowel vrouwen als mannen, de mannen daarin 'primitiever' zouden zijn dan vrouwen.

Voor het geven van orale seks leken er minder verschillen te bestaan tussen de vrouwelijke en mannelijke deelnemers. Beide genders zeiden belang te hechten aan de mening van de ontvangende partner. Deelnemer 1 (vrouw): *"Nou ik heb zelfs nu nog dat ik er onzeker over kan zijn. Van 'doe ik dit wel goed?'; 'vindt hij het wel lekker?'; 'moet ik meer hand, meer spuug, meer wat dan ook?'; 'knijp ik te hard of niet?'. Ook al kan mijn vriend me wel heel erg geruststellen (...)* maar zelfs met dat ik weet wat hij prettig vindt, kan ik nog steeds onzeker erover zijn." Deelnemer 5 (man) benoemde de volgende gedachten die door zijn hoofd gaan tijdens cunnilingus: *"Echt van alles... Het kan dat ik... Ik weet niet, het is wel grappig, ik bedoel er kan door mijn hoofd gaan van 'ik dacht niet dat zij dit leuk zou vinden' van 'oh er zitten allemaal haren in mijn mond' (...)* Soms denk ik wel van het is een beetje vies of zo, hangt wel af van de situatie, maar ik heb liever geen haren in mijn mond natuurlijk. Maar als ik met iemand ben op dat moment in de situatie en ben ik benieuwd wat zij aan het doen is en kijk ik een beetje op, en ben ik aan het analyseren."

Deelnemer 7 (man) vertelde dat hij het geven van orale seks lastig vindt vanwege onzekerheid bij vrouwen: *"Het is denk ik ook lastiger om goed orale seks te geven aan vrouwen omdat er meer factoren meespelen bij een vrouw, terwijl het bij de man iets meer primitief is. Als het lichamelijk goed voelt voor een man, is het vrij snel goed. Behalve als je echt, echt in je hoofd zit. Kan natuurlijk ook voor mannen. Maar ik denk dat het voor vrouwen wel echt uitmaakt, allemaal factoren van 'oké, voel ik me veilig, goed, weet hij wat hij aan het doen is, durf ik te zeggen wat voor mij werkt, ben ik niet aan het zeiken of*

*klagen als ik zeg wat diegene anders moet doen tijdens beffen'. Ik vind het behoorlijk vervelend eerlijk gezegd. Kijk het doel voor mij is op het moment dat je orale seks aan het geven bent, is die andere persoon zo fijn mogelijk te laten voelen en plezier te hebben. Daar put ik dan plezier uit. Dus op het moment dat een meisje of vrouw een van die factoren heeft, niet durft te communiceren of zich niet fijn voelt, dan vind ik dat best wel jammer. Het is niet hun schuld of zo, maar het is zo jammer, het is niet per se taboe, maar toch wel een beetje taboe."*

Hygiëne (geur en smaak) werd vaak genoemd als voorwaarde voor het geven van orale seks, door zowel vrouwelijke als mannelijke deelnemers. Een man gaf aan graag te willen dat als zijn vriendin gewerkt heeft, ze eerst doucht voordat hij haar oraal stimuleert. Dit ziet hij ook voor zichzelf als vanzelfsprekend als zijn vriendin hem orale seks geeft.

Ook gaven zowel de vrouwen als de mannen aan dat wanneer een vrouw ongesteld is, ze liever niet aan cunnilingus doen.

Verder werd gezegd dat het geven van orale seks plezier geeft wetende dat de ander ervan geniet. Een vrouwelijke en een mannelijke deelnemer zeiden het geven van orale seks als een gunst te zien, waarbij de reactie van de partner als allerbelangrijkste werd beschouwd. Voor Deelnemer 3 (vrouw) maakt het haar ook meer seksueel opgewonden: *"En om hem te bevredigen en te zien dat hij het fijn vindt, krijg ik ook meer zin in seks."*

Ten slotte waren er meerdere vrouwen - dit is door mannelijke deelnemers niet genoemd - die aangaven dat het willen geven van orale seks afhankelijk is van onder andere hoeveel moeite de mannelijke seksuele partner voor hen doet. Zo zei Deelnemer 9 (vrouw): *"Je hebt gewoon soms mensen die zijn gewoon niet zo heel lief of zo, of gewoon heel straight to the point. Maar er zijn ook mensen die er een heel ding van maken, er passie in gooien (...) het is in mijn hoofd heel duidelijk, er zit zeg maar een verschil in, als iemand gewoon heel veel tijd en moeite in jou stopt. Niet eens puur in het geven, maar gewoon jou heel veel aandacht geeft en dingen doet die jij fijn vindt, en vooral niet te pusherig is, dan ja, dan zou ik het wel willen doen ja."*

#### *Redenen waarom fellatio vaker voorkomt*

Bijna alle deelnemers dachten dat er in het algemeen meer fellatio dan cunnilingus wordt gegeven. Volgens de deelnemers zou dit te maken hebben met de maatschappij waarin het orgasme van de man centraler staat. *"Ik denk dat er meer gepijpt wordt omdat het zo vanzelfsprekend is in onze society dat zeg maar veel van seks in heel veel vrouwen hun hoofd draait om het klaarkomen van de man. Dus dan ga je ook alles doen wat mannen fijn vinden. En dan vergeet je jezelf misschien een beetje"* (Deelnemer 6, vrouw). Invloeden vanuit de porno, waarin veel orale seks aan de man wordt gegeven, en het gebrek aan voorlichting over het vrouwelijk

geslachtsorgaan, inclusief orgasme, werden door zowel de vrouwen als de mannen vaak als redenen benoemd voor het vooropstellen van het mannelijk orgasme. *"Ja, het is best een known fact, porno is niet echt en ook een slechte representatie van seks. In porno worden vrouwen minder gebekt bijvoorbeeld, en lijkt seks iets heel anders en is het meer gericht op het plezier van de man"* (Deelnemer 5, man).

Veel mannelijke deelnemers dachten dat vrouwen het frequent aan fellatio doen als vanzelfsprekend zien, omdat ze verwachten dat mannen meer initiatief nemen dan vrouwen, en daarmee dominantier zijn, om orale seks te ontvangen: *"Ik denk dat de discrepantie er ook is omdat in de, dit is een aannahme trouwens, maar dat de meeste heteroseksuele mensen het fijn vinden dat de man dominantier is dan de vrouw. En dat de man logischerwijs meer initiatief moet nemen en dus ook meer krijgt wat hij wil. En de vrouw minder krijgt wat zij wil. Het initiatief nemen 'ik wil graag gepijpt worden' is net ietsjes makkelijker dan het initiatief 'ik wil jou beffen,' want dat gaat over wat de andere persoon wil en het eerste gaat over wat jij zelf wilt"* (Deelnemer 7, man). Deelnemer 4 (man) gaf aan dat zijn vriendin het fijn vindt om gedomineerd te worden door de opdracht te krijgen hem orale seks te geven. Hij dacht dat een woeste, dominante man door alle vrouwen aantrekkelijk wordt bevonden. Deelnemer 2 (vrouw) zag dit niet per se als iets positiefs: *"(...) je hebt gewoon bepaalde jongens die dan een bepaald beeld hebben in hun hoofd en denken dat pijpen het ultieme ding is en dan heel vaak gaan vragen of je het wilt doen, terwijl het misschien wel leuker is om het uit jezelf te doen."* Bijna alle mannelijke deelnemers (4, 7, 8 en 10) zeiden het ontvangen van orale seks als een gevoel van dominantie te ervaren, hetgeen ze als positief beschouwden: *"Het ontvangen van orale seks geeft mij een dominant gevoel. Dominant gevoel kan mij opwinden"* (Deelnemer 4, man).

Ook werd zowel vanuit vrouwelijk als mannelijk perspectief onzekerheid genoemd als reden voor de discrepantie in hoe vaak fellatio en cunnilingus voorkomt. Zo zei Deelnemer 1 (vrouw): *"Ik denk dat mannen makkelijker orale seks ontvangen en ook makkelijker die stress en onzekerheid in hun hoofd kunnen loslaten waardoor ze er sneller van kunnen genieten. En ik denk dat vrouwen die dingen minder goed kunnen loslaten."*

Verder werd er veel aangegeven, door zowel vrouwen als mannen, dat bij vrouwen het opgewonden worden en het laten krijgen van een orgasme door orale seks langer duurt dan bij mannen. Deelnemer 9 (vrouw): *"Ik denk dat een man sneller klaarkomt dan een vrouw, of een vrouw kan ook wel klaarkomen, maar dat duurt gewoon wat langer. Ik heb het idee dat heel veel mannen dat geduld niet hebben en dat ze het allemaal wel heel interessant vinden, maar vooral vaak op zichzelf focussen. Tenminste, dat is mijn ervaring (...) Bij de vrouw is het heel erg dat je het goede plekje zeg maar moet zoeken en dat de man daar iets minder last van heeft omdat*

*alles wel gewoon heel fijn vaak voelt. En dat het bij een vrouw vaak, nou de ene keer voel je er wel heel veel van en andere keer denk je 'oh laat maar zitten' zoiets."* Er waren echter twee deelnemers, een vrouw en een man, die aangaven dat het ontvangen van orale seks door vrouwen waarschijnlijk meer brengt dan het ontvangen van orale seks bij de man. De genitaliën zouden bij de vrouw gevoeliger zijn dan bij de man waardoor cunnilingus sneller tot een orgasme zou leiden en het orgasme waarschijnlijk ook intenser zou zijn dan het orgasme bij de man.

#### *Type partner*

Deelnemers met een vaste partner zeiden over het algemeen vaker aan orale seks te doen dan de deelnemers die single waren. Daarnaast werd door zowel vrouwelijke als mannelijke deelnemers vaak benoemd dat ze in hun relatie gemiddeld even vaak aan beide vormen van orale seks doen. Het belangrijkste genderverschil dat naar voren kwam was dat de vrouwelijke deelnemers bij een losse partner vooral orale seks zeiden te geven en mannen voornamelijk orale seks zeiden te ontvangen. Hierbij werd aangegeven dat dit verschil verdwijnt wanneer een losse partner een relatiepartner wordt. Zo vertelde Deelnemer 1 (vrouw) dat ze pas in haar eerste relatie het wederkerige plezier van orale seks ontdekte, eerder durfde ze geen orale seks te ontvangen. Ze gaf aan niet gauw te durven zeggen wat ze wel of niet prettig vindt tegen iemand die ze niet goed kent. Er werd aansluitend door de meeste vrouwelijke deelnemers benoemd dat ze het ontvangen van orale seks te intiem vinden tijdens een *one night stand* waarbij ze de ander niet zo goed kennen. *"Ik moet me er echt aan overgeven om ervan te genieten. Ik merk dat ik dat zelf niet zo goed kan als ik iemand niet goed genoeg ken voor mijn gevoel. Het is wel fijn, maar nog steeds heel spannend en ik kan er dan gewoon niet optimaal van genieten (...) Ik ben niet preuts of zo, maar je vagina is wel een deel van je lichaam dat echt privé is, en dan wil ik niet zomaar dat iemand daar heel dichtbij komt"* (Deelnemer 3, vrouw).

Ook waren er drie vrouwen die niet zomaar aan iedereen orale seks wilden geven. Zo antwoordde Deelnemer 2 (vrouw) op de vraag of er een verschil bestaat tussen een losse en een vaste partner: *"Het maakt voor mij wel uit. In een relatie ken je je partner beter en weet je meer waar je aan toe bent. Iemand die je net hebt ontmoet heeft dat niet, dus dat maakt wel verschil. Orale seks is moeilijker om te geven, ongemakkelijker. Je moet de andere persoon erop vertrouwen dat hij jou respecteert (...) Ik zou niet zo snel orale seks geven aan een one night stand of losse partner."*

Voor mannelijke deelnemers gold over het algemeen ook dat orale seks binnen een vaste relatie anders wordt beleefd. Zo zegt Deelnemer 8 (man): *"Je geeft sowieso wat minder snel aan wat je fijn vindt als je een one night stand doet. Want tijdens een lange relatie*

*ken je elkaar al veel beter en sta je meer open. En je durft je kwetsbaarder op te stellen bij iemand die je vertrouwt. Ja dat is wel de bedoeling ja, daar staat een relatie ook voor."* Deelnemer 8 vond een one night stand echter juist ook opwindend omdat het nieuw is en hij dan nog alles kan en wil uitproberen met de ander. Deelnemer 7 (man) benoemde het hebben van een band als een belangrijke voorwaarde voor nog betere orale seks. Van de 50 losse sekspartners die hij heeft gehad, heeft hij maar aan enkele partners orale seks gegeven. Verder heeft hij wel van bijna alle vrouwen orale seks ontvangen. Als reden gaf hij de ontoeschietelijkheid van zijn vrouwelijke partners: *"Ik heb wel altijd orale seks ontvangen, maar niet altijd gegeven. Wel altijd aangeboden om orale seks te geven, maar dan was het een beetje een taboe of vond zij het niet comfortabel omdat het veel meer intiem is dan seks. Net als dat zoenen ook bijna meer intiem is dan seks."* Alleen Deelnemer 4 (man) zei geen verschil te zien tussen een losse en een vaste partner: *"Als de ander orale seks even fijn zou vinden, en ik de ander even aantrekkelijk, dan zou ik het in principe even interessant vinden en bestaat er geen verschil in."*

#### *Intimiteit*

Onder het begrip intimiteit werd door het grootste deel van de deelnemers het hebben van een band verstaan, waarbij vertrouwen, diepgang en interesse in elkaar als belangrijke onderdelen werden genoemd. Meerdere deelnemers benoemden dat het pas intiem is als er sprake is van een wederkerige connectie. Deelnemer 5 (man) omschreef het als tweeledig: *"Je zou intimiteit kunnen opdelen in twee soorten intimiteit. Een band die je hebt met je vaste relatie, een fijn gevoel, een connectie (...) Maar intimiteit is toch ook een soort toestemming en iemand dichtbij laten komen. Je laat sneller iemand toe en hebt sneller seks met iemand dan dat je orale seks hebt met iemand, en dat daarom orale seks intiemer is. Dus dan toch een soort zeldzaamheid (...) Ik vind orale seks geven intiemer dan het ontvangen van orale seks omdat het minder vaak voorkomt, omdat meisjes het een taboe vinden. Het heeft ook te maken met de ander, je hebt het echt samen."*

Vanwege die wederkerigheid leken de mannen over het algemeen coïtus intiemer te vinden dan het geven en ontvangen van orale seks. Hoe intiem ze coïtus beschouwden, was dan weer afhankelijk van het standje. Een afstandelijker standje zoals *doggystyle* werd als minder intiem beschouwd dan bijvoorbeeld een houding waarbij men elkaar in de ogen aankijkt. Alleen Deelnemer 5 (man) beschouwde coïtus niet als meest intiem. Hij vond het geven van orale seks het meest intiem vanwege de, door hem, eerdergenoemde zeldzaamheid. Het ontvangen van orale seks werd door de meeste mannelijke deelnemers als het minst intiem beschouwd. De redenen die ze hiervoor gaven waren het gebrek aan oogcontact en de bevrediging voor de partner.

Over het algemeen, beoordeelden vrouwelijke deelnemers het ontvangen van orale seks als meest intiem door ongemakkelijkheid en kwetsbaarheid. Zo vond Deelnemer 6 (vrouw) het ontvangen van orale seks intiem vanwege de letterlijke maar ook de figuurlijke nabijheid: *“Een deel van intimiteit is dat je in de nabijheid bent van iemand (...) Hoe dicht je bij een persoon bent, voor mij denk ik... Omdat het ZO dichtbij komt bij beffen, iemands gezicht waar je elke keer naar kijkt, waar je elke keer mee praat. Iemand is zijn gezicht, en als dat ineens daar is zeg maar, bij je vagina, is dat toch, komt dat heel dichtbij (...) Het is eigenlijk een beetje een soort knuffel. Het is fijn en warm en sensueel. Je gaat natuurlijk een soort verbintenis aan met iemand en vaak is beffen ook wel een start van het begin waar ik geil van word. Dus in die zin is het ook wel belangrijk. Ja, iets groots, waardoor het in mijn hoofd ook meteen specialer wordt, waardoor er meer gevoel bij is en de intimiteit groter is (...) Beffen vind ik eigenlijk net zo intiem als bijvoorbeeld gezoend worden naast mijn oor of in mijn nek (...) Het is een soort overgave (...) Misschien in eerste instantie als het net gebeurt, is het de kwetsbaarheid omdat je naakt bent, omdat je open en bloot letterlijk en figuurlijk wordt neergelegd op bed zeg maar, maar daarna is het meer verbintenis.”* Verder benoemden de vrouwelijke deelnemers nog vaak dat het ontvangen van orale seks als intiem wordt beschouwd vanwege controleverlies en vertrouwen moeten hebben in de ander. Deelnemer 3 (vrouw): *“Ik vind ontvangen het meest intiem want je moet je helemaal overgeven aan iemand. Je moet je helemaal laten gaan. Coïtus doe je samen. Terwijl als je het ontvangt ben je helemaal in het moment en moet je je eraan overgeven. Voor mij is dat intiem omdat ik dat niet met iedereen kan.”* Deelnemer 2 (vrouw) vond als enige coïtus het meest intiem omdat je dan letterlijk dicht bij elkaar bent, elkaar kan zoenen en in de ogen kan aankijken. Het geven van orale seks zei ze intiemer te vinden dan het ontvangen van orale seks vanwege de gunst die aan de ander wordt verleend. Verder werd benoemd dat coïtus ook als intiem kan worden beschouwd omdat de vrouw tijdens penetratie door de man *overpowered* wordt. Veel vrouwelijke deelnemers beschouwden het geven van orale seks juist als minst intiem, hetgeen voor Deelnemer 3 de reden was dat ze het vaker doet dan het ontvangen van orale seks.

Vrouwelijke deelnemers waren over het algemeen van mening dat orale seks met een vaste partner intiemer is dan met een losse partner vanwege meer verbondenheid, onvoorwaardelijke liefde en het eerder kwetsbaar kunnen opstellen. Mannelijke deelnemers gaven aan dat het even intiem kan zijn, maar dat er wel al een zekere verbondenheid moet zijn om het nog leuker te maken.

Ook werd de deelnemers gevraagd naar hun vermoeden over wat de andere gender als meest en minst intiem zou beschouwen. Een aantal vrouwelijke deelnemers vermoedden dat mannen het geven van orale seks intiem vinden omdat ze er onzeker over zijn aan-

gezien vaak onbekend is wat de vrouw fijn vindt en vrouwen vaak niet aangeven wat ze prettig vinden. *“Ik denk dat het een vorm van onzekerheid kan zijn omdat er best wel veel vaste ideeën zijn of beelden over hoe je zeg maar echt gepijpt wordt en wat er gebeurt met jou, en dat dat voor mannen best lastig is om zich te richten op de vrouw. Het onbekende en dat wat er daarvoor zich ligt. En waar ze iets mee moeten en dat ook niet precies weten hoe het zit, hoe het werkt en wat fijn is en dat vrouwen het over het algemeen moeilijker vinden om aan te geven wat ze prettig vinden. Het is voor de man over het algemeen nog best wel een zoektocht, daardoor kan beffen voor hen nog wel het meest intiem zijn (...)”* (Deelnemer 1, vrouw). Deelnemer 9 (vrouw) zei erover: *“Ze weten gewoon niet wat ze moeten doen misschien.”* Ook het merendeel van de vrouwen dacht dat mannen orale seks ontvangen het minst intiem zouden vinden omdat ze volgens een deelnemer vooral gericht zijn op zichzelf en fellatio meer als normaal wordt gezien.

De meeste mannen dachten dat vrouwen het ontvangen van orale seks als meest intiem beoordelen omdat het zich minder vaak voordoet, vrouwen zich meer moeten openstellen voor een connectie, ze meer moeite hebben met het krijgen van een orgasme en omdat het meer als een taboe gezien wordt. De mannelijke deelnemers dachten vaak dat vrouwen fellatio het minst intiem vinden omdat de vrouw zich dan minder hoeft open te stellen, hetgeen tijdens cunnilingus wel nodig is.

#### Genitaal zelfbeeld

Zowel de vrouwen als de mannen gaven aan onzeker te kunnen zijn over hun genitaliën, hetgeen wel vaker werd benoemd door de vrouwen. Verder kwam niet duidelijk naar voren of het genitale ideaalbeeld de voornaamste reden is voor vrouwen en/of mannen om wel of geen orale seks te ontvangen of te geven. Ook niet wanneer hier direct naar werd gevraagd. Alleen door Deelnemer 1 (vrouw) werd de onzekerheid over haar genitaliën als reden gegeven waarom ze het soms lastig vindt orale seks te ontvangen: *“Als hij het doet maak ik me wel altijd zorgen van ‘oh, straks stinkt het,’ ook al heb ik daar nooit echt last van gehad met infecties. Want ik kan me voorstellen dat dat dan heel lastig is. Dus ik weet niet precies waar dat vandaan komt, want ik heb nooit van iemand gehoord dat het stinkt of vies is. Dat is dan toch mijn eigen zelfbeeld denk ik, dat ik daar onzeker over ben. Ik weet niet precies hoe het er altijd uitziet, ik bedoel: er komt wat spul uit, afscheiding, dat is gewoon. Maar het is wel dat ik soms denk van ‘vindt hij dat vies of raar?’ en ik heb altijd even zo’n momentje van ‘oh hij gaat er heel dichtbij zijn’ (...) Maar daarna eigenlijk heel snel lukt het me om dat los te laten (...) en kan ik er uiteindelijk eigenlijk altijd wel van genieten en denken ‘dit is fijn en lekker.’”*

Onzekerheid werd volgens de deelnemers vooral veroorzaakt door het heersende ideaalbeeld van de ge-

nitaliën, zowel van de vulva als van de penis. *“Er heerst een soort van ding, dat is gewoon een algemeen beeld, dat een vrouw geen haar mag hebben of dat soort dingen. Dat wordt wel echt een ongeschreven regel. Net zoals okselhaar, zulke dingen en als je dat wel laat staan, dan ben je een feminist of dit dat. En ik denk dat mannen wat dat betreft liever hebben dat een vagina geen haar heeft”* (Deelnemer 9, vrouw). Naast het uiterlijk van de penis, lijkt voor het grootste deel van de mannen vooral de functie van hun penis van belang te zijn voor hun genitale zelfbeeld. Dit had echter voornamelijk betrekking op coïtus. Deelnemer 5 (man): *“Hoe lang je lul is. Heeft het een mooie vorm. Ik kan me voorstellen dat lengte en uiterlijk en of je hard kan worden daar wel onder valt, net als te snel klaarkomen. Dat kan ook onzekerheid brengen.”*

Deelnemer 1 (vrouw) gaf aan dat ze juist onzeker kan worden over haar genitaliën vanwege het gebrek aan zichtbare vulva's als vergelijkingsmateriaal om zich heen. Ze heeft ze nooit van dichtbij gezien: *“Ik denk dat daar veel onzekerheid vandaan komt, over de vraag pas je in het ideaalplaatje of niet, die van iemand. En dat er veel verschil is, maar dat kom je niet tegen. Je weet zeg maar niet of je zeg maar normaal bent of niet, en of dat erg is of niet.”* Voor zowel de vrouwen als mannen bleek dat de porno-industrie een vertekend beeld geeft van hoe de vulva en de penis eruit horen te zien. Deelnemer 7 (man): *“Mannen die kijken ernaar. Dan zijn de vragen: ‘is het groot genoeg?’, ‘is het niet een rare vorm?’, ‘doe ik het lang genoeg?’ Dat is voor mannen een aspect waar heel veel druk op ligt, zeker omdat ik denk dat mannen ook best wel veel porno kijken en als je porno kijkt dan zie je dit (houdt handen ver uit elkaar om grootte penis aan te geven) (...)”* Echter, veel deelnemers waren zich ervan bewust dat het weergegeven beeld niet realistisch is. Over vulva's in de porno zei Deelnemer 9 (vrouw): *“Ja het ziet er allemaal een beetje hetzelfde uit. Het is niet heel verschillend of zo, terwijl het wel allemaal heel verschillend is. Niemand ziet er hetzelfde uit, ook daar niet.”*

Ongeveer de helft van de deelnemers dacht dat mannen een positiever genitaal zelfbeeld hebben dan vrouwen. Een reden die naar voren kwam, was dat de penis veel zichtbaarder is bij leeftijdsgenoten dan de vulva waardoor mannen meer vergelijkingsmateriaal hebben en zich beter realiseren dat de functie en het uiterlijk van de penis in porno onrealistisch is. De andere helft dacht dat vrouwen en mannen een vergelijkbaar genitaal zelfbeeld hebben: *“Denk dat vrouwen eerder onzeker zijn, nou dat is niet waar... Er is ook wel veel shaming als het gaat om mannelijke geslachtsdelen. Er is een soort regel dat mannen een grote penis moeten hebben (...) Ik denk dat voor allebei wel in evenveel mate is, vrouwen denken meer aan geur, ook wel aan vorm of ‘vindt mijn mogelijk crush een innie of een outie leuker’ weet je”* Deelnemer 6 (vrouw). Er was een vrouwelijke deelnemer die juist dacht dat mannen een lager genitaal zelfbeeld hebben omdat maatschappelijk gezien sneller over een ‘kleine lul’ wordt gesproken.

### Seksuele autonomie

Het begrip seksuele autonomie werd over het algemeen beschreven als de mate waarin je eigen behoeftes aangeeft tijdens seks. Hierin ging het voornamelijk om wat men wel wil in plaats van wat men niet wil. Ook werden zelfzekerheid, verantwoordelijkheid en onafhankelijkheid genoemd als onderdelen van seksuele autonomie.

Als factoren die invloed hebben op hun eigen seksuele autonomie werd de mate van seksuele autonomie van de ander genoemd, zowel door vrouwelijke als mannelijke deelnemers. Er werd gezegd dat als de ander kan aangeven wat zij of hij graag wil, de neiging groter is om dat zelf ook te doen, terwijl als de ander dit lastig vindt, dit juist onzeker kan maken. *“Seksuele autonomie heeft bij iedereen invloed op orale seks, en praten helpt daarbij en dat is fijn. Dan kun je het ook horen als je het niet goed doet. Een vaste partner in het begin is daarin wel belangrijk zodat je het samen kan ontdekken. Want dan krijg je toch feedback en terugkoppeling”* (Deelnemer 2, vrouw).

Verder vond Deelnemer 1 (vrouw) seksuele autonomie samenhangen met het kennen van haar eigen seksuele plezier: *“Bij one night stands in het begin gaf ik niks aan en dacht ik ook niet dat het om mij ging en dat ik er iets over kon zeggen. Ik wist eigenlijk zelf niet eens wat ik fijn vond. Als het gebeurde, dan was het niet mijn initiatief en had ik zoiets van ‘ik laat het gebeuren’ in plaats van dat ik er veel uit probeerde te halen voor mezelf. Ik begon er vaak ook al wat pessimistisch aan, zo van ‘ik haal er waarschijnlijk niks uit, dus doe maar makkelijk. Dus seksuele autonomie hangt erg samen met het kennen van je eigen seksuele plezier. Als je dat niet weet is dat heel moeilijk.”*

Het verschil in seksuele autonomie bij een losse en een vaste partner bleek voor beide genders niet anders: het merendeel van de deelnemers vond het gemakkelijker de eigen behoeftes aan te geven bij een vaste partner in vergelijking met een losse partner. Zo vonden een vrouwelijke en een mannelijke deelnemer dat bij een losse partner er een hogere prestatiedruk ligt om de ander te pleasen om een goede indruk achter te laten. Daarentegen bleek een man het juist moeilijker te vinden om seksueel autonoom te zijn in een relatie vanwege hoge verwachtingen die volgens hem met een relatie gepaard gaan.

Alle deelnemers dachten dat mannen seksueel autonomer zijn dan vrouwen omdat vrouwen minder durven aangeven wat ze willen tijdens seks. *“Misschien is het voor een vrouw moeilijker om te vragen om een gunst zoals orale seks omdat het er bij vrouwen minder in zit om over orale seks te praten”* gaf Deelnemer 2 (vrouw) aan. Redenen die hiervoor werden gegeven waren het maatschappelijke beeld waarin mannen stoer moeten zijn waardoor hun grenzen beter aan zouden kunnen geven. Daarnaast zou de vrouw een meer passieve en volgende rol hebben waarbij ze denkt dat ze vooral de man moet plezieren. *“Ik denk dat het maatschappelijke*

*beeld van de man is dat die geplezierd moet worden (...) Dat zij toch minder snel zeggen van 'yo, bef me want dit werkt niet,' dus zijn ze meer volgend naar de man. Ook omgekeerd, ook al hebben zij doordat het niet werkt bij de man wat ze aan het doen zijn, maar dan wel blijven proberen. En dat ik als man toch eerder ben van 'het werkt niet,' dan dat zij dat tegen mij zeggen. Vrouwen zijn door dat dominante imago toch wel meer passief en volgend"* (Deelnemer 5, man). Veel deelnemers, zowel vrouwen als mannen, dachten daarbij dat deze rolverdeling ook biologisch bepaald is. Ze gaven aan te denken dat mannen daadwerkelijk van nature figuurlijk sterker zijn, waardoor ze sneller durven te zeggen wat ze willen. Zo zei Deelnemer 9 (vrouw): *"Ja ik vind dat mannen wel wat sterker overkomen. Maar ook meer omdat ze gewoon heel goed weten wat ze willen. Kijk hun doel is gewoon echt: een man moet klaarkomen en een vrouw, vinden zij, hoeft dat niet per se. Ja de man staat wel voorop zeg maar (...) dat ze eerder voor zichzelf kiezen dan voor een vrouw ja."* Deelnemer 6 (vrouw) vermoedde dat vrouwen ondergeschikt zijn aan mannen omdat het 'in de aard van het beestje zit'. Een mannelijke deelnemer (7) zei hierover: *"Ik denk dat voor mannen om zeg maar te doen wat ze willen logischer is omdat het meer bij primitieve behoeften hoort en dat het voor vrouwen een extra factor kan zijn (...)."*

## Discussie

In deze *mixed-methods* studie werd onderzocht waarom vrouwelijke jongvolwassenen in heteroseksuele context minder vaak orale seks ontvangen dan mannelijke jongvolwassenen. Gendersverschillen werden nagegaan in het aantal partners en gemiddelde frequentie van orale seks, waarbij werd gefocust op de orale seksbeleving en intimiteit, genitaal zelfbeeld en seksuele autonomie.

Zoals verwacht bleek uit onderzoek 1 dat vrouwen van minder partners in hun leven orale seks hadden ontvangen dan mannen. Tegen de verwachting in was de gemiddelde frequentie ontvangen orale seks per maand wel gelijk tussen vrouwen en mannen. Daarnaast bestonden er geen gendersverschillen zowel in het aantal partners aan wie orale seks in het leven was gegeven, als in de gemiddelde frequentie gegeven orale seks per maand.

Een mogelijke verklaring voor de bevinding dat vrouwen van minder partners orale seks hadden ontvangen in hun leven, maar gemiddeld per maand niet minder orale seks ontvingen, zou kunnen zijn dat vrouwen orale seks minder snel toelaten dan mannen omdat ze zich eerst verbonden willen voelen met de ander (Hook, Gerstein, Detterich, & Gridley, 2003). Vrouwen geven de voorkeur aan het ontvangen van orale seks binnen een vaste relatie vergeleken met een niet-vaste relatie (Chambers, 2007). Voor verdere uitdieping was in Onderzoek 2 een onderscheid gemaakt tussen een vaste en een losse partner en bleek het type partner inderdaad vooral voor vrouwen uit te maken. Als voor-

waarden voor het toelaten van cunnilingus benoemen ze vertrouwdheid, verbondenheid en een man die moeite voor hen doet, terwijl dit door mannen niet als voorwaardelijk werd genoemd. In tegenstelling tot losse relaties bleek de genderdiscrepancie in hoe vaak orale seks werd ontvangen per maand kleiner in vaste relaties. Als vrouwen eenmaal een vaste partner hadden, ontvingen ze even vaak orale seks per maand als mannen. Wanneer er alsnog een discrepancie bestond, bleek dat de man vaker orale seks ontving dan de vrouw, en niet andersom. Ook uit andere studies blijkt dat jonge vrouwen in een vaste relatie wederkerigheid in orale seks verwachten, maar ambivalent zijn over de vraag of vrouwen orale seks mogen verwachten in losse seksuele interacties genaamd *hookups* (Armstrong, England, & Fogarty, 2012; Backstrom, Armstrong, & Puentes, 2012).

Daarnaast is het opvallend dat vrouwen van minder partners orale seks hadden ontvangen in hun leven, maar mannen niet aan minder partners in hun leven orale seks hadden gegeven. Deze onverwachte uitkomst zou kunnen wijzen op overrapportage door de mannen ofwel onderrapportage door de vrouwen vanwege de seksuele dubbele standaard waarbij vrouwen negatiever en mannen positiever worden geëvalueerd bij het hebben van veel seksuele partners (Conley, Ziegler, & Moors, 2013; Crawford & Popp, 2003; Vanwesenbeeck, 2009). Uit een studie van Alexander en Fisher (2003) bleek dat vrouwen seksueel gedrag vaker onderrapporteren, maar er werd geen onderscheid gemaakt tussen coïtus en orale seks.

Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de mannelijke steekproef uit Onderzoek 1 niet de mannen zijn van wie de vrouwen orale seks ontvangen, en de vrouwen niet de vrouwen zijn aan wie de mannen orale seks geven. De vrouwen uit de steekproef zijn bijvoorbeeld gemiddeld een jaar jonger dan de mannen en vrouwelijke adolescenten geven over het algemeen de voorkeur aan oudere seksuele partners (Elo, King & Fustenberg, 1999; Kenrick, Keefe, Gabrielidis, Keefe & Cornelius, 1996). Ook kan een interactie-effect tussen gender en de studiekeuze Psychologie een rol spelen.

De bevindingen met betrekking tot intimiteit sluiten aan op de eerder genoemde verklaring dat vrouwen zich eerst verbonden willen voelen met de ander voordat ze orale seks toelaten, wat meer voorwaardelijk lijkt te zijn voor vrouwen dan voor mannen. Uit Onderzoek 1 bleek zoals verwacht dat vrouwen het ontvangen van orale seks intiemmer vonden dan mannen, en dat mannen het geven van orale seks intiemmer vonden dan vrouwen. Aangezien in Onderzoek 1 vooraf geen definitie van intimiteit werd gegeven, hebben we in Onderzoek 2 expliciet naar ieders persoonlijke definitie gevraagd, die voor vrouwen en mannen vergelijkbaar bleek te zijn: het hebben van een band of het voelen van verbondenheid met de ander, wat ze vaker bij een vaste partner ervaarden. Daarnaast werd ondersteund dat vrouwen cunnilingus intiemmer vonden dan fella-



tio, echter bleken mannen cunnilingus en fellatio even intiem te vinden. Uit Onderzoek 2 bleken de mannen echter het ontvangen van orale seks over het algemeen het minst intiem te vinden. De reden die hiervoor vaak werd gegeven was het gebrek aan oogcontact en wederkerigheid en gaven de mannen aan orale seks plezieriger te vinden wanneer ze zich meer verbonden of intiem voelen met de ander, onafhankelijk van partnersoort.

Zoals verwacht op basis van eerdere bevindingen hadden mannen een positiever genitaal zelfbeeld dan vrouwen (Morrison et al., 2005; Reinholtz & Muehlenhard, 1995). Voor zowel vrouwen als mannen was er een positieve associatie tussen genitaal zelfbeeld en ervaring met het ontvangen van orale seks. Dus hoe positiever vrouwen en mannen hun eigen genitaliën beoordeelden, hoe groter het aantal partners van wie ze orale seks hadden ontvangen en hoe vaker ze aan orale seks deden per maand. Uit de interviews bleek dat vrouwen zich meer zorgen maakten over hun genitaliën tijdens het ontvangen van orale seks dan mannen. Redenen die werden genoemd waren onzekerheid over de vorm en geur van hun vulva, en ongerustheid over de lange duur van het opgewonden raken en het krijgen van een orgasme tijdens cunnilingus. Ook de mannen gaven aan onzeker te kunnen zijn over hun eigen genitaliën. Die onzekerheid had echter vooral betrekking op de penisfunctie tijdens coïtus, zoals uithoudingsvermogen en het krijgen en in stand houden van een erectie. Uit de interviews kwamen geen duidelijke genderverschillen naar voren wat betreft de eventuele samenhang tussen het genitale anderbeeld (beoordelingen over de genitaliën van de ander) en het geven van orale seks. In tegenstelling tot eerdere bevindingen waaruit bleek dat de vulva wordt gestigmatiseerd (Bay-Cheng & Fava, 2011; Braun & Wilkinson, 2001; Lewis & Marston, 2016), leken de deelnemers uit de interviews zich bewust van de realistische variatie van andermans genitaliën en werd het door beide genders niet duidelijk als reden genoemd om geen orale seks te willen geven.

Tot slot werd de hypothese dat vrouwen minder seksueel autonoom zouden zijn niet ondersteund in Onderzoek 1. Er bleek in onze steekproef geen genderverschil te bestaan. Verder bleek volgens verwachting dat hoe seksueel autonoom vrouwen en mannen zich voelden, hoe groter het aantal partners van wie ze orale seks hadden ontvangen en hoe vaker ze gemiddeld per maand orale seks ontvingen. Deze discrepantie lijkt niet geheel verklaard te kunnen worden vanuit een genderverschil in seksuele autonomie, maar seksuele autonomie hangt wel samen met de hoeveelheid ervaring met orale seks.

Mogelijk is de vragenlijst over seksuele autonomie niet toereikend om de discrepantie in orale seks te duiden omdat vrouwen zich net als mannen wel in staat voelen om vrij te zijn tijdens seks, een stem te hebben in wat er gebeurt en zich niet onder druk gezet voelen

om bepaalde seksuele handelingen uit te voeren, maar ze vinden het ontvangen van orale seks ongemakkelijker en minder vanzelfsprekend dan mannen. Uit de interviews bleek dan ook dat de deelnemers het genderverschil in orale seks vooral verklaarden vanuit de dominante man die vanuit biologisch en maatschappelijk perspectief gemakkelijker om het ontvangen van orale seks vraagt dan de passieve vrouw en fellatio daardoor meer als normaal wordt gezien. Daarnaast werd aangegeven door zowel de vrouwelijke als de mannelijke deelnemers dat ze zich seksueel autonoom voelden als ze het gevoel hadden dat hun partner ook seksueel autonoom was. De geïnterviewde mannen zeiden vaak dat ze dachten dat vrouwen liever geen orale seks willen ontvangen vanwege de moeite met het krijgen van een orgasme en het taboe dat op cunnilingus ligt. De vrouwen dachten daarentegen dat mannen niet goed weten wat ze moeten doen tijdens cunnilingus.

Het lijkt erop dat vrouwen van minder mannen orale seks ontvangen door sociale gendernormen waarbij het mannelijk plezier centraal staat en vrouwen niet goed aangeven wat ze prettig vinden (Sanchez et al., 2005). Deze gendernormen lijken vooral afkomstig te zijn uit porno en seksuele voorlichting waarin vooral op de penis, fellatio en het mannelijke orgasme wordt gefocust. Daarnaast komen thema's als communicatie, wederzijdse toestemming, intimiteit en relaties weinig aan bod in hedendaagse porno. Dit zijn thema's die van groot belang zijn in seksuele vorming (Höing, Janssen, Boer, & Liebrechts, 2017), wat in de adolescentie volop plaatsvindt (Kar, Choudhury, & Singh, 2015). Ondanks het bewustzijn van de onrealistische weergave van seks in porno kan dit toch sociale verwachtingspatronen van jongvolwassenen ten aanzien van seksueel gedrag beïnvloeden en normaliseren (Baams, 2014).

Uit een literatuuroverzicht blijkt dat slechts 25% van de vrouwen altijd of bijna altijd een orgasme krijgt tijdens coïtus, in tegenstelling tot bijna 100% van de mannen (Lloyd, 2005). Een heteroseksuele vrijpartij lijkt voornamelijk gericht te zijn op het orgasme van de man. Er wordt, voornamelijk door vrouwen, meer belang gehecht aan het orgasme van de man dan van de vrouw en het mannelijk orgasme is vaak een indicatie voor het beëindigen van een vrijpartij (Slief & Spiering, 2019). Voor vrouwen is het veel waarschijnlijker een orgasme te krijgen door cunnilingus dan door coïtus, terwijl dit verschil voor mannen nauwelijks bestaat (Richters, De Visser, Rissel & Smith, 2006). Als vrouwen vaker uitleggen aan mannen wat ze prettig vinden tijdens seks in heteroseksuele context, of als mannen hier vaker naar vragen, zullen ze wellicht net zo vaak een orgasme kunnen krijgen als mannen.

Een eerste beperking van de huidige studie is dat de resultaten moeilijk te generaliseren zijn naar de rest van de populatie aangezien alle deelnemers universitaire psychologiestudenten waren. Volgens onderzoek naar seks bij jongvolwassenen bestaan er verschillen

tussen laag- en hoogopgeleiden in wanneer ze aan (orale) seks beginnen, hoe vaak ze het doen, hoeveel sekspartners ze hebben, hoe ze er tegenover staan en hoeveel en met wie ze erover praten (De Graaf et al., 2017). Ook is generalisatie moeilijk vanwege zelfselectiebias. Mensen die zich voor seksuologisch onderzoek aanmelden hebben meer seksuele ervaring, meer partners en minder angst of terughoudendheid voor (het bespreken van) een seksuologisch onderwerp (Van Lankveld & Laan, 2009). Voor het kwantitatieve deel speelde zelfselectie minder een rol aan omdat de vragenlijst afgenomen werd tijdens de testweek waaraan alle eerstejaars psychologiestudenten standaard meedoen. Voor het kwalitatieve deel hebben deelnemers zich hoogstwaarschijnlijk vanwege intrinsieke interesse voor het onderwerp aangemeld. Verder blijkt, hoewel zelfrapportage als valide en betrouwbaar beschouwd kan worden (Turner, Miller, & Rogers, 1997), test-her-testbetrouwbaarheid lager wanneer deelnemers wordt gevraagd de frequentie van seksuele activiteiten terug te halen van meer dan een paar maanden geleden (Cattania, Binson, Van der Straten, & Stone, 1995). Hierdoor zouden de resultaten van de frequentie van orale seks per maand in beide onderzoeken met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. In de huidige studie is ook het aantal partners meegenomen om deze herinneringsbias zoveel mogelijk te voorkomen. Voor toekomstig onderzoek lijkt het relevant ook 'genitaal anderbeeld'-vragen aan toe te voegen om nog beter de directe link tussen het geven van orale seks en het genitale anderbeeld in kaart te brengen. In de huidige studie misten deze vragen in de interviewleidraad, terwijl dat af en toe tussen neus en lippen door werd vermeld door de deelnemers.

Een beperking van Onderzoek 2 is dat wij als interviewers invloed gehad zouden kunnen hebben op de antwoorden van de deelnemers tijdens de interviews. Tegelijkertijd is een voordeel van kwalitatief onderzoek dat er tijdens interviews gelegenheid is om te kunnen doorvragen en de antwoorden zo diepgaand en duidelijk mogelijk te laten formuleren door samenwerking van de interviewer en de deelnemers (Bryman, 2012). Daarnaast waren de interviewers twee vrouwen die naast vrouwen ook mannen hebben geïnterviewd over een seksueel onderwerp. Uit eerder onderzoek blijkt dat vrouwen die mannen over een seksueel onderwerp interviewen tegen andere uitdagingen aanlopen dan vrouwen die mannen over een ander onderwerp interviewen (Green, Barbour, Barnard, & Kitlinger, 1993). Verder hebben we vanwege tijdsgebrek geen gebruik gemaakt van inhoudelijke verzadiging, ofwel saturatie, waarbij men net zo lang doorgaat met interviews afnemen tot er geen nieuwe informatie meer boven tafel komt (Morse, 1995). Achteraf konden we concluderen dat het van tevoren bepaalde aantal van 10 interviews voldoende bleek te zijn omdat er in de laatste interviews nauwelijks nieuwe informatie werd gegeven.

Vervolgonderzoek kan zich richten op niet-heteroseksuele relaties. We hebben bewust gekozen voor alleen heteroseksuelen vanwege de vaak gerapporteerde discrepantie in het ontvangen en geven van orale seks in heteroseksuele context. Het lijkt waarschijnlijk dat de eerder besproken factoren in niet-heteroseksuele relaties een andere rol spelen, ook gezien een verschillend repertoire aan gedragsmogelijkheden. Verder zou een grotere en meer heterogene steekproef, waarbij personen met verschillende achtergronden (zoals opleidingsniveau of herkomst) geïnccludeerd worden, een vollediger beeld kunnen geven.

Een sterk punt van de studie is het mixed-methods design. Het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden draagt bij tot de validiteit van de resultaten (Greene, Caracelli, & Graham, 1989).

Dit betreft naar ons beste weten de eerste *mixed-methods* studie met inzicht in genderverschillen (en -overeenkomsten) in de ervaring en beleving van orale seks bij heteroseksuele jongvolwassenen. Het lijkt erop dat vrouwen minder orale seks ontvangen dan mannen omdat vrouwen het allereerst minder snel toelaten dan mannen vanwege ervaren (genitale) onzekerheid en zich liever eerst vertrouwd of intiem willen voelen met de partner voordat ze het toelaten. En ten tweede omdat beide genders het vanzelfsprekender lijken te vinden dat er voornamelijk orale seks wordt gegeven aan de man, waarschijnlijk omdat seksueel plezier van mannen nog steeds centraal staat in heteroseksuele interacties.

**Dankbetuiging:** Graag willen wij M.F. ter Beek, C.D. Timmer en M. Vlaar bedanken voor de dataverzameling van Onderzoek 1.

**Financiering:** Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van een afstudeerscriptie van de Masteropleiding Gezondheidszorgpsychologie.

## Literatuur

- Alexander, M. G., & Fisher, T. D. (2003). Truth and consequences: Using the bogus pipeline to examine sex differences in self-reported sexuality. *Journal of Sex Research, 40*(1), 27-35.
- Anthony, G., Levin, R.J., & Laan, E. (2012). The effect of different types of sexual stimulation on orgasm occurrence. *Manuscript in preparation*.
- Armstrong, E. A., England, P., & Fogarty, A. C. K. (2012). Accounting for women's orgasm and sexual enjoyment in college hookups and relationships. *American Sociological Review, 77*, 435-462.
- Baams, L. (2014). *Blooming Sexuality. A biopsychosocial perspective on adolescent romantic and sexual development* (proefschrift). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Backstrom, L., Armstrong, E. A., & Puentes, J. (2012). Women's negotiation of cunnilingus in college hookups and relationships. *Journal of Sex Research, 49*(1), 1-12.
- Barnett, M. D., Moore, J. M., Woolford, B. A., & Riggs, S. A. (2018). Interest in partner orgasm: Sex differences and relationships with attachment strategies. *Personality and Individual Differences, 124*, 194-200.
- Bay-Cheng, L. Y., & Fava, N. M. (2011). Young women's experiences and perceptions of cunnilingus during adolescence. *Journal of Sex Research, 48*(6), 531-542.
- Bay-Cheng, L. Y., Robinson, A. D., & Zucker, A. N. (2009). Behavioral and relational contexts of adolescent desire, wanting, and pleasure: Undergraduate women's retrospective accounts. *Journal of Sex Research, 46*(6), 511-524.
- Berman, L. A., Berman, J., Miles, M., Pollets, D., & Powell, J. A. (2003). Genital self-image as a component of sexual health: Relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. *Journal of Sex & Marital Therapy, 29*(1), 11-21.
- Bramwell, R., Morland, C., & Garden, A. S. (2007). Expectations and experience of labial reduction: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 114*(12), 1493-1499.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.
- Braun, V., & Wilkinson, S. (2001). Socio-cultural representations of the vagina. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 19*(1), 17-32.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Cash, T. F., Maikkula, C. L., & Yamamiya, Y. (2004). "Baring the body in the bedroom": Body image, sexual self-schemas, and sexual functioning among college women and men. *Electronic Journal of Human Sexuality, 7*, 1-9.
- Catania, J. A., Binson, D., Van Der Straten, A., & Stone, V. (1995). Methodological research on sexual behavior in the AIDS era. *Annual Review of Sex Research, 6*(1), 77-125.
- Chambers, W. C. (2007). Oral sex: Varied behaviors and perceptions in a college population. *Journal of Sex Research, 44*(1), 28-42.
- Chandra A., Mosher W. D., Copen C., Sionean C. (2011). Sexual behavior, sexual attraction, and sexual identity in the United States: Data from the 2006-2008 National Survey of Family Growth. CDC National Health Statistics Reports, 36.
- Conley, T. D., Ziegler, A., & Moors, A. C. (2013). Backlash from the bedroom: Stigma mediates gender differences in acceptance of casual sex offers. *Psychology of Women Quarterly, 37*(3), 392-407.
- Crawford, M., & Popp, D. (2003). Sexual double standards: A review and methodological critique of two decades of research. *Journal of Sex Research, 40*(1), 13-26.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- De Graaf, J. C., Van den Borne, M., Nikkelen, S. W. C., Twisk, D., & Meijer, S. (2017). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017*. Delft: Eburon.
- DeMaria, A. L., Hollub, A. V., & Herbenick, D. (2012). The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Validation among a sample of female college students. *The Journal of Sexual Medicine, 9*(3), 708-718.
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education, 40*(4), 314-321.
- Elo, I. T., King, R. B., & Furstenberg, F. F. (1999). Adolescent females: Their sexual partners and the fathers of their children. *Journal of Marriage & Family, 61*, 74-84.
- Gaia, A. C. (2002). Understanding emotional intimacy: A review of conceptualization, assessment and the role of gender. *International Social Science Review, 77*(3/4), 151-170.
- Green, G., Barbour, R. S., Barnard, M., & Kitzinger, J. (1993). "Who wears the trousers?": Sexual harassment in research settings. In *Women's Studies International Forum, 16*(6), 627-637.
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., & Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis, 11*(3), 255-274.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods, 18*(1), 59-82.
- Herbenick, D., Schick, V., Reece, M., Sanders, S. A. & Fortenberry, J. D. (2013). The development and validation of the Male Genital Self-Image Scale: Results from a nationally representative probability sample of men in the United States. *The Journal of Sexual Medicine, 10*(6), 1516-1525.
- Higgins, J. A., Trussell, J., Moore, N. B., & Davidson, J. K. (2010). Young adult sexual health: current and prior sexual behaviours among non-Hispanic white US college students. *Sexual Health, 7*(1), 35-43.
- Höing, M., Janssen, A. Boer, & M. Liebrechts. (2017). *Besprekbaar maken van seksualiteit en intimiteit. Handboek voor professionals in zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Hook, M. K., Gerstein, L. H., Detterich, L., & Gridley, B. (2003). How close are we? Measuring intimacy and examining gender differences. *Journal of Counseling & Development, 81*(4), 462-472.
- Jozkowski, K. N., & Satinsky, S. A. (2013). A gender discrepancy analysis of heterosexual sexual behaviors in two university samples. *Journal of Community Health, 38*(6), 1157-1165.
- Kaestle, C. E., & Halpern, C. T. (2007). What's love got to do with it? Sexual behaviors of opposite-sex couples through emerging adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 39*(3), 134-140.
- Kenrick, D. T., Keefe, R. C., Gabrielidis, C., & Cornelius, J. S. (1996). Adolescents' age preferences for dating partners: Support for an evolutionary model of life-history strategies. *Child development, 67*(4), 1499-1511.
- Laan, E. & Rellini, A. H. (2011). Can we treat anorgasmia in women? The challenge to experiencing pleasure. *Sexual and Relationship Therapy, 26*(4), 329-341.
- Lefkowitz, E. S., Vasilenko, S. A., & Leavitt, C. E. (2016). Oral vs. vaginal sex experiences and consequences among first-year college students. *Archives of Sexual Behavior, 45*(2), 329-337.
- Lewis, R., & Marston, C. (2016). Oral sex, young people, and gendered narratives of reciprocity. *The Journal of Sex Research, 53*(7), 776-787.
- Lloyd, E. A. (2005). *The case of the female orgasm: Bias in the science of evolution*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lloyd, J., Crouch, N. S., Minto, C. L., Liao, L. M., & Creighton, S. M. (2005). Female genital appearance: 'Normality' unfolds. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 112*(5), 643-646.
- Malacad, B. L., & Hess, G. C. (2010). Oral sex: Behaviours and feelings of Canadian young women and implications for sex education. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 15*(3), 177-185.
- McDonagh, L. K., Morrison, T. G. & McGuire, B. E. (2009). The naked truth: Development of a scale designed to measure male body image self-consciousness during physical intimacy. *The Journal of Men's Studies, 16*(3), 253-265.
- Mercer, C. H., Tanton, C., Prah, P., Erens, B., Sonnenberg, P., Clifton, S., & Johnson, A. M. (2013). Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *The Lancet, 382*(9907), 1781-1794.
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research, 5*(2), 147-149.
- Harrison, M., Baker, J., Twinamatsiko, M., & Milner-Gulland, E. J. (2015). Profiling unauthorized natural resource users for better targeting of conservation interventions. *Conservation Biology, 29*, 1636-1646.
- Morrison, T. G., Bearden, A., Ellis, S. R., & Harriman, R. (2005). Correlates of genital perceptions among Canadian post-secondary students. *Electronic Journal of Human Sexuality, 8*, 1-22.

- Perlman, D., & Fehr, B. (1987). The development of intimate relationships. In D. Perlman & S. Duck (Eds.), *Intimate relationships: Development, dynamics, and deterioration* (p. 13–42). Sage Publications, Inc.
- Tiggemann, M., Martins, Y., & Churchett, L. (2008). Beyond muscles: Unexplored parts of men's body image. *Journal of Health Psychology, 13*(8), 1163-1172.
- Reinholtz, R. K., & Muehlenhard, C. L. (1995). Genital perceptions and sexual activity in a college population. *Journal of Sex Research, 32*(2), 155-165.
- Remez, L. (2000). Oral sex among adolescents: Is it sex or is it abstinence? *Family Planning Perspectives, 32*(6), 298-304.
- Richters, J., De Visser, R., Rissel, C., & Smith, A. (2006). Sexual practices at last heterosexual encounter and occurrence of orgasm in a national survey. *Journal of Sex Research, 43*(3), 217-226.
- Sanchez, D. T., Crocker, J., & Boike, K. R. (2005). Doing gender in the bedroom: Investing in gender norms and the sexual experience. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*(10), 1445-1455.
- Sanchez, D. T., Kiefer, A. K., & Ybarra, O. (2006). Sexual submissiveness in women: Costs for sexual autonomy and arousal. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*(4), 512-524.
- Sanchez, D. T., Moss-Racusin, C. A., Phelan, J. E., & Crocker, J. (2011). Relationship contingency and sexual motivation in women: Implications for sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior, 40*(1), 99-110.
- Satinsky, S., & Jozkowski, K. N. (2015). Female sexual subjectivity and verbal consent to receiving oral sex. *Journal of Sex & Marital Therapy, 41*(4), 413-426.
- Slief, B. A., & Spiering, M. (2019). Het belang van het orgasme voor mannen en vrouwen. *Tijdschrift voor Seksuologie, 43*(4), 226-232.
- Smith, N. K., Butler, S., Wagner, B., Collazo, E., Caltabiano, L., & Herbenick, D. (2017). Genital self-image and considerations of elective genital surgery. *Journal of Sex and Marital Therapy, 43*(2), 169-184.
- Turner, C. F., Miller, H. G., & Rogers, S. M. (1997). Survey measurement of sexual behavior. *Researching Sexual Behavior, 37*-60.
- Van Lankveld, J., & Laan, E. (2009). Wetenschappelijk onderzoek naar seksualiteit. In L. Gijs, W.L. Gianotten, I Vanwesenbeeck & P.T.M. Weijnen (Eds.), *Seksuologie* (pp. 45-67). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vannier, S. A., & Byers, E. S. (2013). A qualitative study of university students' perceptions of oral sex, intercourse, and intimacy. *Archives of Sexual Behavior, 42*(8), 1573-1581.
- Vannier, S. A., & O'Sullivan, L. F. (2012). Who gives and who gets: Why, when, and with whom young people engage in oral sex? *Journal of Youth and Adolescence, 41*(5), 572-582.
- Vanwesenbeeck, I. (2009). Seksuele diversiteit. In L. Gijs, W.L. Gianotten, I Vanwesenbeeck & P.T.M. Weijnen (Eds.), *Seksuologie* (pp. 45-67). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

fellatio to happen, most likely because of the reigning gender norms that lead to prioritizing male sexual pleasure.

**Keywords:** oral sex, gender differences, intimacy, genital self-image, sexual autonomy

**Trefwoorden:** orale seks, genderverschillen, intimiteit, genitaal zelfbeeld, seksuele autonomie

## Summary

### The Experience with and Perceptions of Oral Sex in Heterosexual Young Adults: A Mixed-Methods Study

To explore why young women generally receive less oral sex than young men in a heterosexual context, a sequential explanatory mixed-methods study was done. We studied gender differences in the number of sexual partners and average frequency of oral sex. In addition, we focused on intimacy, genital self-image, sexual autonomy, and perceptions of oral sex. In a first phase, 273 undergraduate students participated in a quantitative survey. Secondly, we collected qualitative data from semi-structured interviews in 10 undergraduate students. Our quantitative data confirmed that women received oral sex from fewer partners compared to men. In addition, women considered receiving oral sex to be more intimate, experienced performing oral sex as less intimate than men, and had a more negative genital self-image, as compared to men. We did not find any gender differences in sexual autonomy. Our qualitative data showed that both women and men believe that women receive less oral sex than men because women do not allow and/or initiate cunnilingus as quickly as men do with fellatio. The most common reasons given by women were (genital) insecurity and not feeling intimate with the other. Additionally, both women and men reported that they naturally expect

# Impact van de modus partus op het seksueel functioneren van primipara 6 maanden postpartum: een systematische review

Ilse E.M. van de Ven<sup>1</sup>, Dr. Jacques W.M. Maas<sup>1,2</sup> en Dr. Judith O.E.H. van Laar<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Afdeling Obstetrie en Gynaecologie, Maastricht Universiteit Medisch Centrum+, Maastricht, Nederland

<sup>2</sup>GROW – School for Oncology and Developmental Biology, Universiteit Maastricht, Nederland

<sup>3</sup>Afdeling Obstetrie en Gynaecologie, Máxima Medisch Centrum, Veldhoven, Nederland

<sup>4</sup>Fundamentele Perinatologie (FUN), Máxima Medisch Centrum, Veldhoven, Nederland

---

## Samenvatting

Het doel van deze studie was om het effect van de modus partus, gedefinieerd als vaginale bevalling en sectio caesarea, op het seksueel functioneren van primipara 6 maanden postpartum te evalueren. De database MEDLINE is systematisch gescreend voor geschikte artikelen die de seksuele functie beoordeelde middels de *Female Sexual Function Index* (FSFI). De impact werd berekend middels het gecombineerde gemiddelde met bijbehorende standaarddeviatie (SD).

Zes artikelen werden geïnccludeerd met in totaal 1585 vrouwen. Vijf van de zes artikelen, in totaal 1248 vrouwen, kwamen in aanmerking voor de gegevensanalyse. De gecombineerde totale FSFI score geeft 6 maanden na een vaginale bevalling een FSFI score lager dan het afkappunt 26.5 wat seksueel disfunctioneren impliceert ( $26.3 \pm 5.6$ ). De totale FSFI score 6 maanden na een keizersnede ligt hoger dan desbetreffende afkappunt ( $27.3 \pm 1.3$ ).

De verschillen in de gecombineerde totale FSFI scores 6 maanden postpartum ten opzichte van de afkapwaarde van seksueel disfunctioneren kunnen mogelijk verklaard worden door de daadwerkelijke grotere impact van een vaginale bevalling, dan wel heterogeniteit van de geïnccludeerde studies. Daarbij leiden met name kunstverlossingen tot lagere scores. Echter zijn zowel de geïnccludeerde artikelen als overige literatuur niet eenduidig over het effect van de modus partus op het seksueel functioneren postpartum. Op basis van de resultaten uit deze systematische review heeft de modus partus mogelijk invloed op het seksueel functioneren van primipara 6 maanden postpartum. Ten behoeve van counseling is er een grote behoefte naar meer onderzoek en duidelijkheid betreffende het seksueel functioneren zowel tijdens als na de zwangerschap.

---

**S**eksuele gezondheid is een belangrijk aspect in de kwaliteit van leven van elk individu; ook voor vrouwen die recent zijn bevallen. Door middel van het model genaamd seksuele responscyclus wordt de vrouwelijke seksuele respons beschreven aan de hand van vier fases: verlangen, opwinding, orgasme en herstel (Laan & Both, 2011). De fase van opwinding bevat onder andere de lubricatie van de vagina als belangrijk aspect. Wanneer er problemen optreden tijdens een van deze fases waardoor seksuele reactie en bevredi-

ging verstoord zijn, spreekt men van seksuele disfunctie (American Psychiatric Association, 2013).

Het is een multifactorieel probleem dat door ongeveer 40% van de vrouwen wereldwijd wordt ervaren (Fugl-Meyer et al., 2004; Shifren, 2020; Shifren, Monz, Russo, Segreti, & Johannes, 2008). Seksuele disfunctie heeft een nadelig effect op de kwaliteit van leven van de vrouwen en op die van de partners (Laumann et al., 2006; Simon, Kokot-Kierepa, Goldstein, & Nappi, 2013). Een belangrijke factor voor het goed functioneren van de seksuele respons is de bekkenbodempieren. De bekkenbodempieren zijn cruciaal voor de opwinding en het krijgen van een orgasme (Hadizadeh-Talasaz, Sadeghi, & Khadivzadeh, 2019). Een goede conditie van de bekkenbodempieren is daarom essentieel in seksuele gezondheid voor zowel de seksuele functie en genot in verschillende fases van de vrouwelijke seksuele responscyclus (Hadizadeh-Talasaz et al., 2019). Indien de bekkenbodempieren niet in goede conditie is, kan dit dus leiden tot seksuele disfunctie. Andere factoren die de bekkenbodempieren, dan wel seksuele functie negatief kunnen beïnvloeden zijn onder andere zwangerschap en

---

Ilse van de Ven is masterstudent Arts-Klinisch Onderzoeker en masterstudent Biomedical Sciences met de specialisatie Regenerative Medicine, Universiteit Maastricht

Dr. Jacques WM Maas is Gynaecoloog, Afdeling Obstetrie en Gynaecologie, Maastricht Universiteit Medisch Centrum+ en als Gynaecoloog verbonden aan GROW – School for Oncology and Developmental Biology, Universiteit Maastricht

Dr. Judith OEH van Laar is Gynaecoloog-Perinatoloog aan de Afdeling Obstetrie en Gynaecologie, Máxima Medisch Centrum, Veldhoven en Assistant Professor aan de Technische Universiteit in Eindhoven, Faculteit Elektrotechniek

Correspondentieadres: jacques.maas@mumc.nl  
Ontvangen: 9 augustus 2021; Geaccepteerd: 20 november 2021

bevalling (Aydin et al., 2015; Shifren, 2020).

Tijdens de vaginale bevalling worden verschillende spieren, zenuwen en bindweefsel opgerekt en gecompriemd (American Psychiatric Association, 2013; Fugl-Meyer et al., 2004). Dit proces kan niet alleen leiden tot schade aan de bekkenbodemspieren, maar ook tot aanhoudend trauma aan de cervix, labia minora en vagina (Lima et al., 2020; Prins, van Roosmalen, Scherjon, & Smit, 2009). Vooral gevallen waarbij er sprake is van een langdurige bevalling, kunstverlossing, episiotomie of perineale scheuren kan er aanzienlijke schade ontstaan (Lima et al., 2020; Prins et al., 2009). Hierdoor is een vaginale bevalling geïdentificeerd als een belangrijke factor binnen het ontwikkelen van bekkenbodemdisfuncties (Bortolini, Drutz, Lovatsis, & Alarab, 2010; Driusso et al., 2020).

Gezien de essentiële functie van de bekkenbodem in de vrouwelijke seksuele responscyclus kan een sectio caesarea mogelijk minder effect hebben op het seksueel functioneren in vergelijking met een vaginale bevalling. Driusso en collega's onderzochten de bekkenbodemfunctie bij primipara (vrouwen die niet eerder bevallen zijn) die vaginaal zijn bevallen of een sectio caesarea hebben ondergaan; zij vonden tussen deze groepen geen verschil in functioneren (Driusso et al., 2020). Van de vrouwen heeft 92-100% binnen 6 maanden na hun eerste bevalling weer geslachtsgemeenschap en er is geen verschil tussen vrouwen die een vaginale bevalling of een keizersnee hebben gehad (Barbara et al., 2016; Triviño-Juárez et al., 2018). Een groot deel van de vrouwen geïnccludeerd in deze studies ervaarde in de eerste periode na de bevalling, ondanks het hervatten van de coïtus, minimaal één probleem gerelateerd aan seksuele disfunctie, zoals verminderd verlangen of pijn (G Barrett et al., 2000).

Faisal en collega's hebben in hun artikel de redenen beschreven waarom primigravida om een keizersnede vragen zonder medische indicatie (Faisal, Matinnia, Hejar, & Khodakarami, 2014). Deze groep vrouwen benoemt als één van de redenen de angst voor complicaties na de vaginale bevalling; zij zijn bang voor vaginale prolaps, urine-incontinentie en seksuele disfunctie (Faisal et al., 2014). Echter impliceert de gelijke bekkenbodemfunctie en duur tot het hervatten van geslachtsgemeenschap dat deze angst voor seksuele disfunctie bij de primigravida mogelijk onterecht is; daarom is het van groot belang om te onderzoeken of de modus partus effect heeft op de seksuele functie. Met deze informatie kunnen zorgprofessionals goed onderbouwd advies geven over seksuele functie postpartum in relatie tot een vaginale bevalling dan wel keizersnede. Vroege counseling en diagnostiek binnen de seksuele gezondheid kan essentieel zijn in het verbeteren van de kwaliteit van leven na het krijgen van kinderen. Uit literatuur blijkt dat educatie en interventie op het gebied van seksuele gezondheid de seksuele functie postpartum kan verbeteren (Nezamnia, Irvani, Bargard, & Latify, 2020; Sheikhi, Navidian, & Rigi, 2020).

Hoewel er verschillende reviews zijn gepubliceerd over bekkenbodemdisfunctie en seksuele functie, zijn er geen gepubliceerde reviews gevonden met betrekking tot de onderlinge relatie tussen de modus partus en seksuele functie bij primigravida 6 maanden na de bevalling. Het doel van deze systematische review is om de impact van de modus partus, gedefinieerd als vaginale bevalling en sectio caesarea (keizersnede), op de seksuele functie van primipara 6 maanden postpartum te vergelijken met behulp van de *Female Sexual Function Index* (FSFI).

## Methode

Dit artikel is een systematische review over seksueel functioneren via zelf gerapporteerde FSFI onder primipara 6 maanden na een vaginale bevalling, waaronder met en zonder kunstverlossing, dan wel sectio caesarea. Kunstverlossingen omvatten zowel bevallingen waarbij een vacuümpomp dan wel forceps zijn gebruikt. Deze review is uitgevoerd volgens de richtlijnen van de Preferred Reporting Items in de Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA)-statement (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). Publicaties werden gezocht via de elektronische databank MEDLINE (PubMed) vanaf 2000 tot en met 22 december 2020. De zoekstrategie bevatte zowel trefwoorden als Medical Subject Headings (MeSH)-termen. Zoekopdrachten werden beperkt tot Engelse literatuur, observationele studies en humane onderzoeken. De zoekstrategie was als volgt: ("Parity"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Postpartum Period"[Mesh] OR parity[tiab] OR primiparit\*[tiab] OR "parity progression ratio\*" [tiab] OR nulliparity[tiab] OR "obstetric deliver\*" [tiab] OR delivery[tiab] OR "delivery pattern"[tiab] OR "delivery term"[tiab] OR "delivery mode\*" [tiab] OR "cesarean section"[tiab] OR "caesarean section"[tiab] OR "C-section"[tiab] OR "C section"[tiab] OR episiotomy[tiab] OR "obstetrical extraction"[tiab] OR "induced labor"[tiab] OR "vaginal birth after cesarean"[tiab] OR "vaginal birth"[tiab] OR "vaginal delivery"[tiab] OR "fetal version"[tiab] OR postpartum[tiab] OR puerperium[tiab]) AND ("Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh:NoExp] OR "Dyspareunia"[Mesh] OR "Vaginismus"[Mesh] OR "physiological sexual dysfunction\*" [tiab] OR "sexual dysfunction\*" [tiab] OR "sex disorder\*" [tiab] OR "female sexual function index"[tiab] OR FSFI[tiab] OR sexual function\*[tiab] OR "sexual function\*" [tiab]). Deze zoekstrategie is gecontroleerd door een informatiespecialist. Citaten werden geïmporteerd in citatie software waarna titels, samenvattingen en volledige teksten werden gescreend door één reviewer (IV). De opgenomen studies werden gepubliceerd van 2000 tot 2020 vanwege het feit dat de gebruikte FSFI in het jaar 2000 werd ontwikkeld. Deze filter is toegepast nadat de lijst met literatuur was opgesteld.

### *In- en exclusiecriteria*

De studies moesten specifiek gericht zijn op de impact van de modus partus op de seksuele functie 6 maanden postpartum bij primigravida volgens de populatie, blootstelling en uitkomst standaard (*Population, Exposure en Outcome*; PEO). De studies moesten voldoen aan de volgende inclusie-criteria: 1) deelnemers waren nullipara op het moment van inclusie in de zwangerschap of primipara die onlangs zijn bevallen (P), 2) onderzoekopzet omvatte beide manieren van bevallen gedefinieerd als vaginale geboorte en sectio caesarea (E), 3) seksuele functie werd gerapporteerd via FSFI 6 maanden postpartum (O). Exclusie-criteria betroffen een populatie met 1) maternale (co)morbiditeit (waaronder obstetrische ziekten, psychiatrische stoornissen, voorgeschiedenis van genitale- of bekkenbodembirurgie) en/of 2) zwangerschappen die resulteerden in abortus, doodgeboorte, perinatale sterfte of vroeggeboorte. Ook zijn publicaties geëxcludeerd die 3) theoretische-, commentaar- of overzichtsartikelen, of uitsluitend kwalitatieve studies betroffen.

### *Uitkomstmaten*

De primaire uitkomstmaat betrof het seksueel functioneren 6 maanden postpartum. Dit werd beoordeeld door middel van FSFI (Female Sexual Function Index) die ontwikkeld is door Rosen en collega's in 2000. Het is de gouden standaard voor het meten van vrouwelijke seksuele functie (Daker-White, 2002; Rosen et al., 2000). De vrouwelijke seksuele functie wordt geëvalueerd op zes verschillende seksuele domeinen die zijn gebruikt als secundaire uitkomstmaten: verlangen, opwinding, orgasme, pijn, lubricatie en satisfactie. De totaalscore wordt verkregen door alle zes de domeinscores bij elkaar op te tellen; het maximum van de totaalscore is 36. Hogere scores duiden op beter seksueel functioneren. Een FSFI score < 26.5 impliceert de aanwezigheid van seksueel disfunctioneren (Rosen et al., 2000). De vragenlijst is in verschillende talen vertaald en gevalideerd (Fakhri, Pakpour, Burri, Morshedi, & Zeidi, 2012; Filocamo et al., 2014; Öksüz & Malhan, 2005).

### *Data-extractie*

De volgende gegevens werden geabstraheerd van de geselecteerde artikelen: eerste auteur, jaar van uitgave, doel, rekrutering, de periode van het verzamelen van de gegevens, het tijdschema, procedure, de populatie kenmerken, modus partus en de uitkomsten betreffende de seksuele functie 6 maanden na de bevalling.

### *Artikelbeoordeling*

De recensent (IV), die aan geen van de artikelen heeft bijgedragen, beoordeelde de kwaliteit van de geselecteerde onderzoeken met behulp van de Newcastle-Ottawa-schaal (NOS) voor cohortonderzoeken. De NOS bevat acht items in drie groepen: selectie (punt 1-4), vergelijkbaarheid (punt 5) en het resultaat (punt 6-8).

Elk item wordt geclassificeerd door middel van sterren indien het item aan kwaliteitsvoorwaarden voldoet. Negen sterren is de hoogst haalbare kwaliteit voor een artikel, waar een score van minder dan of gelijk aan vijf sterren een lage studiekwaliteit impliceert.

### *Gegevensanalyse*

De impact van de modus partus op het seksueel functioneren werd geëvalueerd middels een gecombineerd gemiddelde en bijbehorende standaard deviatie (SD) van de gegeven FSFI scores (en onderliggende domeinen) voor beide groepen.

### **Resultaten**

Het selectieproces van de artikelen is weergegeven in figuur 1. De studie-karakteristieken zijn weergegeven in tabel 1. In tabel 2 zijn de populatie karakteristieken weergegeven. Hierin is te zien dat gemiddeld 92,6% van de vrouwen die vaginaal zijn bevallen en 96,0% van de vrouwen die bevallen zijn middels een keizersnede binnen 6 maanden coïtus hadden gehad.

Tabel 3 geeft het gemiddelde en de standaarddeviatie voor de FSFI scores met de daarbij horende scores per domein van de individuele studies voor de vaginale bevalling en sectio caesarea weer. Het artikel van Kahramanoglu et al. (2017) is niet meegenomen in zowel de gecombineerde subscores als de totale FSFI score gezien de niet gegeven standaard deviaties. In het artikel van Dabiri en collega's (2014) is voor enkel de totale FSFI score de standaard deviatie niet gegeven; hierdoor is de totale FSFI score uit dit artikel niet meegenomen in de berekening van de gecombineerde totale FSFI score. Deze gecombineerde FSFI score op basis van de geïncludeerde artikelen is lager dan het afkappunt 26.5 wat seksueel disfunctioneren impliceert ( $26.3 \pm 5.6$ ) 6 maanden na een vaginale bevalling. De totale FSFI score 6 maanden na een keizersnede ligt hoger dan desbetreffende afkappunt ( $27.3 \pm 1.3$ ).

De gemiddelde FSFI scores 6 maanden na een vaginale bevalling in de studies van Rogers en collega's (2014) ( $28.5 \pm 5.4$ ), Barbara en collega's (2016) ( $26.5 \pm 5.4$ ) en Kahramanoglu en collega's (2017) ( $26.6 \pm$  niet gegeven) toonden voor de vrouwen na een vaginale bevalling scores boven het afkappunt van 26.5. In drie van de geïncludeerde studies waren de scores 6 maanden na een vaginale bevalling lager dan 26.5, het afkappunt waaronder gesproken wordt van seksuele disfunctie: Baksu en collega's (2007) ( $22.2 \pm 3.7$ ), Dabiri en collega's (2014) ( $25.9 \pm$  niet gegeven) en Moghadam en collega's (2019) ( $24.4 \pm 4.8$ ). De groep vrouwen die middels een sectio caesarea is bevallen binnen het onderzoek van Dabiri en collega's (2014) ( $24.8 \pm$  niet gegeven) had een gemiddelde score onder het afkappunt van 26,5. De overige scores voor de vrouwen die bevallen waren middels een keizersnede uit de studies van Baksu en collega's (2007) ( $28.3 \pm 6.5$ ), Rogers en collega's (2014) ( $26.6 \pm 6.3$ ), Barbara en collega's (2016)

**Tabel 1.** Studie karakteristieken van geïncludeerde studies

Variabelen	Doel	Recruitment setting	Periode van data verzameling	Timeframe	Procedure	Studie populatie	Participanten (N)
Baksu et al. (2007)	Evaluatie van de relatie tussen de modus partus en verschillende aspecten van de seksuele functie na de bevalling.	Antenatal Clinics, Istanbul, Turkije	Jan 2004 - Juli 2004	Prospectief	FSFI vragenlijst; taal niet gegeven	VB: Vaginale bevalling met mediolaterale episiotomie SC: Electieve sectio caesarea	248
Dabiri et al. (2014)	Evaluatie van het effect van de modus partus op het postpartum seksueel functioneren bij primipara.	Health Clinic, Bandar Abbas, Iran	Sept 2010 - April 2011	Retrospectief	FSFI vragenlijst; taal niet gegeven	VB: Vaginale bevalling SC: Electieve sectio caesarea	150
Rogers et al. (2014)	Vergelijken van bekkenbodempunctie 6 maanden postpartum en de anatomische veranderingen bij verschillende methodes van bevallen.	Ziekenhuis, Albuquerque, NM, VS	Dec 2006 - Jan 2011	Prospectief	FSFI vragenlijst in Engels of Spaans	VB: Vaginale bevalling met episiotomie of operatieve bevalling SC: Electieve sectio caesarea	474
Barbara et al. (2016)	Onderzoeken van de impact van de modus partus op het seksueel functioneren van vrouwen na de bevalling door spontane vaginale bevalling, operatieve vaginale bevalling en keizersnede te vergelijken.	Ziekenhuis, Milaan, Italië	2013	Prospectief	FSFI vragenlijst in Italiaans	VB: Spontane vaginale bevalling en operatieve vaginale bevalling SC: Electieve sectio caesarea	269
Kahramanoglu et al. (2017)	Evaluatie van de impact van de modus partus op de seksuele functie van primipara.	Ziekenhuis, Istanbul, Turkije	Feb 2012 - Juli 2014	Prospectief	FSFI vragenlijst in Turks	VB: Vaginale bevalling met mediolaterale episiotomie SC: Electieve sectio caesarea onder spinale anesthesie	337
Moghadam et al. (2019)	Evaluatie van de relatie tussen de modus partus en de seksuele functie van de vrouw in 6 maanden en een jaar na de bevalling.	Healthcare Centre, Sandandaj, Kourdistan, Iran	2015 - 2016	Prospectief	FSFI vragenlijst in Perzisch	VB: Vaginale bevalling met episiotomie SC: Electieve sectio caesarea	107

Notitie. FSFI = Female Sexual Function Index. VS = Verenigde Staten. VB = Vaginale Bevalling. SC = Sectio Caesarea.



**Tabel 2.** Populatie karakteristieken of individuele studies 6 maanden postpartum

Studie	Participanten					Leeftijd in jaren				Seksuele activiteit				
	N	n VB	%	n SC	%	Alle (SD)	VB (SD)	SC (SD)	p	n VB	% VB	n SC	% SC	p
Baksu et al. (2007)	248	156	62.9	92	37.1	ng (ng)	ng (ng)	ng (ng)	ns	ng	ng	ng	ng	-
Dabiri et al. (2014)	150	81	54.0	69	46.0	28.0 (4.8)	27.9 (5.6)	28.2 (3.6)	ns	79	97.5	67	97.1	ns
Rogers et al. (2014)	474	336	70.9	138	29.1	24.7 (5.4)	23.9 (4.9)	26.6 (6.1)	s	281	83.6	123	89.1	ns
Barbara et al. (2016)	269	177	65.8	92	34.2	34.4 (4.9)	32.3 (4.8)	35.5 (4.4)	s	177	100	92	100	ns
Kahramanoglu et al. (2017)	337	216	64.1	121	35.9	23.6 (1.2)	23.6 (1.2)	23.7 (1.1)	ns	213	98.6	121	100	ns
Moghadam et al. (2019)	107	49	45.8	58	54.2	27.2 (4.2)	26.7 (4.0)	28.2 (5.1)	ns	ng	ng	ng	ng	-

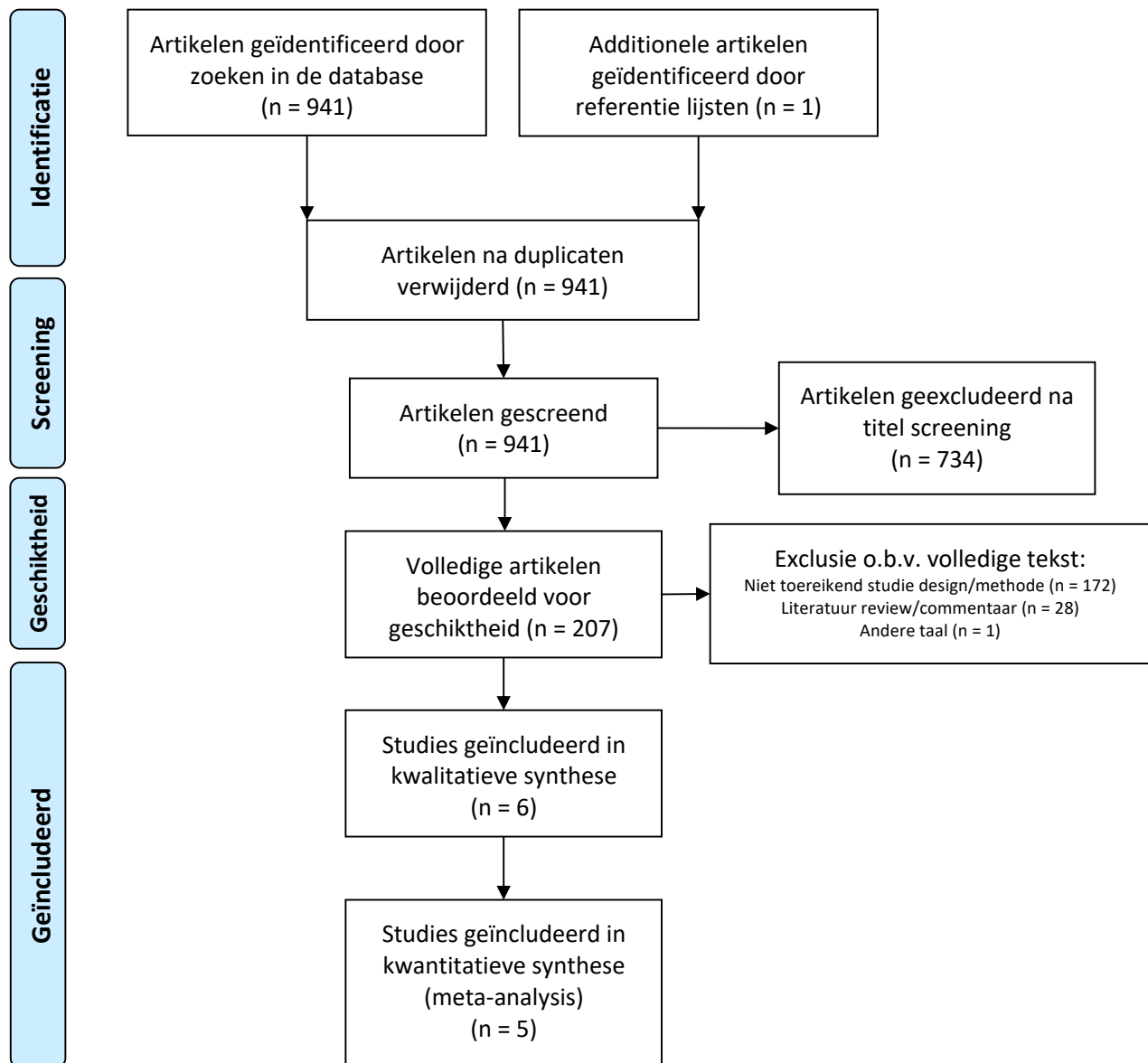
Notitie. VB = Vaginale Bevalling. SC = Sectio Caesarea. SD = Standaard Deviatie. p = p-waarde. s = significant. ns = niet significant. ng = niet gegeven

**Tabel 3.** Overzicht FSFI (sub)scores onderverdeeld in modus partus per geïncludeerd artikel en de berekende gecombineerde scores.

Studie	Modus partus	n	Subscores FSFI, Gem ± SD						n	Totalscore FSFI, Gem ± SD
			Verlangen	Opwinding	Orgasme	Pijn	Lubricatie	Satisfactie		
Moghadam et al. (2019)	VB	49	3.2 (0.7)	3.6 (1.1)	4.3 (0.8)	4.1 (1.1)	4.5 (0.9)	4.6 (1.2)	49	24.4 (4.8)
	SC	58	3.8 (0.9)	4.1 (0.9)	4.7 (1.0)	4.4 (1.2)	4.8 (0.9)	5.0 (1.1)	58	26.8 (4.0)
Kahramanoglu et al. (2017)	VB	216	3.58 (ng)	4.4 (ng)	4.1 (ng)	4.3 (ng)	4.7 (ng)	4.9 (ng)	216	26.6 (ng)
	SC	121	3.6 (ng)	4.3 (ng)	4.3 (ng)	4.4 (ng)	4.8 (ng)	4.9 (ng)	121	26.1 (ng)
Barbara et al. (2016)	VB	177	3.7 (1.1)	4.2 (1.0)	4.4 (1.4)	4.8 (1.3)	4.2 (1.3)	4.8 (1.0)	177	26.5 (5.4)
	SC	92	3.9 (1.1)	4.6 (1.0)	4.7 (1.3)	4.9 (1.3)	4.5 (1.1)	5.0 (1.1)	92	27.6 (5.2)
Rogers et al. (2014)	VB	336	3.8 (1.2)	4.1 (1.8)	4.2 (2.0)	5.1 (1.2)	4.5 (2.0)	4.7 (1.4)	336	28.5 (5.4)
	SC	138	3.3 (1.2)	4.1 (1.5)	4.3 (1.7)	4.9 (1.3)	4.4 (4.1)	4.6 (1.3)	138	26.6 (6.3)
Dabiri et al. (2014)	VB	81	3.8 (0.9)	4.0 (1.2)	4.6 (1.5)	3.9 (1.4)	4.4 (1.0)	5.1 (1.0)	81	25.9 (ng)
	SC	69	3.6 (1.0)	3.9 (1.2)	4.4 (1.2)	3.5 (1.3)	4.6 (1.1)	4.9 (1.0)	69	24.8 (ng)
Baksu et al. (2007)	VB	156	4.5 (0.6)	3.8 (0.9)	3.4 (0.4)	3.1 (0.3)	4.2 (0.3)	4.9 (0.3)	156	22.2 (3.7)
	SC	92	4.5 (1.0)	4.8 (0.6)	5.5 (0.5)	4.8 (0.7)	5.0 (0.7)	5.5 (0.5)	92	28.3 (6.5)
Gecombineerd	VB	799	3.9 (1.1)	4.0 (1.4)	4.1 (1.6)	4.5 (1.4)	4.4 (1.5)	4.8 (1.1)	718	26.3 (5.6)
	SC	449	3.8 (1.1)	4.3 (1.2)	4.7 (1.3)	4.6 (1.3)	4.6 (2.4)	5.0 (1.1)	380	27.3 (1.3)

Notitie: VB = Vaginale Bevalling. SC = Sectio Caesarea. Gem = gemiddelde. SD = standaard deviatie. ng = niet gegeven

Figuur 1. PRISMA flow diagram



(27.6 ± 5.2), Kahramanoglu en collega's (2017) (26.1 ± niet gegeven) en Moghadam en collega's (2019) (26.8 ± 4.0) lagen boven het afkappunt.

De algehele kwaliteit van de geselecteerde onderzoeken gemeten met NOS was matig tot goed. Het bereik van sterren was 6 tot 9 sterren met een gemiddelde score van 7.2 sterren (tabel 4).

## Discussie

Deze systematische review heeft als doel om de impact van de modus partus, gedefinieerd als vaginale bevalling en keizersnede, op het seksueel functioneren van primipara 6 maanden postpartum te evalueren gebruik makend van de FSFI. De seksuele functie is gebaseerd op zes seksuele domeinen: verlangen, opwinding, orgasme, pijn, lubricatie en satisfactie. De gecombineer-

de totale FSFI score 6 maanden na een vaginale bevalling ligt lager dan het afkappunt wat de aanwezigheid van seksueel disfunctioneren impliceert. Diezelfde score 6 maanden na een keizersnede ligt boven desbetreffend afkappunt. Echter geven de geïnccludeerde artikelen geen eenduidig resultaat.

Een factor die mogelijk de FSFI scores kan beïnvloeden, is het hervatten van de geslachtsgemeenschap. Echter is in een studie van 489 gezonde primipara in Spanje door Triviño-Juárez en collega's er gevonden dat bij 6 maanden het hervatten van de geslachtsgemeenschap postpartum vergelijkbaar is tussen vrouwen die vaginaal dan wel via een keizersnede zijn bevallen (Triviño-Juárez et al., 2018). Deze resultaten illustreren dat er geen verschillen zijn in de belemmeringen voor beide groepen voor het hebben van geslachtsgemeen-

**Tabel 4.** De Newcastle-Ottawa Scale (NOS) voor kwaliteitsbeoordeling van cohort studies

Studie	Selectie				Vergelijking Basis van design of analyse	Uitkomst			Score kwaliteit
	Representativiteit VB cohort	CS cohort	Constatering van blootstelling	Uitkomst van interesse niet aanwezig start		Uitkomst beoordeling	Lengte van follow-up	Adequate follow-up	
Baksu et al. (2007)	*	*	*	*	-	-	*	*	6
Dabiri et al. (2014)	*	*	*	*	-	-	*	*	6
Rogers et al. (2014)	*	*	*	*	**	-	*	*	8
Barbara et al. (2016)	*	*	*	*	**	-	*	*	8
Kahramanoglu et al. (2017)	*	*	*	*	-	-	*	*	6
Moghadam et al. (2019)	*	*	*	*	**	*	*	*	9

Notitie. Vergelijkbaarheid: gematcht in het ontwerp en/of versturende factoren moeten worden gecorrigeerd in de analyse, b.v. leeftijd en seksuele activiteit

schap na omstreeks een half jaar na de zwangerschap.

De verschillen in de gecombineerde totale FSFI scores 6 maanden postpartum ten opzichte van de afkapwaarde van seksueel disfunctioneren kan mogelijk verklaard worden dat een vaginale bevalling inderdaad meer impact heeft op de seksuele functie. De zwangerschap en de daarbij horende bevalling heeft mogelijk een dermate grote impact op het lichaam dat na een half jaar bij veel vrouwen de seksuele functie (nog) niet optimaal is. Anderzijds kan het ook mogelijk verklaard worden door de uitschieters binnen de groep met een vaginale bevalling in de studie van Baksu en collega's (Baksu, Davas, Agar, Akyol, & Varolan, 2007). In deze studie scoren de vrouwen na een vaginale bevalling nagenoeg op alle domeinen gemiddeld veel lager dan in de andere geïnccludeerde studies (Baksu et al., 2007).

Een vaginale bevalling kan, behalve het effect op de seksuele functie, ook een negatief effect hebben op de genitale hiatus; 6 maanden postpartum is de genitale hiatus na een vaginale bevalling significant groter in vergelijking met een sectio caesarea (García-Mejido et al., 2020; Roos, Speksnijder, & Steensma, 2020). Roos en collega's publiceerden in 2020 een observationele studie met 191 vrouwen (Roos et al., 2020). Zij vonden echter dat de grootte van de genitale hiatus na de eerste vaginale bevalling niet geassocieerd is met het algemeen seksueel functioneren dan wel voorspellend is voor seksuele disfunctie (Roos et al., 2020).

Een andere bewezen factor met betrekking tot seksuele functie is de betrokkenheid van de bekkenbodemspieren, in het bijzonder de m. levator ani (Ferreira et al., 2015). Een vaginale bevalling is geïdentificeerd als een belangrijke factor bij het ontwikkelen van bek-

kenbodemisfuncties; een op de drie vrouwen met een voorgeschiedenis van vaginale bevalling ontwikkelt m. levator ani trauma (Ferreira et al., 2015). Volgens García-Mejido en collega's (2019) hebben patiënten met een avulsie van deze spier 6 maanden na de bevalling hogere mate van seksueel disfunctioneren. Dit resultaat geeft aan dat vrouwen met een voorgeschiedenis van vaginale bevalling een hogere kans hebben op het ontwikkelen van seksueel disfunctioneren. Daarnaast vonden meerdere onderzoeken een sterke associatie tussen dyspareunie en de ernst van perineumtrauma opgelopen bij een vaginale bevalling, echter was dit alleen op korte termijn (G Barrett et al., 2000; Geraldine Barrett, Peacock, Victor, & Manyonda, 2005; Buhling et al., 2006; Handa, 2006; Lydon-Rochelle, Holt, & Martin, 2001). Na 3 tot 6 maanden was deze associatie niet meer gevonden (Geraldine Barrett et al., 2005; Buhling et al., 2006; Lydon-Rochelle et al., 2001).

Uit de hierboven beschreven artikelen kan er geen directe eenduidige conclusie getrokken worden betreffende de impact van de verschillende manieren van bevallen op het seksueel functioneren 6 maanden postpartum. De huidige review laat zien dat er mogelijk een negatief effect is van een vaginale bevalling op het seksueel functioneren ten opzichte van een keizersnede 6 maanden postpartum. Echter zijn er ook enkele beperkingen van zowel deze review als de geïnccludeerde studies.

Een van de beperkingen van deze review is dat er beperkt rekening wordt gehouden met potentiële versturende variabelen in de geïnccludeerde studies buiten eventuele (co)morbiditeit en zwangerschappen die leiden tot een overleden kind gezien het exclusie cri-

terium. In de huidige review zijn onderzoeken uit Iran, Turkije, Italië en Amerika geïnccludeerd. Deze selectie kan mogelijk van invloed zijn op de sociale en culturele factoren binnen de geboortezorg dan wel seksualiteit. Bovendien zijn er binnen de artikelen geen consistente exclusie-criteria omtrent kunstverlossingen en zijn er verschillende richtlijnen met betrekking tot het uitvoeren van een episiotomie per land.

In twee studies zijn ook kunstverlossingen meegenomen in de analyse (Barbara et al., 2016; Rogers et al., 2014). Barbera et al. hebben zowel vrouwen geïnccludeerd die spontaan zijn bevallen als middels een kunstverlossing (Barbara et al., 2016). Uit deze resultaten blijkt dat de vrouwen na een kunstverlossing significant lager scoren op de FSFI score in vergelijking met een spontane bevalling (Barbara et al., 2016). Ook uit een grote cohort-studie blijkt dat vrouwen die middels een vacuüm extractie zijn bevallen een grotere kans hebben op het ontwikkelen van dyspareunie ten opzichte van vrouwen die spontaan zijn bevallen (McDonald, Gartland, Small, & Brown, 2015). Op deze wijze hebben kunstverlossingen mogelijk de resultaten van deze review beïnvloed. Gezien het feit dat het niet te voorspellen is of vrouwen middels een spontane dan wel kunstverlossing zullen bevallen, kunnen deze gecombineerde resultaten gebruikt worden om het begeleidingsproces en voorlichting tijdens de zwangerschap te verbeteren.

Ondanks de beperkingen is deze review van belang voor de discussie omtrent seksueel functioneren na een bevalling. Dit belang is gebaseerd op het feit dat nullipara bang kunnen zijn voor postpartum complicaties ten gevolge van een vaginale bevalling en daarom vragen om een sectio caesarea zonder conventionele medische of obstetrische indicaties (Faisal et al., 2014). Deze mogelijk vermijdbare angst onder deze vrouwen laat de dringende behoefte aan prenatale begeleiding zien, zeker ook voor wat betreft seksualiteit. Hiervoor zijn adequate strategieën nodig om hen gerust te stellen en te informeren over seksualiteit tijdens en na de zwangerschap.

Om deze counseling en adviezen verder te onderbouwen is meer onderzoek nodig dat zich richt op de seksuele functie op de lange termijn waarin de seksuele functie zowel voor, tijdens als na de zwangerschap wordt onderzocht. Toekomstig onderzoek zal zich daarnaast ook moeten richten op sociale en psychische aspecten. Deze aspecten kunnen ook meer veelzijdige informatie opleveren voor zorgprofessionals in het begeleidingsproces van zwangere vrouwen en postpartum voorlichting over seksualiteit.

## Conclusie

Deze systematische review laat zien dat er mogelijk een groter negatief effect kan zijn van een vaginale bevalling ten opzichte van een keizersnede op het seksueel functioneren van primipara 6 maanden postpartum. Gebaseerd op deze resultaten wordt het verrichten van

een sectio caesarea met enkel het doel om de seksuele functie te behouden niet aanbevolen. Antepartum counseling is van groot belang om de angst voor postpartum seksueel disfunctioneren te bespreken. Bovendien is er meer onderzoek nodig naar seksueel functioneren in relatie tot een zwangerschap. Ook wordt het betrekken van psychische en sociale aspecten binnen de toekomstige onderzoeken geadviseerd om het begeleidingsproces en de voorlichting over seksueel functioneren tijdens en na de zwangerschap (verder) te verbeteren.

## Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. United States: American Psychiatric Association.
- Aydin, M., Cayonu, N., Kadihasanoglu, M., Irkilata, L., Atila, M. K., & Kendirci, M. (2015). Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women. *Urology Journal*, 12(5), 2339–2344.
- Baksu, B., Davas, I., Agar, E., Akyol, A., & Varolan, A. (2007). The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 18(4), 401–406.
- Barbara, G., Pifarotti, P., Facchin, F., Cortinovi, I., Dridi, D., Ronchetti, C., Calzolari, L., & Vercellini, P. (2016). Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs. Cesarean Section. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 393–401.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(2), 186–195.
- Barrett, G., Peacock, J., Victor, C. R., & Manyonda, I. (2005). Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth* (Berkeley, Calif.), 32(4), 306–311.
- Bortolini, M. A., Drutz, H. P., Lovatsis, D., & Alarab, M. (2010). Vaginal delivery and pelvic floor dysfunction: current evidence and implications for future research. *International Urogynecology Journal*, 21(8), 1025–1030.
- Buhling, K. J., Schmidt, S., Robinson, J. N., Klapp, C., Siebert, G., & Dudenhausen, J. W. (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 124(1), 42–46.
- Daker-White G. (2002). Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (dys)function: a systematic review. *Archives of Sexual Behavior*, 31(2), 197–209.
- Driusso, P., Beleza, A., Mira, D. M., de Oliveira Sato, T., de Carvalho Cavalli, R., Ferreira, C., & de Fátima Carreira Moreira, R. (2020). Are there differences in short-term pelvic floor muscle function after cesarean section or vaginal delivery in primiparous women? A systematic review with meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 31(8), 1497–1506.
- Faisal, I., Matinnia, N., Hejar, A. R., & Khodakarami, Z. (2014). Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery*, 30(2), 227–233.
- Fakhri, A., Pakpour, A. H., Burri, A., Morshedi, H., & Zeidi, I. M. (2012). The Female Sexual Function Index: translation and validation of an Iranian version. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 514–523.
- Ferreira, C. H., Dwyer, P. L., Davidson, M., De Souza, A., Ugarte, J. A., & Frawley, H. C. (2015). Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. *International Urogynecology Journal*, 26(12), 1735–1750.
- Filocamo, M. T., Serati, M., Li Marzi, V., Costantini, E., Milanese, M., Pietropaolo, A., Polledro, P., Gentile, B., Maruccia, S., Fornia, S., Lauri, I., Alei, R., Arcangeli, P., Sighinolfi, M. C., Manassero, F., Andretta, E., Palazzetti, A., Bertelli, E., Del Popolo, G., & Villari, D. (2014). The Female Sexual Function Index (FSFI): linguistic validation of the Italian version. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(2), 447–453.
- Fugl-Meyer, K. S., Arrhult, H., Pharmanson, H., Bäckman, A. C., Fugl-Meyer,

- A. M., & Fugl-Meyer, A. R. (2004). A Swedish telephone help-line for sexual problems: a 5-year survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(3), 278–283.
- García-Mejido, J. A., Idoia-Valero, I., Aguilar-Gálvez, I. M., Borrero González, C., Fernández-Palacín, A., & Sainz, J. A. (2020). Association between sexual dysfunction and avulsion of the levator ani muscle after instrumental vaginal delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(9), 1246–1252.
- Hadzizadeh-Talasz, Z., Sadeghi, R., & Khadivzadeh, T. (2019). Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 58(6), 737–747.
- Handa V. L. (2006). Sexual function and childbirth. *Seminars in perinatology*, 30(5), 253–256.
- Laan, E., & Both, S. (2011). Sexual desire and arousal disorders in women. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 31, 16–34.
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J. H., Wang, T., Levinson, B., Moreira, E. D., Jr, Nicolosi, A., & Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 145–161.
- Lima, C., Brito, G. A., Karbage, S., Bilhar, A., Grande, A. J., Carvalho, F., Bezerra, L., & Nascimento, S. L. (2020). Pelvic floor ultrasound finds after episiotomy and severe perineal tear: systematic review and meta-analysis. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 1–12.
- Lydon-Rochelle, M. T., Holt, V. L., & Martin, D. P. (2001). Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15(3), 232–240.
- McDonald, E. A., Gartland, D., Small, R., & Brown, S. J. (2015). Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(5), 672–679.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097.
- Nezamnia, M., Irvani, M., Bargard, M. S., & Latify, M. (2020). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual self-efficacy in pregnant women: An RCT. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 18(8), 625–636.
- Öksüz, E., & Malhan, S. (2005). Reliability and validity of the Female Sexual Function Index in Turkish population. *Sendrom*, 17(7), 54–60.
- Prins, M., van Roosmalen, J., Scherjon, S., & Smit, Y. (2009). 5 De normale baring. In *Praktische verloskunde* (pp. 111–155). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Rogers, R. G., Leeman, L. M., Borders, N., Qualls, C., Fullilove, A. M., Teaf, D., Hall, R. J., Bedrick, E., & Albers, L. L. (2014). Contribution of the second stage of labour to pelvic floor dysfunction: a prospective cohort comparison of nulliparous women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(9), 1145–1154.
- Roos, A. M., Speksnijder, L., & Steensma, A. B. (2020). Postpartum sexual function; the importance of the levator ani muscle. *International Urogynecology Journal*, 31(11), 2261–2267.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R., Jr (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208.
- Sheikhi, Z. P., Navidian, A., & Rigi, M. (2020). Effect of sexual health education on sexual function and resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 87.
- Shifren, J.L. (2020, 14 december). Overview of sexual dysfunction in women: Epidemiology, risk factors, and evaluation, UpToDate [Internet]. Geciteerd op 13 januari 2021. Beschikbaar: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-women-epidemiology-risk-factors-and-evaluation>
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics and Gynecology*, 112(5), 970–978.
- Simon, J. A., Kokot-Kierepa, M., Goldstein, J., & Nappi, R. E. (2013). Vaginal health in the United States: results from the Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes survey. *Menopause* (New York, N.Y.), 20(10), 1043–1048.
- Triviño-Juárez, J. M., Romero-Ayuso, D., Nieto-Pereda, B., Forjaz, M. J., Oliver-Barrecheguren, C., Mellizo-Díaz, S., Avilés-Gámez, B., Arruti-Sevilla, B., Criado-Álvarez, J. J., Soto-Lucía, C., & Plá-Mestre, R. (2018). Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth: A prospective follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 637–650.

## Summary

### Impact of the mode of delivery on the sexual functioning of primiparae 6 months postpartum: A systematic review

**Objective:** To evaluate the impact of delivery modes, defined as vaginal birth and caesarean section, on the sexual function of primiparae 6 months postpartum.

**Methods:** The MEDLINE database is screened systematically for eligible studies that measure sexual functioning by the Female Sexual Function Index (FSFI). The impact was calculated by the combined mean values and correlating standard deviation (SD).

**Results:** Six studies involving 1585 women were included. Five out of six studies, in total 1248 women, were eligible for the data-analysis. The combined mean FSFI score for women with a history of a vaginal delivery score 6 months postpartum is below 26,5 that indicates sexual dysfunction ( $26,3 \pm 5,6$ ). The combined mean FSFI score for women with a history of caesarean section is above that cut-off point ( $27,3 \pm 1,3$ ).

**Discussion:** The differences in the combined mean FSFI scores 6 months postpartum in relation to the cut-off point of sexual dysfunction could be explained by the increased impact of vaginal delivery, or heterogeneity of the included studies. Especially assisted deliveries result in lower scores. The included articles and other literature are not unequivocal about the possible effect of the mode of delivery on the sexual functioning.

**Conclusion:** This systematic review indicates that the mode of delivery could affect the sexual functioning of primiparae 6 months postpartum. There is an urgent need for more research and clarity regarding both ante- and postpartum sexuality to develop counselling.

**Keywords:** caesarean section, vaginal delivery, sexual function, FSFI, systematic review

**Trefwoorden:** keizersnede, vaginale bevalling, seksuele functie, FSFI, systematische review

# Ondersteuning van de communicatie bij koppels omtrent seksualiteit en intimiteit na een prostaatkankerbehandeling

Sofie Naeyaert<sup>1</sup>, Marjoke Van Coillie<sup>2</sup> en Ines Keygnaert<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent, België

<sup>2</sup> Groepspraktijk Connect Brugge, België

<sup>3</sup> International Centre for Reproductive Health (ICRH), Universiteit Gent, Gent, België

## Samenvatting

Veel koppels ervaren communicatieproblemen met betrekking tot de seksuele en intieme gevolgen van een prostaatkankerbehandeling. Desondanks is er een gebrek aan literatuur die beschrijft hoe koppels hierin ondersteund kunnen worden en zijn er nog onvoldoende effectieve interventies die hierop inspelen. Dit onderzoek trachtte hier een antwoord op te bieden. We hanteerden een kwalitatief onderzoeksdesign. Zes semi-gestructureerde interviews vonden plaats, waarvan drie individuele interviews met patiënten en drie koppelinterviews met patiënten en hun partners. De deelnemende patiënten kregen de diagnose prostaatkanker en ondergingen hiervoor een behandeling. De data analyseerden we via thematische analyse met het programma Nvivo 12. Uit de resultaten bleek dat de prostaatkankerbehandeling de seksualiteit van patiënten en partners beïnvloedt. Sommige koppels rapporteren communicatieproblemen, vooral op vlak van communicatiestrategieën. Verder bleek dat partners bij wie geen erectie en penetratie meer mogelijk is, elkaar alsnog seksueel kunnen bevredigen door hun seksuele relatie opnieuw vorm te geven met behulp van constructieve communicatie. Patiënten die destructieve communicatie vertonen, ervaren negatieve effecten van de seksuele gevolgen van een prostaatkankerbehandeling op hun zelfbeeld. Tot slot geven de meeste participanten aan dat er een taboe is in de communicatie over seksualiteit met anderen, zoals vrienden en lotgenoten, en verschilden de ondersteuningsnoden van patiënten en partners tussen koppels. We concluderen dat patiënten en hun partner verschillende relationele, intieme en seksuele noden kunnen ervaren die aandacht en ondersteuning op maat vereisen. Het taboe omtrent de seksuele gevolgen van een prostaatkankerbehandeling kan de ondersteuning van koppels bemoeilijken. Verder kan de communicatiestrategie de seksuele relatie na een prostaatkankerbehandeling beïnvloeden. Om die reden is het belangrijk om de communicatiestrategieën van het koppel in kaart te brengen en aan te pakken. Hierbij maken de meeste koppels geen onderscheid tussen communicatiestrategieën omtrent seksualiteit en omtrent intimiteit.

**P**rostaatkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij Belgische mannen (Belgian Cancer Registry, 2016). Door effectievere behandelingsmethoden en vroege detectie stijgen de overlevingscijfers van prostaatkankerpatiënten (Wong et al., 2016). Het meest recente onderzoek uit 2016 stelde vast dat het aantal sterftes door prostaatkanker de afgelopen 15

jaar met 38% is gedaald (Belgian Cancer Registry, 2016). Desondanks heeft een prostaatkankerbehandeling een grote impact op de levenskwaliteit van patiënten, waaronder ook hun seksueel functioneren. De meest voorkomende bijwerkingen van behandeling zijn erectiele dysfuncties en urine-incontinentie, wat het seksueel en mentaal welzijn van patiënten en hun partner beïnvloedt (Chambers et al., 2017; Mehta et al., 2019). Uit onderzoek blijkt dat patiënten met prostaatkanker een verhoogde kans op depressie en suïcidale gedachten hebben (Rice et al., 2018; van Stam et al., 2017).

De gevolgen van een prostaatkankerbehandeling beïnvloeden niet alleen de patiënt maar ook het mentaal welzijn en de seksuele tevredenheid van de partner (Badr & Taylor, 2009; Kershaw et al., 2008; Wootten et al., 2014). Open communicatie tussen beide partners is een belangrijke facilitator om met de seksuele gevolgen

Sofie Naeyaert is Master in de Gezondheidsbevordering, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent.

Marjoke van Coillie is seksuoloog in het AZ Sint-Lucas Brugge, AZ ZENO Blankenberge, AZ ZENO Knokke-Heist en binnen groepspraktijk Connect Brugge, België

Prof. Dr. Keygnaert is docent Seksuele en Reproductieve Gezondheid binnen het International Centre for Reproductive Health (ICRH), Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Universiteit Gent.

Correspondentieadres: Ines.Keygnaert@UGent.be

Ontvangen: 20 augustus 2021; Geaccepteerd: 20 november 2021

van prostaatkanker om te gaan (Magsamen-Conrad et al., 2015). De kwaliteit van de communicatie tussen partners heeft een belangrijke impact op het psychosexueel welzijn van koppels (Galbraith et al., 2011). Open communicatie tussen beide partners over seksualiteit en intimiteit is geassocieerd met een hogere kwaliteit van leven en betere aanpassing aan de gevolgen van prostaatkanker (Song et al., 2012). Het is echter een uitdaging voor veel koppels om open te communiceren over de psychosexuele en intieme gevolgen van een prostaatkankerbehandeling. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat prostaatkankerpatiënten en hun partners een gebrek aan psychosociale ondersteuning ervaren bij het omgaan met de gevolgen van prostaatkanker en bij de onderlinge communicatie omtrent de seksuele bijwerkingen (Albaugh et al., 2017; Galbraith et al., 2011; Gray et al., 2000; Mehta et al., 2019).

Er zijn nog onvoldoende effectieve en efficiënte interventies voor het bevorderen van de communicatie bij koppels die kampen met de psychosexuele gevolgen van een prostaatkankerbehandeling (Badr, 2017; Badr & Taylor, 2009; Galbraith et al., 2011). Daarnaast is er een gebrek aan literatuur die beschrijft hoe deze koppels het best geholpen worden om de communicatie in hun relatie omtrent intimiteit en seksualiteit te bevorderen (Galbraith et al., 2011). Via dit onderzoek wensten we na te gaan hoe koppels ondersteund kunnen worden in hun communicatie omtrent de psychosexuele en intieme gevolgen van een prostaatkankerbehandeling teneinde concrete handvaten te ontwikkelen voor behandeling van prostaatkankerpatiënten en hun partner.

## Methodie

We hanteerden een kwalitatieve methode. Op basis van interviews met koppels en individuele interviews met patiënten onderzochten we ondersteuningsnaden omtrent de psychosexuele communicatie bij koppels na een prostaatkankerbehandeling.

### Deelnemers

De deelnemers namen reeds deel aan een voorgaand kwantitatief vragenlijstonderzoek, waarin gepolst werd naar hun interesse om deel te nemen aan huidig vervolgonderzoek (Baillien & Crombez, 2019). Deelnemers die hier mee instemden, werden per mail gecontacteerd. De contactgegevens van de geïnteresseerde deelnemers werden doorgegeven aan de onderzoeker, waarna een datum en locatie werd gepland voor een interview. Hiervoor stuurde de onderzoeker een tweede mail.

De *sampling* verliep via *non-probability sampling*. Het ging om *purposeful sampling* waarbij gestreefd werd naar een evenwicht tussen een heterogene en homogene steekproef. Alle patiënten die een prostaatkankerbehandeling kregen, ongeacht de soort en het moment waarop de behandeling plaatsvond, waren

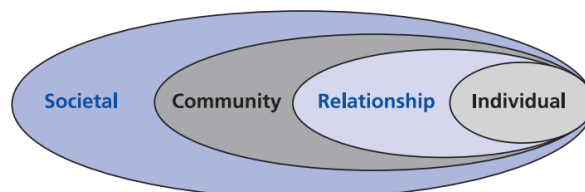
toegelaten. Patiënten kregen de keuze om hun partner al dan niet mee te brengen naar het interview zodat we de kans op deelname verhoogden en individuele en koppel-interviews konden vergelijken. De focus lag op het samen interviewen van de partners, omdat de communicatiestrategieën binnen de koppels zo beter naar voor kwamen.

Heteroseksuele of homoseksuele patiënten en partners vanaf 18 jaar konden deelnemen. Om een voldoende heterogene steekproef te verwerven, waren er geen inclusiecriteria omtrent sociaaleconomische status. Van de 22 gecontacteerde patiënten namen drie patiënten en drie koppels deel aan het onderzoek. Alle partners waren vrouwen. De rekrutering van de participanten vond plaats tijdens de Covid-19 pandemie. Dit was mogelijk participatiedrempel voor sommigen.

### Procedure

De datacollectie vond plaats via koppel interviews en individuele interviews met patiënten. De interviews verliepen semigestructureerd en namen we bij voorkeur af bij de respondenten thuis, in hun natuurlijke habitat of op een samen overeengekomen plaats. Drie individuele ( $N=3$ ) en drie koppelinterviews ( $N=6$ ) vonden plaats van juli tot en met oktober 2020. De *interviewguide* is gebaseerd op de bevindingen in de literatuur en het ecologisch model (Zie figuur 1). Het model bestaat uit vier niveaus die samen de leefwereld van een persoon definiëren. Het individueel niveau betreft de persoonlijke determinanten, zoals mentale gezondheid, leeftijd, geslacht en etniciteit. Het relationeel niveau gaat over de relaties en interacties van het individu met vertrouwenspersonen, zoals goede vrienden en ouders (Brug, 2007). Het gemeenschapsniveau verwijst naar de context waarin sociale relaties plaatsvinden, zoals buurten en werkcontexten (World Health Organisation, 2002). Op samenlevingsniveau is er geen directe participatie meer van het individu. Er vindt enkel indirecte beïnvloeding plaats doorheen het relationeel- en gemeenschapsniveau. Voorbeelden hiervan zijn het overheidsbeleid en de bijhorende wetten, maar ook bepaalde culturele normen en attitudes (van der Horst, et al., 2016).

Figuur 1. Het ecologisch model (World Health organization, 2002)



De *interviewguide* was de leidraad doorheen elk interview, maar geen keurslijf. De interviewer speelde zoveel mogelijk in op thema's die de participanten zelf naar voren brachten en vulde notities en veldnota's

aan, onmiddellijk na de interviews. Door middel van reflectie hield de onderzoeker rekening met haar eigen positie binnen het onderzoek en de invloed daarvan op het onderzoeksproces en de onderzoeksresultaten. Zo kon de onderzoeker *open-minded* en onbevooroordeeld interviews afnemen en transcriberen (Holloway & Galvin, 2017).

De deelname aan de studie was volledig vrijwillig en de vertrouwelijkheid van de participantengegevens werd gegarandeerd. Alle participanten ontvingen een *informed consent* die de interviewer toelichtte vlak voor het afnemen van een interview. Het onderzoek verkreeg ethische goedkeuring van de ethische commissie voor onderzoek aan de U/UZ-Gent.

#### Data-analyse

De data analyseerden we via thematische analyse met het programma Nvivo 12. We codeerden en categoriseerden de data en zochten gelijkenissen, verschillen en connecties. Vanuit dit proces vormden zich meer concrete concepten en constructen.

#### Resultaten

##### *Verskil in openheid tussen patiënt en partner*

Er bleek een verschil in openheid (constructieve communicatie) over de seksuele gevolgen van prostaatkanker tussen patiënten en hun partners. Vooreerst waren de mannen in de koppelinterviews explicieter in hun taalgebruik dan de vrouwen wanneer het over seksualiteit ging.

*“Ja, als je je partner wil verwennen heb je een vinger en een mond en je hebt alles hé.” (patiënt, 67 jaar)*

Daarnaast viel het binnen de koppelinterviews op dat wanneer sommige patiënten explicieter werden in hun taalgebruik omtrent seksualiteit, of wanneer ze dieper ingingen op het onderwerp, de partners de patiënten afblokten. Het voelde aan alsof de patiënten beperkt werden in hun openheid (destructieve communicatie).

*“En ja, het is zo en we weten wat we graag hebben en de één verzorgt de ander of allee, hoe moet ik dat uitleggen?” (patiënt, 67 jaar)*

*“Je moet dat niet uitleggen (vrouw geeft een non-verbaal teken aan partner dat hij moet zwijgen). We hebben al veel verteld hé.” (partner, 66 jaar)*

Zowel tijdens de individuele interviews als koppelinterviews gaven patiënten zelf aan dat hun vrouw minder open stond om te praten over seksualiteit.

*“maar, en dat vind ik dus wel jammer, mijn vrouwtje die zegt dan ook van je bent daar te makkelijk in of je bent daar te hard in of te open in.” (patiënt, 73 jaar)*

Eén participant gaf aan dat hij met zijn partner over de

veranderde seksualiteit wou spreken om hun seksualiteit een nieuwe invulling te geven. Hij deed ook voorstellen om gebruik te maken van een kunstpenis om de erectiestoornis te omzeilen, maar zijn vriendin blokte dit af en werd kwaad wanneer hij bleef proberen om een conversatie omtrent de seksualiteit in hun relatie aan te gaan. Er was sprake van vraag-terugtrekkende communicatie (*demand- withdrawal communication*) (Kim & Ahn, 2017) waarbij de patiënt wil communiceren omtrent de seksualiteit binnen de relatie, maar de partner zich hier steeds uit terugtrekt. De man durfde er daardoor soms niet meer met zijn partner over te praten, uit angst voor haar reactie. Dit indiceert dat vraag-terugtrekkende communicatie, waarbij één partner zich blijft terugtrekken uit de communicatie kan leiden tot wederzijdse vermijdende communicatie.

*“Nee, ik spreek daar dan zo weinig mogelijk over. Als ik erop in ga en ik blijf door pushen dan maakt ze zich kwaad. Of dan zegt ze dat ik seks belust ben of een seksmaniak. Zij staat er niet voor open om erover te praten. Wil zij er niet over praten dan ga ik haar niet pushen.” (patiënt, 64 jaar)*

In één koppelinterview was de vrouw niet akkoord dat de man had toegezegd om deel te nemen aan het interview. Ze wou in eerste instantie niet deelnemen aan het interview als de interviewer bij hen thuis was. Als het interview even bezig was, besloot ze om toch deel te nemen op het moment dat de man sprak over hoe ze omgaan met de veranderde seksualiteit.

Hetzelfde koppel communiceerde onderling wel op een constructieve manier over de seksuele gevolgen van prostaatkanker. Het koppel luisterde naar elkaars noden en bezorgdheden en deed voorstellen tot oplossingen om met de veranderde seksualiteit om te gaan en probeerde dit uit in de praktijk.

*“Er was een beetje storing in de seksuele relatie omdat mijn vrouw ook zei: ‘het is niet mogelijk dat jij geen erectie krijgt en ik krijg dan een orgasme omdat we aan het vrijen zijn en dat is niet fair tegenover jou’, maar ik maakte daar geen probleem van. Ik zei: ‘dat is niet waar, voor mij is dat geen probleem’. Ik had gezegd: ‘dat kan toch niet omdat je geen erectie meer hebt dat je geen seksuele beleving meer kan krijgen’. Ik heb dat dan uitgeprobeerd via masturbatie. Dat is dan gelukt. Ik heb dus een goeie... Ik heb een goed orgasme gekregen. Ik heb dat ook verteld aan mijn vrouw en we hebben dat dan geprobeerd.” (patiënt, 67 jaar)*

Dit wijst erop dat er niet vanzelfsprekend een link is tussen de communicatie met anderen en de communicatie binnen het koppel. Een partner kan constructieve en open communicatie vertonen naar de patiënt toe, maar naar de interviewer meer gesloten zijn. Ook patiënten kunnen opener zijn in hun relatie dan in de



communicatie met anderen. Dit wordt ook bevestigd bij de communicatie met vrienden en lotgenoten.

#### *Communicatie buiten relatie*

Zowel koppels die een hogere mate van constructieve communicatie vertonen als koppels die een hogere mate van destructieve communicatie vertonen, praten weinig of niet met vrienden over de seksuele gevolgen van prostaatanker. Alle participanten, behalve één patiënt, gaven aan dit niet nodig te vinden.

*“Ik ervaar wel een hoge nood om daarover te spreken met vrienden, door gewoon mee te praten of een beetje empathie te hebben.” (patiënt, 64 jaar)*

Een verklaring voor de nood van die ene patiënt kan zijn dat hij, in tegenstelling tot de andere participanten, een hoge mate van vraag-terugtrekkende communicatie rapporteerde waarbij hij wou communiceren over seksualiteit, maar zijn partner dit steeds afblokte.

Verder gingen patiënten en partners enkel met vrienden die ook lotgenoten zijn, dieper in op de seksuele gevolgen van een prostaatankerbehandeling. Ze gaven ook aan dat vrienden weinig of niet vragen naar de seksuele gevolgen van een prostaatankerbehandeling voor het koppel of dat vrienden hier niet graag over spreken. Twee participanten merkten op dat ze uitgelachen werden wanneer ze hierover probeerden te communiceren met hen.

Alle participanten gaven aan dat er een taboe rust op het praten over seksuele problemen na prostaatanker met anderen buiten het koppel en velen botsten ook op dit taboe wanneer ze met vrienden over de seksuele gevolgen van een prostaatankerbehandeling wilden praten. Sommige participanten ervaarden dit taboe minder bij vrienden die ook lotgenoten zijn.

*“Dat wringt gewoon. Ofwel willen ze je er belachelijk mee maken ofwel kunnen ze er zelf niet over praten of zeggen ze dingen die op niks trekken, dus dan zwijg je daar gewoon zo veel mogelijk over.” (patiënt, 64 jaar)*

Ondanks het feit dat verschillende patiënten en partners aangaven liever te praten met lotgenoten omtrent de seksuele gevolgen van een prostaatankerbehandeling dan met vrienden of hulpverleners, gaven ze meermaals aan dat ze ook bij lotgenoten op een taboe botsen. Dit was zo voor vrienden die ook lotgenoten zijn en binnen lotgenotenverenigingen.

*“Ja, we hebben dat een tweetal keer gedaan en er durfde niemand iets zeggen. Met een koffietje en een babbeltje en ‘hoe ist’, maar nooit gaat het eigenlijk cru over de grond van de zaak.” (partner, 73 jaar)*

Partners en patiënten die communicatieproblemen ervaren binnen hun relatie en de nood ervaren om er met vrienden of lotgenoten over te praten kunnen dus niet altijd bij hen terecht om hun seksuele bezorgdheden of gevoelens te uiten.

#### *Verskil in koppelinterviews en individuele interviews*

Wanneer de interviewer vroeg aan de participanten hoe ze de steun van hun partner ervoeren doorheen het prostaatankerproces, waren de antwoorden bij de koppelinterviews beduidend korter en oppervlakkiger dan bij de individuele interviews. In tegenstelling tot de individuele interviews praatten de participanten uit de koppelinterviews niet spontaan over de steun of het begrip van hun partner. Ze gingen hier enkel op in wanneer de interviewer er specifiek naar vroeg. Dit wijst erop dat patiënten en partners elkaar onderling kunnen beïnvloeden in hun openheid.

*“Het begrip ja... Het begrip is er.” (partner, 73 jaar)*

*“Het is nogal een beetje een bazig type. Zij weet alles beter, ze kent alles beter, ze kan alles beter en het moet zo gebeuren zoals zij wil.” (patiënt, 64 jaar)*

Daarnaast is het opvallend dat binnen de koppelinterviews twee van de drie koppels hun eigen relatie of seksualiteit vergeleken met die van anderen waardoor hun eigen relatie er beter uitkwam. Zo vermeden ze de communicatie over eventuele problemen binnen de eigen relatie. Participanten uit individuele interviews deden dit minder. Dit wijst er opnieuw op dat patiënten en partners elkaars open communicatie beïnvloeden.

*“In andere gevallen heb ik gelezen dat er toch wat problemen zijn hoor.” (patiënt, 67 jaar)*

*“Zeker, zeker.” (partner, 66 jaar)*

*“Ja, maar bij ons is dat het geval niet, dus, ja.” (patiënt, 67 jaar)*

#### *Wederzijdse vermijdende communicatie door terugplooiën op zichzelf*

Een opvallend fenomeen dat bij twee koppelinterviews terugkwam was dat de patiënten en hun partners steeds het gesprek terugbrachten op zichzelf. De partners erkenden elkaars ervaringen en belevingen niet, maar negeerden ze en begonnen over zichzelf te praten. Op die manier communiceerden ze niet met elkaar over de gevolgen van de prostaatankerbehandeling op hun relatie en ontstond er een wederzijdse vermijding van communicatie.

*“Van hem is dat heviger dan van mij, maar van mij heeft dat dan te maken met mijn menopauze.” (partner, 56 jaar)*

*“Als ik wakker word dan wil ik direct aan haar komen*

*en moest ik dat niet meer zou krijgen dan... ja.”  
(patiënt, 59 jaar).*

Opvallend in dit interview was dat de vrouw steeds haar verminderde verlangen naar seks toeschreef aan haar menopauze, iets waar de man geen invloed op heeft. De man ging gedurende het hele interview niet in op de invloed van de menopauze van de vrouw op hun seksuele relatie. De partner beschermde de patiënt op die manier door te benadrukken dat haar verminderd seksueel verlangen niet ligt aan de prostaatkankerbehandeling van haar man. De patiënt beschermde zijn vrouw door niet te bevestigen dat de menopauze van zijn vrouw een impact heeft op zijn beleving van hun seksuele relatie (*protective buffering*) (Badr, 2017). Zo vermeden ze communicatie over mogelijke seksuele problemen.

In een ander interview negeerde en minimaliseerde de partner de klachten van de patiënt wanneer het over zijn ervaring met incontinentie ging en koppelde ze dit terug naar haar eigen ongemakken. De patiënt ging nooit in op deze ongemakken. Ook viel het op dat beiden gedurende het interview weinig of niet over seksualiteit praatten. De patiënt nam het woord ‘seks’ één maal en het woord ‘erectie’ twee maal in de mond. De partner uitte nooit seks-gerelateerde woorden. Dat bevestigt eveneens de wederzijdse vermijding van communicatie over de gevolgen van een prostaatkankerbehandeling.

Het feit dat beide partners vaak terugplooiden op hun eigen problemen en niet ingingen op die van de patiënt wijst erop dat patiënten en partners verschillende, individuele noden ervaren. Om de kwaliteit van leven van koppels te verhogen kan het belangrijk zijn om niet alleen rekening te houden met de noden van de patiënt, maar ook met de noden van de partner en deze in kaart te brengen.

#### *Communicatie en zelfbeeld van patiënten*

Een andere opvallende bevinding was dat bij drie koppels die een hoge mate van destructieve communicatie vertoonden de patiënt negatieve effecten van de seksuele gevolgen van een prostaatkankerbehandeling op zijn zelfbeeld rapporteerde. Dit was niet zo bij de koppels bij wie de patiënten en hun partners meer constructieve communicatie vertoonden.

De patiënten die een relatie hadden waarin beide partners wederzijdse vermijdende communicatie vertoonden of waarin de patiënt wou communiceren over de seksuele gevolgen en de partner zich terugtrok uit de conversatie, uitten negatieve effecten van de prostaatkankerbehandeling op hun zelfbeeld. Dit geldt zowel voor twee koppelinterviews als voor één individueel interview.

*“Een beetje afgescheept eigenlijk. Een halve man. Ik ervaar mijn seksualiteit als minderwaardig eigenlijk, ja. Ja, een gevoel van minderwaardig, van niet meer compleet te zijn, dat er een stuk weg is waarvan je weet dat het niet meer terug komt.”  
(patiënt, 64 jaar)*

De patiënt die vraag-terugtrekkende (patiënt vraagt-partner trekt terug) communicatie rapporteerde, ervaarde zelfs depressieve gevoelens en schreef de seksuele problemen toe aan zichzelf.

*“Ja, dat je je daar niet goed bij voelt. Als dat veel of dikwijls gebeurt dan een beetje depressief eigenlijk ook wel.” (patiënt, 64 jaar)*

*“Dat stuk wat niet meer kan. Als ik nu een normale erectie kon krijgen en we vrijen normaal samen dan was er geen probleem. Dat stukje gaat nu niet meer. Het probleem dat het niet meer gaat, ligt aan mij.” (patiënt, 64 jaar)*

De patiënten die open communiceren over de seksuele gevolgen van prostaatkanker met hun partner en luisteren naar elkaars noden en bezorgdheden en voorstellen doen tot oplossingen om met die veranderde seksualiteit om te gaan, rapporteerden geen negatieve effecten van de seksuele gevolgen van prostaatkanker op hun zelfbeeld.

#### *Communicatie over seksualiteit*

Door middel van wederzijdse constructieve communicatie en het in de praktijk uitproberen van nieuwe manieren om seksueel genot te ervaren, vulden koppels hun seksualiteit opnieuw in op een manier waarbij beide partners nog seksueel kunnen genieten. De gevolgen van een prostaatkankerbehandeling beïnvloeden niet alleen de seksualiteit van patiënten, maar ook de seksualiteit van partners. Zij moeten in veel gevallen, net zoals hun partner hun seksualiteit een nieuwe invulling geven.

*“Dat is wel slikken dan omdat je denkt dat alles opo seks gebied voorbij is, maar na verloop van tijd hebben wij de draad terug opgepakt en hebben wij geprobeerd om terug seksueel actief te worden, natuurlijk zonder penetratie want er is geen erectie meer. En dat is ons aardig gelukt en dat lukt nog altijd, af en toe, onder gunstige omstandigheden, niet te veel wind, niet te veel zon (lacht).”  
(patiënt, 73 jaar)*

*“Veel spreken en proberen hé, eigenlijk. Proberen wat het best is voor hem en wat het best is voor mij. Dat is... ja.” (partner, 66 jaar)*

Dit indiceert dat patiënten en partners waarbij er geen erectie en penetratie meer mogelijk is toch een goede seksuele relatie kunnen ervaren door er op een constructieve manier over te communiceren en de seksualiteit op die manier opnieuw in te vullen. Het is dus niet zo dat koppels waarbij geen erectie of penetratie meer mogelijk is vanzelfsprekend een lagere seksuele tevredenheid ervaren. Het is vooral de manier waarop omgegaan wordt met de seksuele gevolgen en hoe ze hierover communiceren die uiteindelijk de seksuele tevredenheid binnen het koppel beïnvloedt. De soort communicatiestrategie blijkt dus een belangrijke invloed te hebben op de seksuele beleving na een prostaatkankerbehandeling. Constructieve communicatie is belangrijk wanneer koppels zich willen aanpassen aan de seksuele gevolgen van een prostaatkankerbehandeling.

#### *Communicatie over intimiteit*

Wat betreft intimiteit blijkt uit vijf van de zes interviews dat patiënten en partners seksualiteit en intimiteit door elkaar gebruiken om naar seks-gerelateerde onderwerpen te verwijzen. Beide begrippen gaan over het uiten van genegenheid en het ervaren van verbondenheid met een andere persoon. Mogelijk is dit de reden waarom koppels intimiteit als onderdeel zien van seksualiteit.

*“Eigenlijk is er niet veel veranderd. Dat is een beetje hetzelfde gebleven eigenlijk. Ook door het feit dat hij het nog kan hé (erectie krijgen). Het is daar eigenlijk niet echt iets aan veranderd he? Of ben ik mis?” (partner, 56 jaar)*

*“Nee, nee. Het is een beetje hetzelfde hé.” (patiënt, 59 jaar)*

Verder zijn er gelijkenissen tussen de koppels wat betreft communicatie over seksualiteit en communicatie over intimiteit. De twee koppels met een hogere mate van destructieve communicatie omtrent seksualiteit, vertoonden dit ook omtrent intimiteit. Een verschil is hier dat één koppel geen wederzijdse vermijdende communicatie vertoonde, maar vraag-terugtrekkende communicatie, waarbij de partner meermaals aanbracht dat ze meer nood had aan intimiteit, maar de patiënt hier niet op inging (patiënt vraagt-partner trekt terug). Als de patiënt er wel op reageerde, antwoordde hij enkel met ‘ja’.

Het ander koppel ging het praten over intimiteit uit de weg (wederzijdse vermijdende communicatie), net zoals ze dat deden wanneer gevraagd werd naar hun seksualiteit. Mogelijk verwarde dit koppel intimiteit, net zoals de andere participanten, met seksualiteit en gingen ze er daarom niet op in. Opvallend was dat de patiënt die een hoge mate van vraag-terugtrekkende communicatie aangaf omtrent seksualiteit geen communicatiemoeilijkheden ervaarde omtrent intimiteit.

*“De seksuele gevoelens, dat wel, maar voor de andere gevoelens zou ik dat niet te veel dramatiseren. Buiten het seksuele niet, dus het puur seksuele er buiten gelaten dan gaan we normaal met elkaar om.” (patiënt, 64 jaar)*

Dit wijst erop dat communicatiestrategieën omtrent de seksuele gevolgen van een prostaatkankerbehandeling kunnen verschillen van communicatiestrategieën omtrent intimiteit.

## **Discussie**

### *Communicatie over seksualiteit*

Dit onderzoek bevestigt dat sommige koppels problemen ervaren bij de communicatie over de seksuele gevolgen van prostaatkanker. De communicatieproblemen zijn gelinkt aan de communicatiestrategieën van patiënten en hun partner. Deze bevindingen suggereren dat hulpverleners die de seksuele relatie van prostaatkankerpatiënten en hun partners willen bevorderen er baat bij hebben om de communicatiestrategieën binnen het koppel in kaart te brengen en er op in te spelen (Badr & Taylor, 2009; Manne et al., 2010; Wootten et al., 2014). Verder blijkt dat de gevolgen van een prostaatkankerbehandeling de seksualiteit van zowel de patiënten als de partners kunnen beïnvloeden omdat ze hun seksualiteit opnieuw dienen te definiëren door bijvoorbeeld het wegvallen van de penetratie. Ander onderzoek bevestigt deze bevinding (Badr & Taylor, 2009; Kershaw et al., 2008; Wootten et al., 2014). Constructieve communicatie blijkt een belangrijke facilitator om met de seksuele gevolgen van prostaatkanker om te gaan. Koppels bij wie geen erectie en penetratie meer mogelijk is, kunnen elkaar alsnog seksueel bevredigen door er op een constructieve manier over te communiceren en hun seksualiteit op die manier opnieuw in te vullen. Ook bevestigt dit onderzoek het fenomeen *protective buffering*. Zo vermijden sommige patiënten en partners het bespreken van seksuele problemen via wederzijdse vermijdende communicatie waardoor ze elkaar niet confronteren met mogelijke seksuele problemen. (Badr, 2017; McLeod et al., 2014; Wootten et al., 2014).

### *Communicatie over intimiteit*

Wat betreft de communicatie over intimiteit valt het op dat veel patiënten en partners intimiteit en seksualiteit door elkaar gebruiken wanneer ze verwijzen naar seksualiteit. Het onderzoek van Birnie-Porter & Lydon (2013) kan dit verklaren. De onderzoekers stellen dat seksualiteit en intimiteit in een romantische relatie onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Seksualiteit wordt in het onderzoek gezien als een onderdeel van intimiteit. Ze benoemen het als seksuele intimiteit, waarbij er sprake is van seksueel verlangen en activiteit. Volgens de onderzoekers leidt het verlangen naar inti-

miteit bij koppels veelal tot seksueel gedrag. Mogelijk is dit de reden waarom koppels binnen dit onderzoek seksualiteit en intimiteit door elkaar gebruiken. Ook in het onderzoek van Manne et al. (2010) beschouwen de onderzoekers seksualiteit als een onderdeel van intimiteit. Dit kan verklaren waarom sommige partners en patiënten die op een destructieve manier communiceren over seksualiteit ook destructief communiceren over intimiteit. Het is echter niet zo dat alle partners en patiënten die meer destructieve communicatie vertonen omtrent intimiteit dit ook doen tijdens hun communicatie omtrent seksualiteit.

#### *Communicatie en zelfbeeld*

Uit onze resultaten blijkt een link te bestaan tussen het zelfbeeld van patiënten en de communicatiestrategieën van de koppels. Patiënten in een relatie bij wie een hoge mate van destructieve communicatie aanwezig is, ervaren negatieve effecten van de seksuele gevolgen van een prostaatcancerbehandeling op hun zelfbeeld, zoals schaamte en een minderwaardigheidsgevoel terwijl dit niet zo is bij de koppels die meer constructieve communicatie vertonen. In verschillende onderzoeken komt naar voor dat schaamte bij de patiënt over zijn veranderd lichaam er toe leidt dat hij het uiten van zijn gevoelens omtrent de gevolgen van prostaatcancer uit de weg gaat (Badr, 2017; Boehmer & Clark, 2001). Dit kan een verklaring zijn voor het lage zelfbeeld van patiënten die destructieve communicatie vertonen.

#### *Ondersteuning*

Een andere bevinding is dat patiënten en partners verschillende, individuele noden kunnen ervaren. Een interventie op maat die rekening houdt met de specifieke noden van partners en patiënten is belangrijk (Bobridge et al., 2015; Primeau et al., 2017; Song et al., 2016). Verder geven alle participanten aan dat er een taboe rust op het praten over seksuele problemen na prostaatcancer met anderen. Zowel patiënten als partners botsen op een taboe wanneer ze met vrienden of lotgenoten over de seksuele gevolgen van een prostaatcancerbehandeling praten. Het onderzoek van George en Fleming (2004) bevestigt dit. Dat betekent dat partners en patiënten die communicatieproblemen ervaren binnen hun relatie en nood hebben om er met vrienden of lotgenoten over te praten niet altijd bij hen terecht kunnen.

Tijdens het afnemen van de interviews bleek er een verschil in openheid omtrent de seksuele gevolgen van prostaatcancer bij patiënten en partners. Partners zijn minder open ten opzichte van de interviewer dan patiënten. Sommige partners blokten de openheid van patiënten zelfs af. Dit taboe trekt zich niet altijd door naar de communicatiestrategieën binnen een koppel. Een partner kan constructieve communicatie vertonen naar de patiënt toe, maar meer gesloten zijn ten aanzien van de interviewer. Ook McCaughan et al. (2018) bevestigen het taboe van partners om hierover te spreken met

interviewers. Koppels met psychoseksuele communicatieproblemen ondersteunen na een prostaatcancerbehandeling kan dus moeilijk zijn doordat sommigen, in dit geval vooral de partners, er niet over willen praten met anderen.

#### *Beperkingen van het onderzoek*

Een eerste beperking van het onderzoek is de kleinschaligheid ervan en het feit dat we enkel koppels en patiënten rekruteerden. Daarnaast kan er een vertekening zijn in de resultaten doordat bij de zes deelnemende patiënten de prostaat werd verwijderd, met uitzondering van één patiënt die achteraf bestraling kreeg. Verder kon het taboe die rust op het praten over seksualiteit een drempel zijn voor koppels die communicatieproblemen ervaren om deel te nemen. Een andere beperking is dat het onderzoek plaatsvond tijdens de Covid-19 pandemie. De meeste prostaatcancerpatiënten en hun partners behoren tot de risicogroep die vatbaar is voor de nefaste gevolgen van Covid-19. Dit kon een drempel zijn om deel te nemen aan de interviews. Een laatste beperking is dat er enkel vrouwelijke partners deelnamen. In de praktijk zijn er wellicht ook homoseksuele patiënten en partners die communicatieproblemen ervaren.

#### *Conclusie*

Op basis van dit kwalitatief onderzoek besluiten we dat prostaatcancerpatiënten en hun partner verschillende relationele, intieme en seksuele noden kunnen ervaren die aandacht en ondersteuning op maat vragen. Daarnaast stellen we vast dat het taboe omtrent het bespreken van seksuele gevolgen van een prostaatcancerbehandeling de ondersteuning van koppels kan belemmeren en dat de communicatiestrategie de seksuele relatie na een prostaatcancerbehandeling kan beïnvloeden. Om die laatste reden is het belangrijk om de communicatiestrategieën van het koppel in kaart te brengen en aan te pakken. Hierbij maken de meeste koppels geen onderscheid tussen communicatiestrategieën omtrent intimiteit en omtrent seksualiteit.

#### **Literatuur**

- Albaugh, J. A., Sufrin, N., Lapin, B. R., Petkewicz, J., & Tenfelde, S. (2017). Life after prostate cancer treatment: A mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners. *BMC Urology*, 17(1), 45-??.
- Badr, H., & Taylor, C. L. C. (2009). Sexual dysfunction and spousal communication in couples coping with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 18(7), 735-746.
- Badr, H. (2017). New frontiers in couple-based interventions in cancer care: Refining the prescription for spousal communication. *Acta Oncologica*, 56(2), 139-145.
- Baillien, S., & Crombez, G. (2019). *Seksualiteit en intimiteit na prostaatcancerbehandeling: een survey-onderzoek*. [Masterscriptie, Universiteit Gent]. Universiteitsbibliotheek Gent. <https://lib.ugent.be/nl/catalog/rug01:002791068>
- Belgian Cancer Registry. (2016). *Belgium: Males, number of invasive tumours by primary site and age group in 2016*. Opgedaald 13 juni, 2020, van <https://kankerregister.org/default.aspx?Pageld=100>
- Birnie-Porter, C., & Lydon, J. E. (2013). A prototype approach to under-

- standing sexual intimacy through its relationship to intimacy. *Personal Relationships*, 20(2), 236–258.
- Bobridge, A., Bond, M. J., Marshall, V., & Paterson, J. (2015). An investigation of the support needs of men and partners throughout the prostate cancer journey. *Psycho-Oncology*, 24(3), 341–347.
- Boehmer, U., & Clark, J. A. (2001). Communication about prostate cancer between men and their wives. *The Journal of Family Practice*, 50(3), 226–231.
- Brug, J. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Chambers, S. K., Occhipinti, S., Schover, L., Nielsen, L., Zajdlewicz, L., Clutton, S., Halford, K., Gardiner, R. A., & Dunn, J. (2015). A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners. *Psycho-Oncology*, 24(7), 748–756.
- Chambers, S. K., Hyde, M. K., Smith, D. P., Hughes, S., Yuill, S., Egger, S., O'Connell, D. L., Stein, K., Frydenberg, M., Wittert, G., & Dunn, J. (2017). New challenges in psycho-oncology Research III: A systematic review of psychological interventions for prostate cancer survivors and their partners: Clinical and research implications. *Psycho-Oncology*, 26(7), 873–913.
- Christensen, A., & Sullaway, M. (1984). *Communications Patterns Questionnaire*. (ongepubliceerde vragenlijst). University of California, Los Angeles.
- Eldredge, L. K. B., Markham, C. M., Ruiters, R. A. C., Fernandez, M. E., Kok, G., & Parcel, S. G. (2016). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Opgehaald 6 april, 2020, van <https://gco.iarc.fr/today>
- Futris, T., Campbell, K., Nielsen, R., & Burwell, S. (2010). The communication patterns questionnaire-short form: A review and assessment. *The Family Journal*, 18, 275–287.
- Galbraith, M. E., Fink, R., & Wilkins, G. G. (2011). Couples surviving prostate cancer: Challenges in their lives and relationships. *Seminars in Oncology Nursing*, 27(4), 300–308.
- Garos, S., Kluck, A., & Aronoff, D. (2007). Prostate cancer patients and their partners: Differences in satisfaction indices and psychological variables. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1394–1403.
- George, A., & Fleming, P. (2004). Factors affecting men's help-seeking in the early detection of prostate cancer: Implications for health promotion. *The Journal of Men's Health & Gender*, 1, 345–352.
- Gray, R. E., Fitch, M., Phillips, C., Labrecque, M., & Fergus, K. (2000). Managing the impact of illness: The experiences of men with prostate cancer and their spouses. *Journal of Health Psychology*, 5(4), 531–548.
- Gronhuis Palacios, L. A., Krouwel, E. M., den Oudsten, B. L., den Ouden, M. E. M., Kloens, G. J., van Duijn, G., Putter, H., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. (2018). Seksuele disfunctie en relatieproblemen na prostaatkankerbehandeling: De gewenste zorg vanuit het oogpunt van patiënt en partner. *Tijdschrift voor Urologie*, 8(1), 2–9.
- Heavey, C. L., Larson, B. M., Zumtobel, D. C., & Christensen, A. (1996). The communication patterns questionnaire: The reliability and validity of a constructive communication subscale. *Journal of Marriage and Family*, 58(3), 796–800.
- Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare*. Chichester: Wiley Blackwell.
- Kershaw, T. S., Mood, D. W., Newth, G., Ronis, D. L., Sanda, M. G., Vaishampayan, U., & Northouse, L. L. (2008). Longitudinal analysis of a model to predict quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 36(2), 117–128.
- Kim, H. S., & Ahn, H. J. (2017). Effects of stress, dyadic communication and adaptation on prostatectomy patients' quality of life. *International Journal of Urological Nursing*, 11(1), 13–22.
- Lim, J., Paek, M., & Shon, E. (2015). Gender and role differences in couples' communication during cancer survivorship. *Cancer Nursing*, 38(3), E51–E60.
- Magsamen-Conrad, K., Checton, M. G., Venetis, M. K., & Greene, K. (2015). Communication efficacy and couples' cancer management: Applying a dyadic appraisal model. *Communication Monographs*, 82(2), 179–200.
- Manne, S., Badr, H., Zaider, T., Nelson, C., & Kissane, D. (2010). Cancer-related communication, relationship intimacy, and psychological distress among couples coping with localized prostate cancer. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 4(1), 74–85.
- McCaughan, E., McKenna, S., McSorley, O., & Parahoo, K. (2015). The experience and perceptions of men with prostate cancer and their partners of the CONNECT psychosocial intervention: A qualitative exploration. *Journal of Advanced Nursing*, 71(8), 1871–1882.
- McCaughan, E., Curran, C., Northouse, L., & Parahoo, K. (2018). Evaluating a psychosocial intervention for men with prostate cancer and their partners: Outcomes and lessons learned from a randomized controlled trial. *Applied Nursing Research: ANR*, 40, 143–151.
- McLeod, D. L., Walker, L. M., Wassersug, R. J., Matthew, A., & Robinson, J. W. (2014). The sexual and other supportive care needs of Canadian prostate cancer patients and their partners: Defining the problem and developing interventions. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue Canadienne de Soins Infirmiers En Oncologie*, 24(4), 272–278.
- Mehta, A., Pollack, C. E., Gillespie, T. W., Duby, A., Carter, C., Thelen-Perry, S., & Witmann, D. (2019). What patients and partners want in interventions that support sexual recovery after prostate cancer treatment: An exploratory convergent mixed methods study. *Sexual Medicine*, 7(2), 184–191.
- Nelson, C. J., & Kenowitz, J. (2013). Communication and intimacy-enhancing interventions for men diagnosed with prostate cancer and their partners. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(1 suppl), 127–132.
- Primeau, C., Paterson, C., & Nabi, G. (2017). A qualitative study exploring models of supportive care in men and their partners/caregivers affected by metastatic prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 44(6), E241–E249.
- Rice, S. M., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Cormie, P., Chambers, S., Ogrodniczuk, J. S., & Kealy, D. (2018). Depression and prostate cancer: Examining comorbidity and male-specific symptoms. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 1–10.
- Rogers, J., Ramaswamy, M., Cheng, C.-I., Richter, K., & Kelly, P. (2012). Perceptions of neighborhood social environment and drug dependence among incarcerated women and men: A cross-sectional analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7, 39.
- Sanders, S., Pedro, L. W., Bantum, E. O., & Galbraith, M. E. (2006). Couples surviving prostate cancer: Long-term intimacy needs and concerns following treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(4), 503–508.
- Song, L., Northouse, L. L., Zhang, L., Braun, T. M., Cimprich, B., Ronis, D. L., & Mood, D. W. (2012). Study of dyadic communication in couples managing prostate cancer: A longitudinal perspective. *Psycho-Oncology*, 21(1), 72–81.
- Song, L., Rini, C., Ellis, K. R., & Northouse, L. L. (2016). Appraisals, perceived dyadic communication, and quality of life over time among couples coping with prostate cancer. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(9), 3757–3765.
- Speer, S. A., Tucker, S. R., McPhillips, R., & Peters, S. (2017). The clinical communication and information challenges associated with the psychosexual aspects of prostate cancer treatment. *Social Science & Medicine*, 185, 17–26.
- Tawalbeh, L. I., & Ahmad, M. M. (2013). Personal resource questionnaire: A systematic review. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 21(3), 170–177.
- van der Horst, F., Lucassen, N., Kok, R., Sentse, M., Jooren, L., & Luijk, M. (2016). *Opgroeien in het hedendaagse gezin, Inleiding in de gezinspedagogiek*. Tiel, België: LannooCampus.
- Weinert, C., & Brandt, P. A. (1987). Measuring social support with the personal resource questionnaire. *Western Journal of Nursing Research*, 9(4), 589–602.
- Williams, P., Barclay, L., & Schmied, V. (2004). Defining social support in context: A necessary step in improving research, intervention, and practice. *Qualitative Health Research*, 14(7), 942–960.
- Wittmann, D., Carolan, M., Given, B., Skolarus, T. A., An, L., Palapattu, G., & Montie, J. E. (2014). Exploring the role of the partner in couples' sexual recovery after surgery for prostate cancer. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2509–2515.
- Wittmann, D., & Koontz, B. F. (2017). Evidence supporting couple-based interventions for the recovery of sexual intimacy after prostate cancer treatment. *Current Sexual Health Reports*, 9(1), 32–41.
- Wong, M. C. S., Goggins, W. B., Wang, H. H. X., Fung, F. D. H., Leung, C., Wong, S. Y. S., Ng, C. F., & Sung, J. J. Y. (2016). Global incidence and

- mortality for prostate cancer: Analysis of temporal patterns and trends in 36 countries. *European Urology*, 70(5), 862–874.
- Wooten, A. C., Abbott, J. M., Farrell, A., Austin, D. W., & Klein, B. (2014). Psychosocial interventions to support partners of men with prostate cancer: A systematic and critical review of the literature. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(3), 472–484.
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva

## Summary

### Supporting communication in couples about sexuality and intimacy after prostate cancer treatment

Many couples have trouble communicating about the sexual and intimate consequences of prostate cancer treatment. There is nevertheless a distinct lack of literature describing effective interventions or ways of supporting couples experiencing these difficulties. This research tried to formulate an answer to this problem. We used a qualitative research design. Six semi-structured interviews took place. Three were individual interviews with patients and three were couple interviews with patients and their partners. All participating patients were diagnosed with prostate cancer and treated.

The data was analysed thematically and using the Nvivo 12 program. The results showed that prostate cancer treatment influences the sexuality of both patients and partners. Some couples exhibited communication problems, especially in communication strategies. Furthermore, it appeared that couples where erection and penetration are no longer possible, can still sexually gratify each other by reshaping their sexual relationship, using constructive communication. Patients who exhibit destructive communication experience negative effects of the sexual consequences of prostate cancer treatment on their self-image. Most participants indicated that there is a taboo in communication about sexuality with others, such as friends and peers. Lastly the support needs of patients and partners differed between couples.

We conclude that patients and their partners may experience different relational, intimate and sexual needs that require tailored attention and support. The taboo surrounding the sexual consequences of prostate cancer treatment can complicate support for couples. Furthermore, the communication strategy can influence the sexual relationship after prostate cancer treatment. For that reason, it is important to map out and address the couple's communication strategies. Hereby most couples make no distinction between communication strategies about sexuality and about intimacy.

**Keywords:** communication, sexuality, intimacy, couples, prostate cancer

**Trefwoorden:** communicatie, seksualiteit, intimiteit, koppels, prostaatkanker

## Literatuurbulletin



Sobieraj, Sarah (2020). **Credible Threat. Attacks Against Women Online and the Future of Democracy.**

Oxford: Oxford University Press, 174 pagina's, € 30,-

*Credible Threat* is zo'n boek waarvan je bij aanvang verwacht dat het je wellicht weinig nieuws zal bieden, maar dat gaandeweg toch uitermate informatief blijkt. Tegen de tijd dat je het neerlegt, heb je gewonnen aan inzicht in online intimidatie en aan overzicht van wat daar dan allemaal bij komt kijken. Ook je verontwaardiging heeft nog een fijne zet gekregen. Mijn interesse voor de serie *Oxford studies in digital politics* is gewekt!

Dit boek baseert zich op diepte-interviews met 52 vrouwen die *identity-based digital abuse from strangers* hebben meegemaakt. Het onderzoek heeft in de VS plaatsgevonden, maar de aard en de gevolgen van de problematiek zijn uiteraard universeel. Volgens de auteur zijn er *minor regional differences* in incidentie en prevalentie van online intimidatie. Percentages liggen, onder vrouwen, vaak rond of net boven de helft van de onderzochte groep. Een recent onderzoek van Plan International onder meisjes wereldwijd, gepubliceerd terwijl ik dit boek aan het lezen was, geeft aan dat 58% van de meisjes een of andere vorm van online intimidatie heeft meegemaakt. Sobieraj laat zich weinig met cijfers in, maar gebruikt haar kwalitatieve materiaal optimaal. In een soepele en innemende schrijfstijl, doorspekt met interessante literatuurverwijzingen en tot de verbeelding sprekende citaten, neemt ze de lezer mee langs aard en gevolgen van *digital toxicity* en exploreert ze de mogelijkheden van bestrijding. Een fijne uitgebreide literatuurlijst complementeert het geheel.

Sobieraj interpreteert digitale agressie (door overwegend mannen) tegen vrouwen als een systematische inspanning om de impact van vrouwen in de digitale sfeer te beperken en de zichtbaarheid van vrouwen in het publieke domein in te dammen. Door het groot-schalig intimideren, te schande maken (*shaming*) en beschuldigen (*discrediting*) van vrouwen wordt een voor hen vijandige spreekomgeving gecreëerd. Vooral groepen die altijd al met discriminatie en devaluatie te maken hadden (zoals etnische minderheden) en groepen die bij uitstek bedreigend zijn voor de status quo (zoals

feministen, activisten en politici) worden belaagd. De beledigingen aan het adres van vrouwen zijn vaak op het lichaam gericht en sterk seksualiserend. Hun vrouwelijkheid wordt tegen hen gebruikt. De impact van digitale giftigheid is zo verreikend omdat het typisch een geheel is dat groter is dan de som der delen. Vooral het cumulatieve effect brengt de meeste schade. Sobieraj illustreert hoe de continue anticipatie belastend is voor haar respondenten: er kan altijd, steeds weer en uit verschillende hoeken iets akeligs binnenkomen. De risico's op en van (toekomstige) giftige uitingen zijn tegelijkertijd moeilijk in te schatten. Dat maakt dat vrouwen in continue onzekerheid verkeren hoe te reageren. Zelfs als er niets gebeurt, is er sprake van angst en preoccupatie en dus van effect.

Respondenten getuigen dat reacties van werkgevers, instanties en zelfs van (goedbedoelende) bekenden en intimi vaak trivialisierend, minimalisierend en normaliserend zijn: 'het is het internet maar', 'ga dan niet het internet op' en 'het is toch geen fysiek geweld'. Het cumulatief traumatiserende effect van de herhaalde intimidatie plus de continue dreiging wordt te weinig erkend. Ook de idee dat het internet buiten de 'echte' werkelijkheid staat, ook wel *digital dualism* genoemd, is een *false binary*, stelt Sobieraj. Het nodigt uit tot *victim blaming* en vergroot de kans dat slachtoffers de trivialisering ook internaliseren. Tegelijkertijd wapenen ze zich in een tijdrovende, rituele strijd tegen nieuwe aanvallen. Ze nemen digitale veiligheidsmaatregelen, zoals het gebruik van meerdere accounts, meerdere passwoorden, *two-factor* authenticatie, het uitzetten van locatievoorzieningen en een switch naar een mannelijker (avatar of) presentatie: *going male*. Ook vermijden ze risicovolle platforms, doen aan inhoudelijke zelfcensuur en geven tegengas tegen identiteitschade door toch vooral de eigen geloofwaardigheid aan te tonen. Sommigen zoeken hun toevlucht in activisme. De coping met online agressie is een vorm van emotiewerk, vindt de auteur. Geprivilegieerde (witte) groepen zijn daarbij in het voordeel. Een *established career*, status en standing kunnen als emotionele buffers werken. Gemarginaliseerde vrouwen, waaronder jonge vrouwen uit minderheidsgroepen met een beginnende carrière, maken niet alleen meer intimidatie mee maar kunnen zich er, zowel objectief als subjectief, ook minder goed tegen wapenen, stelt Sobieraj. Waarbij mij toch even de gedachte bekruipt dat hier met een diverse steekproef van meer dan 50 respondenten toch best enige onderbouwende kwantificering op losgelaten had kunnen worden.

Vervolgens worden de emotionele, beroepsmatige, economische en sociale kosten behandeld van wat de auteur ook wel 'digitale misogynie' noemt. Slachtoffers betalen een *toxicity tax* omdat ze kosten dragen voor,

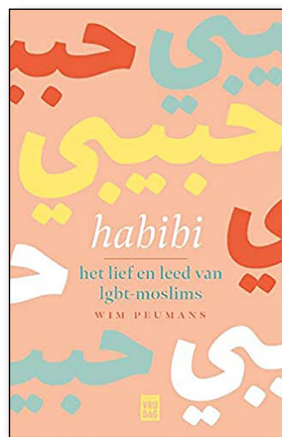


bijvoorbeeld, het *outsourcen* van accountmanagement, juridisch advies, verloren productiviteit en reputatieschade. Daarnaast wordt er schade toegebracht aan het publieke discours door de grootschalige verspreiding van misinformatie en door zelfcensuur bij getroffen of zelfs algehele terugtrekking uit de digitale wereld. Het enthousiasme van vrouwen om zich in te zetten voor de publieke zaak heeft er ook onder te lijden. Zo worden vrouwen *terrorized into silence*. Sobieraj haalt een onderzoek aan dat vindt dat 41% van vrouwen tussen 15 en 29 jaar zelfcensuur toepast om online intimidatie te voorkomen.

Tot slot wordt besproken waarom digitale intimidatie zo moeilijk te voorkomen of bestraffen is. Er zijn (vrijwel) altijd meerdere daders in het geding en meerdere platforms. Sobieraj laat zien hoe het Amerikaanse strafrechtelijk kader in dergelijke gevallen tekortschiet (hetgeen waarschijnlijk in Nederland ook zo is). De meeste afzonderlijke gebeurtenissen halen definities of drempels voor een strafrechtelijke procedure niet. Misschien biedt het mensenrechtenkader betere mogelijkheden. Dat wordt nog onderzocht. Blijft staan dat de aanvallers veelal anoniem blijven en niet ter verantwoording kunnen worden geroepen. Het is sterk de vraag of wettelijke maatregelen tegen individuele daders vruchtbaar kunnen zijn, *it's not illegal to be an asshole*. Bovendien wordt de vrijheid van meningsuiting vaak aangevoerd te hunner verdediging. Sobieraj's mening is hier helder: *Free expression for all means that those who hell bent on silencing others need to find something else to say!*

Uiteraard is er veel druk op platforms om (preventieve) maatregelen te nemen, zeker nu sprake is van toenemende kritiek ('*techlash*') op *big tech*. Zij zijn hun maatregelen wel degelijk aan het *tweaken* en uitbreiden, maar het is de vraag of die gehandhaafd zullen worden en of het überhaupt genoeg is. De zorg voor slachtoffers zal sowieso verbeterd moeten worden. Sobieraj pleit voor de nodige deskundigheidsbevordering bij relevante groepen zoals politie en sociaal werkers, meer financiering voor *victim-centered* support, training van pleitbezorgers, betere registratie van klachten, meer onderzoek. Ik zie hier persoonlijk ook zeker een taak voor seksuologen. Uw particuliere deskundigheid kan wellicht baat hebben bij (deze bespreking van) dit boek.

Ine Vanwesenbeeck  
Psycholoog



Peumans, W. (2021). **Habibi – Het lief en leed van lgbt-moslims.**

Antwerpen: Uitgeverij Vrijdag, 160 pag., € 22,50.

Wim Peumans (1984) is geen onbekende op het gebied van seksualiteit, religie en migratie. Hij publiceerde eerder een aantal bekroonde academische werken over dit onderwerp. Ook dit werk slaagt goed in de opzet. Op basis van gedetailleerde gesprekken met lgbtq+ moslims over een periode van vele jaren, schetst hij in tien openhartige en ontroerende portretten ook ditmaal de strijd der werelden. De titel van het boek – *Habibi* – ligt wellicht niet erg voor de hand, aangezien het doorgaans als 'mijn geliefde' wordt vertaald. Het is afgeleid van 'hub', een van de Arabische woorden voor liefde. En in essentie gaat dit boek over mensen die op zoek zijn naar 'hub', naar liefde.

De auteur start met een korte inleiding over zijn eigen *coming out* en *coming in*, de weinig constructieve adviezen van zijn psycholoog, zijn thuis, de houding van de gewezen samenleving en de ontmoeting met de man waarmee hij zijn leven zou gaan delen. Ook schetst Peumans in zijn inleiding de reactie van de academische wereld op het onderwerp van zijn promotieonderzoek, die vooral niet louter en alleen begeesterd waren. Evenwel verrijkte dit zijn kijk op de materie. Immers, de kracht van verhalen ligt in het feit dat ze, als het ware, onder je huid kunnen kruipen en zich daar nestelen. Het is daarom dat hij het nodig vond het ook in iets anders dan een academisch werk naar buiten te brengen, en daar is hij goed in geslaagd.

De tien portretten in dit boek vormen – aldus Peumans – 'een relaas van *anders zijn*' en de bestendige strijd tussen twee werelden: blijven en vertrekken, spreken en zwijgen, ontkenning en acceptatie, God en jezelf maar vooral toch – zo blijft mij bij – familie en seksuele identiteit. Het biedt de mogelijkheid een zeldzame inkijk te verkrijgen in wat het betekent om in onze samenleving op het kruispunt van verschillende minderheden te staan. Peumans voegt in elk portret een gedemarqueerd eigen stuk in, waarbij hij de context van de verhalen aan de hand van prangende vragen plaatst. Daarin vindt men met enige regelmaat wat onnodige herhaling, hetgeen ik persoonlijk niet als bijzonder storend heb ervaren. Datzelfde is voor de portretten te zeggen, maar dat toont mijns inziens



vooral ook de overeenkomsten tussen de verschillende geportretteerden.

In de tien portretten wordt men zich rap bewust van het feit, dat veel lgbtq+ moslims die worstelen met twee werelden, vaak adviezen van vrienden én professionals ontvangen die juist de spanningen, de onzekerheden, de angst en het onvermogen voeden. Niet zelden ontstaat het gevoel dat men 'geassimileerd' dient te worden binnen de Westerse lgbtq+ gemeenschap, terwijl dit voor in wezen de meeste geportretteerden niet tot de mogelijkheden behoort, noch als wenselijk wordt ervaren. De vooroordelen die veel lgbtq+ers ervaren in de samenleving, worden alleen maar groter als je moslim bent, vanwege onwetendheid over culturele achtergronden en gemeenschappen. Stapsgewijs lukt het Peumans goed om de lezer zich van de genuanceerde realiteit bewust te maken, en werpt hij een licht op het zeer gevoelige en doorgaans onzichtbare proces waar deze groep mee te maken heeft.

Daar waar niet-moslims hun gesloten identiteit vaak kunnen openen en onderdeel kunnen worden van verschillende gemeenschappen, ligt dit voor moslims betrekkelijk anders. Zij staan doorgaans voor een welhaast onmogelijke keuze. Het is schrijnend te moeten lezen dat de protagonisten in hun amoureuze relaties met niet-moslims, doorgaans met veel onbegrip te maken krijgen. In elke separate minderheid lijken zij daardoor niet werkelijk aanvaard te worden juist vanwege de andere onderdelen van hun identiteit. Bruggen zijn daarin te slaan, en worden ook geslagen, maar het oversteken daarvan ligt niet eenvoudig. Het is de verdienste van Peumans inzichtelijk te maken dat hulp hierin en begrip hiervoor alleen in een holistische aanpak zinvol te maken is. Wie bepaalt – anders dan jijzelf – wanneer je 'volwaardig' deel uitmaakt van een (sub)cultuur, wie je bent, wie je mag zijn en waar je bij hoort? Een worsteling waar vele lgbtq+ moslims blijvend mee te maken hebben. En dat is de grondslag van de spanning die deze groep voelt. Het is een vaak jarenlang, gestadig en zeer arbeidsintensief proces, evenzo en niet in de laatste plaats, bij het aangaan van vriendschappen en nieuwe relaties. Die laatste twee blijken nochtans vaak teleurstellend. Daar waar er juist vaak behoefte is aan een bestendige relatie en/of betekenisvolle vriendschap, vormen nieuwe contacten niet zelden een deceptie in een subcultuur welke helaas vaak nog steeds gericht is op vluchtige seksuele escapades.

Het is gelukkig niet allemaal kommer en kwel. Vele geportretteerden vinden uiteindelijk een evenwicht binnen de verschillende gemeenschappen, en tevens de betekenisvolle relatie waar ze naar hunkeren. Daardoor wordt hun leefwereld groter, en zij die geluk hebben merken dat de omgeving langzaam maar zeker daarin meebeweegt. Dat meebewegen gebeurt vaak zonder de identiteit een naam te geven. Iets dat ook niet-moslim lgbtq+ers zullen herkennen.

Ik zag voorheen met enige regelmaat moslims met een andere dan heteroseksuele oriëntatie, en dacht

hier in de hulpverlening prima mee uit de voeten te kunnen. Echter, alleen al in die zin is dit boek een *eyeopener* voor mij als Westerse niet-moslim. Het maakt me weer eens bewust van mijn vooroordelen en de (on)mogelijkheden welke deze groep voelt en ervaart, en waar we niet zelden blind voor zijn. Onbevooroordeeld reflecteren, luisteren, leren, en begrip tonen voor deze (on)mogelijkheden helpt deze groep ook in de professionele setting. Het plaats het discours van seksualiteit en religie in perspectief en context, en biedt een zeldzame inkijk in een zeer intieme identiteitsbeleving. Daarenboven draagt het in belangrijke mate bij aan de grote kracht van het geschreven woord. Of zoals James Baldwin het zo subliem verwoordde: *'Je denkt dat je pijn en je verdriet ongekend zijn in de wereldgeschiedenis. Maar dan, begin je te lezen.'*

Willem-Jan Cuypers  
Gynaecoloog

