

FORUM

De 'New View of Women's Sexual Problems' in Nederland¹

Ine Vanwesenbeeck²

In de zomer van 2002 werd ik benaderd door Leonore Tiefer met de vraag of ik medewerking wilde verlenen aan de internationale promotie van de 'New View of Women's Sexual Problems' en het gelijknamige pamflet onder de aandacht zou willen brengen in Nederland. Het idee werd gelanceerd om een vertaling ervan te plaatsen in een Nederlandstalig seksuologisch tijdschrift en die vergezeld te laten gaan van enkele commentaren van Nederlandse seksuologen. Aangezien ik Tiefer en haar werk zeer waardeer, heb ik aan dat verzoek gehoor gegeven. Hieronder wordt eerst de historische en 'wetenschapspolitieke' context voor het verschijnen van de 'new view' geschetst. Daarna volgt een vertaling van het pamflet zelf. Vervolgens geven enkele Nederlandse seksuologen hun reacties. Ze gaan met name in op de bruikbaarheid en toepasselijkheid van het pamflet voor de Nederlandse wetenschappelijke en klinische praktijk.

Context

De totstandkoming van 'A New View of Women's Sexual Problems' moet nadrukkelijk geplaatst worden tegen de achtergrond van de zorg en kritiek omtrent de toenemende medicalisering van seksualiteit (Tiefer, 2001a). Tiefer zelf noemt het een 'historically-situated attempt to contest medicalization' (2001b, p.89). De biomedische benadering van seksualiteit door urologen en farmaceuten is al jarenlang doelwit van heftige kritiek van de kant van Tiefer (1991, 1995) en anderen. De industrie moet het flink ontgelden, omdat kosten noch moeite gespaard worden bij het creëren van een markt voor farmaceutische behandeling van seksuele disfuncties. Ook het programma voor de productie van wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van de farmaceutische behandeling, kost de industrie handenvol geld. Toch heeft de farmaceutische industrie, als we de informatie op www.nofreelunch.org mogen geloven, altijd nog veel

meer marketeers (39% van de werknemers) in dienst dan wetenschappers (22%).

Fundamentele kritiek richt zich ook op de productie van rigide opvattingen over seksualiteit en seksuele disfuncties. Deze kritiek klinkt al versterkt sinds de farmacomedici zich op de mannelijke seksualiteit geworpen hebben, met als voorlopige mijlpaal de FDA-goedkeuring (1998) en het (overigens op de lange termijn vooralsnog onzekere) 'succes' van sildenafil voor de behandeling van erectieproblemen. En nu wordt ook 'FSD' (female sexual dysfunction) object van farmaco-medische interesse. De 'vrouwelijke kwaal' wordt als potentiële commerciële groeiemarkt geëxploreerd, want er is een potentiële remedie. De term FSD wordt daarbij gehanteerd als een containerbegrip voor seksuele problemen van allerlei aard en de prevalentie er van wordt dik aangezet door de farmaceutische industrie (zie bijvoorbeeld ook Moynihan, 2003). Bij herhaling wordt een prevalentiecijfer van 43% gebruikt, het percentage vrouwen dat door Laumann, Paik en Rosen (1999) gedefinieerd werd als seksueel disfunctioneel, omdat zij beaamden dat zij minstens één van zeven bevraagde seksuele problemen (waaronder gebrek aan seksueel verlangen en moeilijkheden met lubricatie) hadden meegemaakt in het afgelopen jaar. De propaganda dat 'bijna de helft van de vrouwen' seksueel disfunctioneel is, houdt zowel een overdrijving van de prevalentie van seksuele problemen in, als een reductie van de seksuele problemen van vrouwen tot genitale 'disfuncties'. Alleen als genitale disfuncties kunnen seksuele problemen immers object zijn van medisch/farmaceutisch ingrijpen. Sociale constructie waar je bij staat.

De SRC

Het theoretische fundament voor het medicaliseringsproces ligt volgens Tiefer onmiskenbaar bij het postulaat van de 'sexual response cycle' (SRC), voor het eerst beschreven door Masters & Johnson in 1966). De SRC wordt door Tiefer en anderen van oudsher bekritiseerd, op methodologische, klinische en feministisch-politieke gronden (zie bijvoorbeeld Tiefer, 1991). Zo was, bijvoorbeeld, de onderzoeksgroep in het onderzoek van Masters & Johnson verre van representatief. Om toegelaten te worden tot de studie moest men positieve masturbatie- en 'coitaal-orgastische' ervaring hebben. Het is vergeleken met onderzoek naar zingen bij een studiegroep bestaande uit Metropolitan Opera-sterren (Tiefer, 1995, p. 47). De SRC als voorstelling van 'gezonde' seksualiteit weerspiegelt verder vooral 'mannelijke' seksuele opvattingen en praktijken, luidt de feministische kritiek. De focus is op genitale opwinding, orgasme en seksuele 'performance' en niet op, bijvoorbeeld, plezier en intimiteit. Het stelt deze gereduceerde opvatting van seks voor als universeel en neemt hem als norm voor gezonde seks. Gender, klasse en etniciteit worden daarbij ook niet in ogenschouw genomen. De SRC is fundamenteel ongevoelig voor vele aspecten van de maatschappelijke en sociale realiteit waarbinnen mensen hun seksuele levens vormgeven. En de SRC is, volgens Tiefer, 'non scientifically reliable' (1995, p.51), maar vormt wel de basis van de dominante vorm van klinisch-seksuologische diagnostiek. Wat betekent therapeutisch

Correctie

In de Forumrubriek van TvS, 2003, nr. 1 is abusievelijk de eerste zin weggefallen van de bijdrage van Laforce en Bogaerts, waarin aangeduid werd waarop zij reageerden, namelijk op het artikel van drs. P. Wijts "Hedendaagse psychoanalytische opvattingen over seksualiteit" (Tijdschrift voor Seksuologie, 26, 182-188).

succes dan eigenlijk?

De 'New View'

De 'new view of women's sexuality' pretendeert een alternatief te stellen voor 'the whole kit and caboodle' (Tiefer, 2001b, p.75). Het is een protest tegen de claim van de seksuele respons cyclus als 'normaal', tegen de versmalling van problemen tot disfuncties, die op hun beurt versmald worden tot verstoringen van de SRC, tegen het nonpolitieke karakter van de biomedische invalshoek en de agressieve marketing van farmaceutische behandeling. Het wil een niet-normatieve, biopsychosociale beschrijving van de seksuele problemen van vrouwen geven, hier gedefinieerd als 'discontent or dissatisfaction with any emotional, physical, or relational aspects of sexual experience' (1995: p.86). Het pamflet gaat over *vrouwelijke* seksualiteit, omdat 'female sexual dysfunction' juist nú in het brandpunt van farmaceutische attentie staat (zie bijvoorbeeld Moynihan, 2003). De connotatie 'new' moet beschouwd worden als een cynische analogie met de marketing strategieën van de industrie. Kritiek noch alternatief zijn immers nieuw. Gezien de kracht van het tegengeluid, kunnen zij echter niet vaak genoeg opnieuw gehoord worden.

De 'new view' is geschreven door The Working Group on A New View of Women's Sexual Problems. Het is een groep van 12 wetenschappers en therapeuten rond Tiefer, die mij

persoonlijk overigens, behalve Tiefer, nauwelijks bekend zijn. De groep kwam als geheel voor het eerst bijeen in september 2000. De 'new view' is sindsdien veelvuldig gepresenteerd, op internationale congressen, in Engelstalige publicaties en in de pers. Hieronder volgt de Nederlandse publicatie.

Literatuur

- Laumann, E., Paik, A., & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Moynihan, R. (2003). The making of a disease: female sexual dysfunction. *British Medical Journal*, 326, 45-47.
- Tiefer, L. (1991). Historical, scientific, clinical, and feminist criticisms of "The human sexual response cycle" model. *Annual Review of Sex Research*, 2, 1-23.
- Tiefer, L. (1995). *Sex is not a natural act, and other essays*. Boulder, CO: Westview Press.
- Tiefer, L. (2001a). A new view of women's sexual problems: Why new? Why now? *The Journal of Sex Research*, 38, 89-96.
- Tiefer, L. (2001b). Arriving at a "New View" of Women's Sexual Problems: Background, Theory, and Activism. In E. Kaschak & L. Tiefer (Eds.), *A New View of Women's Sexual Problems*. New York: The Haworth Press.

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 31 maart 2003

² Dr. I. Vanwesenbeeck, psycholoog, hoofd afdeling onderzoek van de RutgersNissoGroep, voorzitter NVVS, NISSO, Oudenoord 180, Utrecht, tel. 030-2304010, e-mail: i.vanwesenbeeck@rng.nl

A New View of Women's Sexual Problems

The Working Group on A New View of Women's Sexual Problems

Door de recente publiciteit rond de nieuwe behandelingen voor erectieproblemen bij mannen zien we de aandacht nu ook gericht op de seksualiteit van vrouwen. Commerciële belangen hebben een competitieve zoektocht ontketend naar een 'viagra voor vrouwen'. Maar de seksuele problemen van vrouwen verschillen op een fundamentele manier van die van mannen en deze verschillen krijgen geen aandacht en worden niet onderzocht.

Wij zijn van mening dat het veel gehanteerde medische classificatieschema voor seksuele disfuncties zoals in 1980 ontwikkeld (en in 1987 en 1994 gereviseerd) door de American Psychiatric Association (APA) voor haar Diagnostische en Statistische Handboek voor Psychische Stoornissen (DSM), een fundamentele hindernis vormt voor een goed begrip van de seksualiteit van vrouwen. Het onderscheidt de seksuele problemen van (mannen en) vrouwen in vier categorieën 'disfuncties': stoornissen van het verlangen, opwindingsstoornissen, stoornissen van het orgasme en pijnstoornissen. Deze 'disfuncties' zijn verstoringen van een fysiologisch seksueel reactiepatroon dat verondersteld wordt universeel te zijn (de 'normale functie') en dat in eerste instantie in de zestiger jaren beschreven is door Masters en Johnson. De theorie is, dat dit universele reactiepatroon

begint met zin-in-seks en zich vervolgens ontwikkelt via de stadia van verlangen, opwinding en orgasme.

De tekortkomingen van dit theoretische kader waar het gaat om de seksualiteit van vrouwen zijn inmiddels ruim gedocumenteerd. De drie meest zwaarwegende problemen van een reductie van seksuele problemen tot stoornissen van het fysiologisch functioneren zijn de volgende:

- 1) Onterecht wordt aangenomen dat mannen en vrouwen in seksueel opzicht elkaars gelijken zijn. Omdat de onderzoekers in vroeger jaren de nadruk legden op de overeenkomsten in de fysiologische reacties mannen en vrouwen tijdens seksuele interactie, namen ze aan dat hun seksuele stoornissen ook hetzelfde moesten zijn. Slechts weinig onderzoekers vroegen vrouwen om hun ervaringen vanuit hun eigen gezichtspunt te beschrijven. Die enkele keer dat het gedaan werd, werd meteen duidelijk dat mannen en vrouwen op veel cruciale aspecten van elkaar verschillen. De verhalen van vrouwen passen niet mooi in het Masters en Johnson model. Zo maken vrouwen, bijvoorbeeld, over het algemeen geen onderscheid tussen 'zin' en 'opwinding', vinden vrouwen fysiologische opwinding niet zo belangrijk als subjectieve opwinding en betreffen de seksuele klachten van

vrouwen vaak 'problemen' die in de DSM niet beschreven worden.

Bovendien worden met de nadruk op genitale en fysiologische overeenkomsten tussen mannen en vrouwen, de gevolgen van ongelijkheid op het vlak van sekseverhoudingen, sociale klasse, etniciteit en seksuele voorkeur ontkend. Sociale, politieke en economische omstandigheden, waaronder wijdverbreid seksueel geweld, beperken in grote delen van de wereld de rechten van vrouwen op seksuele gezondheid, seksueel plezier en seksuele satisfactie. De sociale omgeving van vrouwen kan aldus een hindernis vormen voor de expressie van haar biologisch potentieel, een realiteit die door een beperkte, fysiologische visie op seksuele disfuncties volkomen aan het oog onttrokken wordt.

2) De relationele context van seksualiteit wordt ontkend. De APA/DSM benadering gaat volkomen voorbij aan relationele aspecten van de vrouwelijke seksualiteit, die vaak juist ten grondslag liggen aan seksuele satisfactie of seksuele problemen, zoals het verlangen naar intimiteit, de wens om de partner een plezier te doen, of, in andere gevallen, de wens om een partner niet kwaad te maken, te beledigen of te verliezen. De DSM heeft een puur individuele benadering van seks en gaat ervan uit dat er geen problemen zijn als de seksuele onderdelen maar werken. Maar veel vrouwen definiëren hun seksualiteit helemaal niet op deze manier. De beperking in de DSM van 'normaal seksueel functioneren' tot een fysiologisch proces gaat er, onterecht, van uit dat genitale en lichamelijke problemen te meten en te behandelen zijn zonder de relatie, waarbinnen seks plaatsvindt, in ogenschouw te nemen.

3) De verschillen tussen vrouwen worden uit het oog verloren. Niet alle vrouwen zijn hetzelfde en hun behoeften, plezier en problemen op het terrein van seksualiteit passen niet netjes in de categorieën verlangen, opwinding, orgasme en pijn. Vrouwen verschillen in normen en waarden, in opvattingen over seksualiteit, in sociale en culturele achtergrond en in hun actuele situatie en deze verschillen kunnen niet weggewerkt worden tot een eensluidende notie van 'disfunctie' of een identieke one-size-fits-all behandeling.

Er is geen instant remedie voor de socio-culturele, politieke, psychologische, sociale of relationele achtergronden van de seksuele problemen van vrouwen en dus doen de farmaceutische bedrijven aan onderzoek en publiciteit gericht op het oplappen van het lijf, in het bijzonder de genitaliën. Het doordringen van de industrie in het seksuologische onderzoek en de gestage media-aandacht voor 'revolutionaire' farmaceutische behandelingen hebben de lichamelijke kant van de problemen benadrukt en die geïsoleerd van de bredere context. Factoren die veel vaker de achtergrond vormen voor seksuele klachten bij vrouwen, zoals relationele en culturele conflicten, of seksuele onwetendheid of angst, worden gebagatelliseerd en miskend. Ze worden allemaal bij elkaar geveegd in de categorie 'psychogene oorzaken', maar krijgen nauwelijks aandacht en worden niet bestudeerd. Vrouwen met zulke problemen worden uitgesloten van klinische experimenten met nieuwe drugs, maar, als het succes van de huidige marketing gericht op mannen daar aanleiding toe geeft, worden diezelfde drugs net zo makkelijk

agressief gemarket voor alle seksuele onvrede bij vrouwen.

Een correctieve benadering is hard nodig. Wij stellen een nieuwe en beter bruikbare classificatie voor van de seksuele problemen van vrouwen, een classificatie die adequate aandacht geeft aan leed en geremdheid bij het individu, ontstaan binnen een bredere culturele en relationele context. Wij bestrijden de culturele aannames waar de DSM blijk van geeft, alsook het reductionistische onderzoek en marketing strategieën van de farmaceutische industrie. Wij roepen op tot onderzoek en zorg die niet gedreven worden door commerciële belangen, maar door de behoeften en seksuele werkelijkheid van vrouwen zelf.

Seksuele gezondheid en seksuele rechten: internationale gezichtspunten

Wij hebben er internationale documenten op nageslagen om afstand te kunnen nemen van het genitale en mechanische kader van de DSM. In 1974 organiseerde de WHO (World Health Organisation) een unieke conferentie over de trainingsbehoeften voor mensen werkzaam op het terrein van de seksuele gezondheid. In het rapport staat: 'Er is toenemend inzicht dat seksuele problemen algemener zijn en van meer invloed op het menselijke welzijn dan tot nu toe werd erkend'. Het rapport benadrukt het belang van een positieve benadering van seksualiteit en relaties. Het voorziet in een brede definitie van seksuele gezondheid als 'de integratie van somatische, emotionele, intellectuele en sociale aspecten van de seksualiteit'. In 1999 nam de World Association of Sexology tijdens haar vergadering in Hong Kong een Declaration of Human Sexual Rights aan. 'Teneinde de gezonde seksuele ontwikkeling van mens en samenleving te garanderen', staat te lezen in de Declaratie, 'moeten de volgende seksuele rechten erkend, bevorderd, gerespecteerd en verdedigd worden:'

- Het recht op seksuele vrijheid en uitsluiting van alle vormen van seksuele dwang, exploitatie en misbruik;
- Het recht op seksuele autonomie en integriteit van het seksuele lichaam;
- Het recht op seksueel plezier als bron van lichamenlijk, psychologisch, intellectueel en spiritueel welzijn;
- Het recht op seksuele kennis zoals gegenereerd door ongebonden doch ethisch verantwoord onderzoek;
- Het recht op omvattende seksuele educatie;
- Het recht op seksuele gezondheidszorg die beschikbaar zou moeten zijn voor de preventie en behandeling van alle seksuele aangelegenheden problemen en stoornissen.

De seksuele problemen van vrouwen: een nieuwe classificatie

The Working Group on Women's Sexual Problems definieert seksuele problemen als ontevredenheid of onvrede met elk emotioneel, lichamenlijk of relationeel aspect van seksuele ervaring. Ze kunnen zich voordoen in één of meerdere van de volgende gerelateerde gebieden van de seksuele levens van vrouwen.

1. Socio-culturele, politieke of economische factoren bij seksuele problemen

a. Onwetendheid en angst ten gevolge van een gebrek aan seksuele voorlichting, toegang tot seksuele gezondheidszorg of andere sociale beperkingen:

i. Ontbreken van een vocabulaire om subjectieve of lichamelijke ervaring te beschrijven

ii. Gebrek aan informatie over de menselijke seksuele biologie en veranderingen door de levensfasen

iii. Gebrek aan informatie over hoe sekserollen de seksuele verwachtingen, opvattingen en gedragingen van mannen en vrouwen beïnvloeden

iv. Onvoldoende toegang tot informatie en zorg op het terrein van anticonceptie en abortus, soapreventie en -behandeling, seksueel trauma en huiselijk geweld

b. Vermijdingsgedrag en stress omdat men denkt niet te voldoen aan culturele normen inzake goede en ideale seksualiteit, waaronder:

i. Angst en schaamte over het eigen lichaam, de eigen seksuele aantrekkelijkheid of seksuele reacties

ii. Verwarring en schaamte over de eigen seksuele voorkeur of identiteit, of over de eigen seksuele fantasieën en verlangens

c. Geremdheid ten gevolge van discrepantie tussen seksuele normen van de eigen subcultuur of cultuur van herkomst en de dominante cultuur

d. Gebrek aan zin, vermoeidheid of tijdsgebrek ten gevolge van werk- en gezinsverplichtingen

2. Problemen met de partner of de relatie als factoren bij seksuele problemen

a. Geremdheid, vermijdingsgedrag of leed gepaard gaande met bedrog, afkeer of angst, misbruik door de partner of een ongelijke machtsverhouding, of voortvloeiend uit negatieve communicatiepatronen met de partner

b. Discrepantie in het verlangen naar seks of in de voorkeur voor bepaalde seksuele activiteiten

c. Onwetendheid of geremdheid om voorkeuren of verlangens te communiceren, of seksuele activiteit te initiëren, te bepalen of vorm te geven

d. Verlies van seksuele interesse en wederkerigheid ten gevolge van conflicten over dagelijkse zaken zoals geld, tijdsbesteding of familie, of ten gevolge van traumatische ervaringen zoals onvruchtbaarheid of de dood van een kind

e. Terughoudendheid in seksuele opwinding of spontaniteit ten gevolge van de gezondheidstoestand of seksuele problemen van de partner

3. Psychologische factoren bij seksuele problemen

a. Seksuele afkeer, wantrouwen of geremdheid in seksueel plezier ten gevolge van:

i. Ervaringen met lichamelijk, seksueel of emotioneel misbruik in het verleden

ii. Algemene persoonlijkheidsproblemen met hechting, afwijzing, onderhandeling of aanspraak maken

iii. Depressie of angst

b. Seksuele terughoudendheid ten gevolge van angst voor seksuele gedragingen of hun mogelijke gevolgen, zoals pijn tijdens geslachtsgemeenschap, zwangerschap, soa, verlies van partner of verlies van reputatie

4. Medische factoren bij seksuele problemen

Pijn of gebrek aan lichamelijke reactie tijdens seksuele activiteit ondanks een ondersteunende en veilige interpersoonlijke context, adequate seksuele kennis en positieve seksuele attitudes. Zulke problemen kunnen voortvloeien uit:

a. Talloze lokale of systemische medische condities die van invloed zijn op de het zenuwstelsel, de hormoonhuishouding, de stofwisseling of andere lichamelijke systemen

b. Zwangerschap, soa of andere seksgerelateerde condities

c. Bijwerkingen van veel drugs, medicijnen of medische behandelingen

d. Condities ontstaan ten gevolge van behandeling bij ziekte

Conclusie

Dit document is gemaakt voor wetenschappers die onderzoek willen doen naar de seksuele problemen van vrouwen, docenten en opvoeders die voorlichting willen geven over vrouwen en seksualiteit, medische en niet-medische therapeuten die vrouwen willen helpen met hun seksuele leven en voor het bredere publiek dat behoefte heeft aan een kader om een snel veranderend en zeer belangrijk levensgebied te kunnen begrijpen.

*Enkele overwegingen naar aanleiding van Leonore Tiefer's 'A New View of Women's Sexual Problems'*¹

*Jan Moors*²

Leonore Tiefer heeft bekendheid verworven met haar feministische kritiek op het centraal stellen van de fallus in de seksuologie. Ook de medicalisering van de seksuologie en de eenzijdige fysiologische benadering in de menselijke seksuele responscyclus door Masters en Johnson (1966, 1970) heeft ze geregeld aan de kaak gesteld. Dat doet ze nu weer in haar 'A new view of Women's Sexual Problems' (2001). Ze laat zich daartoe vergezellen door een twaalfal Amerikaanse wetenschappers en therapeuten, die met haar een 'Working Group' vormen. Op internet zie ik dat Tiefer en haar groep in veel landen en talen hun aanpak van seksuele problematiek uitdragen. Tiefer en collega's zijn van mening dat in classificaties van seksuele problemen, die bijna allen gebaseerd zijn op het model van de menselijke seksuele responscyclus van Masters en Johnson/Kaplan, vrouwelijke aspecten te weinig aandacht krijgen. Volgens hen wrekt zich dat vooral in de hulpverlening. Bij het zien van de titel 'A new View' was ik zeer benieuwd naar de wijze waarop zij en haar groep de seksualiteit van vrouwen zouden benaderen. Door mijn hoofd flitste: 'Zou er nu eindelijk een (aanzet tot een) nieuwe aanpak van seksuele problemen komen?' Vooral omdat Tiefer zich blijkbaar omgeven heeft met een groep vooraanstaande vrouwelijke seksuologen waren mijn verwachtingen hoog gespannen. Ik hoopte dat nu eindelijk de seksualiteit van vrouwen op een fundamenteel nieuwe manier bekeken zou gaan worden.

Als ik de drie punten waarin ze de reductie van seksuele problemen tot stoornissen in het fysiologisch functioneren samenvat, nader analyseer, dan herken ik daarin veel van de manier waarop ik, zoals veel anderen, ieder consult graag zou willen voeren. De relationele en interactionele context krijgt gedegen aandacht. Onderling verschillen vrouwen (en mannen!) in de mate waarin en de manier waarop ze seks beleven. Discrepantie tussen partners en daaruit voortvloeiende relationele en interactionele processen blijken heel vaak dé oorzaak van seksueel disfunctioneren te zijn. Sinds de introductie van sildenafil (Viagra®) is het fallocentrisme in de seksuologie toegenomen. De kritiek van Tiefer en collega's daarop, op de DSM-IV en de door farmaceuten geregeerd onderzoek en publiciteit, is mijns inziens terecht. Daarmee las ik niet veel nieuws. Mijn hoop dat de groep zou komen met een nieuwe theorie, een nieuw model, ja misschien zelfs met een nieuw paradigma om seksuele problemen van vrouwen te lijf te gaan werd helaas niet bewaarheid. Ik kan er niet om heen te betwijfelen of er in 'A New View' sprake is van een begin van een nieuwe manier van kijken naar seks en seksuele problemen (van vrouwen). Volgens mij: nee dus!

Zoals een van mijn referenten (waarvoor dank) aangeeft, wilde Tiefer al vanaf een publicatie ter ere van haar promotor Frank Beach (1978) aantonen dat vrouwen seks anders beleven: 'I would like to consider some of the current aspects

and future directions of sex research from the perspectives offered by contemporary feminism. ... The feminist perspective allows exploration of the ways in which ideologies of a variety of types serve to perpetuate a patriarchal vision of social institutions, sex roles and human nature! I believe that one can use this point of view profitably to examine both the underlying assumptions about scientific research and particular examples of research and theory.' Seks is volgens haar meer dan een voorspel, penetreren en klaarkomen. Erotiek en intimiteit zijn wellicht voor de meeste mensen, op den duur, van groter belang dan de coïtus sec. De dwingende onderverdeling van de responscyclus in opeenvolgende fasen staat ter discussie. Zo gaat bijvoorbeeld het seksueel verlangen niet obligatoir vooraf aan de seksuele opwinding, maar valt er vaak mee samen, of wordt door de opwinding opgeroepen.

Voor veel seksuologen is het vanzelfsprekend dat psychische, relationele, interactionele en sociale processen elkaar beïnvloeden en versterken en, in pathologische situaties, ook kunnen verstoren. Lichamelijke ervaringen hebben immers altijd gecompliceerde oorzaken en achtergronden. Tiefer en collega's onderstrepen deze oude waarheden in hun 'new view' nog weer eens helder en bloemrijk.

Door de tijd heen kan men in de sociaal-psychologische seksuologische literatuur lezen dat relationele en interactionele processen ook seksueel verlangen oproepen of dempen. Ze preludeert daarmee op David Schnarch (1991, 1993, 2000) die ook het seksueel verlangen in het brandpunt van de seksualiteit plaatst. Zijn stelling dat de seksualiteitsbeleving van vrouwen iets anders is dan die van mannen met rokken aan, sluit wonderwel aan bij Tiefer's opvattingen. Het partnerengagement heeft volgens hem zes niveaus: seksuele roofdieren, wederzijdse masturbatie met instemming, seks ten dienste van het narcistisch scoren, engagement op basis van de door de ander gevalideerde intimiteit, engagement als unieke verbinding en de 'top van de piramide', die slechts voor weinigen is weggelegd, 'waarbij seks een vorm van spirituele communio wordt welke de mysteries van het leven celebreert' (vertaling Schacht, 1999). Het model van 'seksuele smeltkroes' van Schnarch is in wezen multisystemisch. Allerlei factoren die ingebed zijn in intimiteit geven seksuele potentie een kans. Volgens hem kan de klacht geen zin (in seks) beter geformuleerd worden als: geen zin om zin te maken. Zowel Tiefer en collega's als Schnarch zijn exponenten van een 'moderne' aanpak van seksuele problemen, die interactionele en relationele processen een centrale plaats geeft. Ik vind dat de, in mijn ogen, naadloze overgang tussen het werk van Tiefer en collega's en Schnarch met zijn vele volgelingen kenmerkend is voor de plaats van Tiefer in de seksuologiewereld. Ondanks deze moderne ontwikkelingen blijft er bij mij het gevoel bestaan dat een fundamentele vernieuwde aanpak van seksuologische aspecten van (mis)communicatie gewenst is. In mijn optiek zouden we de nogal eenzijdige aandacht voor het persoonlijk disfunctioneren moeten verbreden naar de beleving en meer moeten zoeken naar relationele en interactionele oorzaken van de klachten van patiënten. Als ik terugkijk, naar mijn eigen seksuologische praktijk, vrees ik dat ik teveel patiënten niet echt hebben kunnen helpen bij het verwerven van een goede seksuele gezondheid. Dat kan

natuurlijk aan mijn beperkingen liggen. Deze opmerking is misschien wat cryptisch, maar als ik precies wist waar de schoen wringt en welke nieuwe oplossingen daarbij passen, dan zou ik daar al eerder kond van gedaan hebben.

Ik heb bij het lezen van 'A New View' moeite met het opsommen van een aantal seksuele rechten, die internationaal erkend, bevorderd, gerespecteerd en verdedigd dienen te worden. Er is mijns inziens niets mis om al die fraaie zaken internationaal te erkennen en te bevorderen, etc. Ik gun in elk geval iedereen optimale seksuele lust en plezier. Maar recht hebben op seksueel plezier, vind ik een overbodige formulering. Samenvattend wordt 'A New View' aangekondigd als een nieuwe aanpak voor het behandelen van seksuele problemen van vrouwen. Volgens mij hebben we helaas slechts te maken met een fraaie terugblik op hoe goede seksuologische hulpverlening voor mannen én vrouwen eruit zou moeten zien. Dat vrouwen anders tegen seks aankijken en ermee omgaan is, meen ik, ook niet echt nieuw. Tenslotte ben ik van mening dat de aandacht voor de rol die 'macht' inneemt in de interactie in de seksuele relatie ook bij Tiefer en collega's onderbelicht blijft.

Literatuur:

- Gagnon, J.H., & Simon, W. (1973). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*. Chicago: Aldine.
- Masters W.H., & Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. London: Churchill.
- Tiefer, L. (2001). Arriving at a "A New View of Women's Sexual Problems": Background, theory and activism. In E. Kasachak & L. Tiefer (Eds.). *A new view of women's sexual problems*. New York: The Haworth Press Inc.
- Schacht, H. (1999). "Constructing the sexual crucible". Referaat voor psychotherapeuten van 'de Wissel' RIAGG, Roosendaal, 17-5-1999.
- Schnarch, D.M. (1991). *Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy*. W.W. New York/London: Norton & Company.
- Schnarch, D.M. (1993). Inside the sexual crucible. *Networker*, March/April.
- Schnarch, D.M. (2000). Desire problems: A systemic perspective. In S.R. Leiblum & R.C. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (3d Ed.) New York: The Guilford Press.

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 9 april 2003.

² Dr. J.P.C. Moors, huisarts/seksuoloog in ruste. Debussylaan 3, 5242 HH Rosmalen, tel. 073-5213456; fax 073-5220171, e-mail: janmoors@knmg.nl

A New View of Women's Sexual Problems: een reactie¹

Greta Bolle²

Er beweegt duidelijk iets in de wereld van de vrouwelijke seksuele disfuncties. Nadat vrouwelijke seksualiteit decennia lang nauwelijks aandacht kreeg in de wetenschappelijke wereld zien we nu kort na elkaar de oprichting van verscheidene nieuwe genootschappen. Zo was er in 1998 de oprichting van 'The Forum for Female Sexual Function' (FFSF), recentelijk omgedoopt tot de 'International Society for the Study of Women's Sexual Health' (ISSWSH). In 2000 zag ook 'The Working Group on A New View of Women's Sexual Problems' het daglicht. En in de Lage Landen is eenzelfde tendens merkbaar: de 'Nederlands-Vlaamse Vereniging voor Impotentieonderzoek' (NVIO) werd verruimd tot 'Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuele Disfuncties' (WVSD). Zo wordt daar nu aandacht besteed aan het seksueel (dis)functioneren van vrouwen. Binnen de wetenschappelijke literatuur zien we dezelfde evolutie en verschijnen er steeds vaker artikelen over allerlei aspecten van de vrouwelijke seksualiteit. Hierbij staan vragen zoals hoe vrouwelijke seksualiteit kan worden geconceptualiseerd en hoe seksuele disfuncties bij vrouwen te dienen worden gedefinieerd centraal. Vanwesenbeek (2003) wijst erop dat de medicalisering van het seksuele functioneren de centrale motor is van deze evolutie. De farmacie heeft kassa geroepen en stort zich met niet aflatende ijver op een potentiële markt van miljoenen vrouwen die ontevreden zijn met hun

seksleven.

En actie roept reactie op. De 'New View' kan gezien worden als een poging van Tiefer en haar groep om vrouwelijke seksuele problemen uit een eng biomedisch kader te halen om ze te situeren binnen een ruimere culturele en relationele context.

Ik kan me aansluiten bij de visie van Tiefer waar ze stelt dat de seksuele responscyclus met zijn vier onderscheiden fasen als hét uitgangspunt voor gezond seksueel functioneren een typisch mannelijke benadering is (voor argumentatie: zie ook Vanwesenbeek, 2003).

Inderdaad, mannelijke seksualiteit is, bij het schaarse onderzoek naar het seksuele functioneren van vrouwen in het verleden al te vaak hét vergelijkings- en referentiepunt geweest. Recent lijkt hier toch meer en meer verandering in te komen. In zijn uitstekend artikel somt Bancroft (2002) verschillende, mogelijk complementaire argumenten op die erop wijzen dat de seksualiteit van vrouwen wezenlijk verschilt van die van mannen. Ik som ze hier kort op.

1. Reeds Kinsey (Kinsey et al., 1948, 1953) constateerde dat mannen als groep vanaf de puberteit op seksueel vlak veel actiever worden. Vrouwen vertonen hier een veel grotere onderlinge variabiliteit. Sommige vrouwen lijken veel seksueler ingesteld dan andere. Bancroft postuleert dat dit onder andere te maken zou kunnen hebben met de rol van de reproductieve hormonen. De hypothese die hij hier naar voor schuift is dat mannen gedesensitiseerd worden voor het effect van testosteron op hun hersenen tijdens de foetale of vroeg postnatale periode. Dit laat hen toe de hoge androgenenconcentraties die nodig zijn voor de masculiniserende effecten van de puberteit te verdragen.

Dit heeft als effect dat alle genetische variabiliteit in seksuele gedragsresponsen uitgeveegd wordt. Bij vrouwen blijft de gevoeligheid aan lage dosissen testosteron aanwezig, met als gevolg dat de grote genetische variabiliteit inzake deze gevoeligheid wel tot expressie komt.

2. Een tweede argument ontleent hij aan Lloyd, een wetenschapsfilosofe. Op basis van het werk van Symons (1979) stelt zij dat vrouwen in staat zijn tot orgasme als gevolg van het oorspronkelijk potentieel van de menselijke soort om zich in mannelijke of vrouwelijke richting te ontwikkelen. Gezien de link met ejaculatie is het orgasme essentieel voor het genetisch reproductief succes van de man. Vanuit het standpunt van het soortbehoud is dit bij vrouwen niet het geval. Anderzijds leverde, tijdens de evolutie van de menselijke soort, het onderdrukken van deze neurofysiologische capaciteit bij vrouwen geen bijkomend reproductief succes op; dit is dan ook niet gebeurd. Vanuit een evolutionair standpunt lijkt het eerder - gezien voor de reproductie overbodig - een 'luxe'-fenomeen dat vrouwen over een clitoris en orgastische capaciteit beschikken!

Komt daarbij dat penis-in-vagina, dé manier waarop de voortplanting tot stand komt, niet de meest geschikte manier is voor vrouwen om klaar te komen. Het is pas de laatste decennia, nu de sociale controle van de seksualiteit in onze Westerse wereld steeds minder bij de man komt te liggen, dat het 'lust' aspect van seks bij vrouwen kansen krijgt.

3. Derde mogelijke verklaring. Bancroft (1999) postuleert dat er in de hersenen mechanismen bestaan die seksuele opwinding stimuleren en andere die seksuele opwinding onderdrukken. Vrouwen zouden hierbij vaker dan mannen hun seksuele opwinding inhiberen. Dit wordt echter niet gezien als een disfunctioneel, maar als een adaptief mechanisme. Opnieuw vanuit het standpunt van de evolutiebiologie wordt dit toegeschreven aan de grote investering van vrouwen in zwangerschap en ouderschap.

Dat bijvoorbeeld seksueel verlangen door vrouwen anders ervaren wordt dan door mannen krijgt ook nog ondersteuning uit een andere hoek. Aan Fisher (1998) ontleen we de hypothese dat de mens op zijn minst drie gerelateerde maar onderscheiden emotie-motivatiesystemen vertoont voor paarvorming, reproductie en ouderschap: seksueel verlangen, romantische aantrekking en man-vrouw afhankelijkheid of hechting. Zin in seks motiveert mensen om te vrijen met een geschikte partner, romantische aantrekking laat toe de meest geschikte partner te kiezen en hechting laat iemand toe voldoende lang bij een vaste partner te blijven totdat de ouderlijke taken vervuld zijn. Deze drie systemen zijn vaak gelinkt maar kunnen ook apart voorkomen. Zo kan iemand erg gehecht zijn aan zijn vaste partner en toch verliefd worden op iemand anders of seksuele gevoelens ervaren als reactie op visuele, verbale of mentale stimuli die niets met hun partner te zien hebben.

Bij de mens zijn er opnieuw man-vrouw verschillen in deze emotie-motivatiesystemen (Ellis en Symons, 1990). Bij mannen is de zin in seks meer constant en gefocust op coïtus. Ook wordt de zin in seks in belangrijker mate gestimuleerd door visuele stimuli dan bij vrouwen. Bij vrouwen lijkt de zin in seks meer periodisch en ingebed in een bredere range van stimuli. Zo reageren vrouwen gemakkelijker seksueel

op romantiek in woord en beeld.

Dit leidt ons tot volgende bedenking. Als het vrouwelijk seksueel functioneren in essentie zo verschilt van het mannelijk functioneren hebben we dit dan, sinds de invoering van de DSM-classificatie, niet al te vaak geproblematiseerd? Met andere woorden: hebben we misschien niet soms als disfunctie gelabeld wat er eigenlijk geen is?

Beschouwen we opnieuw het concept 'seksueel verlangen'. Uit hun studie naar prevalentie van seksuele disfuncties concluderen Laumann et al. dat 29-32% van de vrouwen in de leeftijdscategorie 24-55 jaar problemen met zin vertonen, en 30-37% van de 50 tot 59-jarige vrouwen (Laumann et al., 1999). Nog afgezien van de methodologische kritiek die op dit onderzoek is geformuleerd dienen we ons toch af te vragen of al deze vrouwen wel een 'disfunctie', een 'abnormaliteit' vertonen. Ik neig ernaar deze vraag met 'nee' te beantwoorden.

Wat betreft 'zin in seks' zijn wetenschappers nog steeds niet uit de discussie wat ter zake 'normaal' is. Er worden diverse modellen ter verklaring van seksueel verlangen gehanteerd, er is bedroevend weinig geweten over hoe zin correleert met bv. leeftijd, hormonale status, algemene lichamelijke conditie, relationele situatie, en in onderzoek naar zin in seks bij vrouwen zijn de lacunes legio. Zo is het bv. nooit echt duidelijk geworden wat de impact van de pil op het seksuele leven van vrouwen is. En dat terwijl het in België gaat om 48% (Visser et al., 1991) dus ongeveer de helft, en in Nederland om 43% (CBS, 2002) van de seksueel actieve vrouwen! Nog steeds is het onduidelijk in welke mate het fundamenteel ingrijpen in de hormonale huishouding van vrouwen hun zin in seks beïnvloedt. Er zijn nochtans heel wat anekdotische rapportages van vrouwen die, omwille van bijvoorbeeld sterilisatie de pil stoppen en naderhand verklaren dat ze niet beseft hadden dat de pil zo'n negatieve invloed op hun libido had.

De nieuwe classificatie dan. Hoewel het bovenstaande een fundamentele kritiek inhoudt op de DSM-IV vind ik ook Tiefers catalogisering onbruikbaar voor de klinische praktijk. De Working Group definieert seksuele problemen als 'ontevredenheid of onvrede met elk emotioneel, lichamenlijk of relationeel aspect van seksuele ervaring'. Dit lijkt me een té globaal en té vaag etiket waar therapeuten niks mee aan kunnen. Ze heeft er één pot nat van gemaakt. Wat Tiefer vervolgens aangeeft als 'factoren' bij seksuele problemen weerspiegelt de verschillende domeinen van oorzaken van deze onvrede. Nergens wordt aangegeven waarom juist deze lijst van factoren werd weerhouden, ze lijkt me nogal arbitrair samengesteld. Mij ontgaat bv. het fundamentele onderscheid tussen factor 2.a 'geremdheid, vermijdingsgedrag of leed voortvloeiend uit negatieve communicatiepatronen' en factor 2.d 'verlies van seksuele interesse en wederkerigheid ten gevolge van conflicten over dagelijkse zaken'. Voor sommige factoren is het verband met seksueel functioneren duidelijk aangetoond, voor andere lijkt me dat dan weer veel minder het geval. Zo is bv. de samenhang tussen seksueel functioneren en 'discrepancies tussen seksuele normen van de eigen subcultuur of cultuur van herkomst en de dominante cultuur' (factor 1d) veel minder wetenschappelijk onderbouwd dan de relatie tussen seksueel functioneren en depressie (factor 3.a.iii) Het grootste euvel lijkt me echter

dat haar opsplitsing tekort doet aan het vaak onderling gerelateerd zijn en samen voorkomen van factoren uit verschillende gebieden. Sinds de introductie van het bio-psycho-sociaal model (Engel, 1980) weten we dat goed seksueel functioneren meestal multicausaal en erg complex is: geen of...of maar een én...én fenomeen.

De classificatie van 'stoornissen in het seksueel functioneren van vrouwen' is volop in beweging. De DSM was in oorspong ontworpen als een classificatie van psychiatrische aandoeningen. In de eerste twee edities van de DSM kwamen seksuele disfuncties niet voor. Er was enkel sprake van een vage categorie 'psychofysiologic genito-urinary disorder' in de DSM-II. Ze verschenen pas in de DSM-III in 1980 en werden daar gelabeld als 'mentale stoornissen'. Seksuele disfuncties op basis van lichamelijke oorzaken werden uitgesloten. Dit is ook in de DSM-IV nog het geval. Een poging tot aanpassing gebeurde door de groep rond Basson, anno 1998. In essentie wijzigde die weinig aan het oorspronkelijke concept waarbij de seksuele responscyclus als uitgangspunt dient. De vier grote categorieën: stoornissen van het seksueel verlangen, opwindingsstoornissen, orgasmestoornissen en pijnstoornissen bleven behouden, deze keer werden echter lichamelijke oorzaken wél mee opgenomen. Belangrijk in de opvatting van deze groep was ook het criterium 'personal distress'. Een vrouw werd enkel gediagnosticeerd met een stoornis als ze daar zelf last van ondervindt. Verwarrend, want het onderscheid met 'marked distress and interpersonal difficulty' dat als criterium reeds in de DSM-III mee opgenomen werd bleef op zijn minst onduidelijk. Deze poging tot indeling ving heel wat tegenwind (zie Segraves et al., 2001).

Het problematische van de al dan niet aangepaste DSM definiëring is dat men nog steeds uitgaat van stoornissen in de verschillende fasen van een welbepaalde functie. Maken we even de analogie met een andere belangrijke lichaamsfunctie: eten. Als stoornissen zou je hier dus kunnen krijgen: 'ik heb geen eetlust' (geen zin in seks), 'ik walg van voedsel' (aversie voor seks), 'mijn eten smaakt mij niet' (opwindingsstoornissen), 'ik krijg helemaal niets meer naar binnen' (vaginisme) of 'mijn mond doet pijn als ik eet' (dyspareunie). De analogie laat zien dat dergelijke labels noch een aanduiding geven voor de etiologie van het probleem, noch een waarde hebben inzake prognose of in te stellen therapie. En dat is toch de essentie van 'dia-gnose': een label kleven om te kunnen 'door-zien'. Gebrek aan eetlust kan zowel wijzen op een sluimerende of manifeste kanker als op een beginnende depressie als op een reactie op de pas vernomen ontrouw van de partner, en soms op een combinatie van...

En dan is er dus nu de 'New View' van Tiefer met als grote pluspunten het feit dat ze confronteert met de vaststelling dat de bestaande categorieën tekort schieten plus dat ze expliciet aandacht vraagt voor onderliggende maatschappelijke en relationele factoren bij seksueel ongenoege, maar met als beperking is dat ze er niet in slaagt een klinisch bruikbaar alternatief te presenteren

Inzake conceptualisering van seksuele problemen bij vrouwen zijn we er nog lang niet uit, en dat niet alleen wat betreft de problemen met seksueel verlangen. Nog een voorbeeld ter illustratie. Sinds hun definiëring in 1987 in de DSM-III-R worden dyspareunie en vaginisme geclassificeerd als

seksuele pijnandoeningen. Dit reflecteert de idee dat er een speciaal type pijn bestaat dat geassocieerd is met seksuele activiteit. Maar meer en meer gaan er stemmen op om deze visie te verlaten. Binik et al. (Binik et al, 2002) pleiten ervoor om beide disfuncties te herconceptualiseren als genitale pijnandoeningen die interfereren met elke vorm van insertie of penetratie. Dat kan dan tampongebruik zijn of een gynaecologisch onderzoek of coïtus. Dat seksuele betrekkingen gehypothekeerd worden is dan het natuurlijk uitvloeisel van het ervaren van of verwachten van pijn. Ook Katz en Tabisel (2002) herleiden vaginisme niet langer tot een seksuele functiestoornis maar zien dit als een paniekstoornis die zich manifesteert ter hoogte van de vagina. In hun visie staat niet de pijn maar de angst voor pijn voorop. De 'vaginistische reactie' die hiervan het gevolg is en die gedefinieerd wordt als 'elke onwillekeurige samentrekking van de bekkenbodem als reactie op om het even welke vorm van penetratie' kan de levenskwaliteit van de betrokken vrouw op veel verschillende manieren aantasten.

Je kan je de vraag stellen hoe vrouwen in de toekomst hun seksuele ontevredenheid zullen labelen. Daar heb ik uiteraard geen pasklaar antwoord op. Aangezien het seksuele ingebed zit in het lichamelijke vermoed ik dat een deel van die onvrede steeds gekanaliseerd zal blijven worden als 'klacht', gepresenteerd aan de medicus. Ik vermoed dat 'geen zin/opwinding', 'pijn bij het vrijen' en 'niet in staat zijn om te vrijen' noemers zullen blijven waaronder vrouwen een deel van hun ontevredenheid met hun seksuele leven zullen blijven onderbrengen, ongeacht de oorzaken ervan. Het is dan aan de hulpverlener om zorgvuldig alle factoren na te gaan die deze klacht mee helpen verklaren, en niet onmiddellijk naar de laatste nieuw op de markt verschenen pil te grijpen. Een zorgvuldige anamnese waarbij de drie zijden van de bio-psycho-sociale driehoek grondig verkend worden zal hiertoe een blijvende vereiste zijn.

Maar het is ook niet uit te sluiten dat een gedeelte van de seksuele onvrede gekanaliseerd zal worden langs politieke weg. Politieke actie in de zin van overdracht van kennis, het verlenen van meer macht aan vrouwen binnen bepaalde culturen, 'empowerment' kan als strategie beter werken dan het ingaan op een individuele hulpvraag. Waarschijnlijk bestaat de beste remedie tegen de pijn van de vrouwenbesnijden inderdaad uit politieke actie om dit fenomeen uit te bannen.

Literatuur

- Bancroft, J. (1999). Central inhibition of sexual response in the male: A theoretical perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23, 763-784.
- Bancroft, J. (2002). The medicalization of female sexual dysfunction: The need for caution. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 451-455.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J. et al. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *Journal of Urology*, 163, 888-893.
- Binik, Y.M., Reissing, E., Pukall, C., Flory, N., Payne, K.A., & Khalifé, S. (2002). The female sexual pain disorders: Genital pain or sexual dysfunction? *Archives of Sexual Behavior*, 31, 425-429.
- CBS (2000). Statistisch jaarboek 2000. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Engel, G. (1980). The clinical application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.

- Ellis, B.J., & Symons, D. (1990). Sex differences in sexual fantasy : An evolutionary psychological approach. *Journal of Sex Research*, 27, 527-555.
- Fisher, H.E. (1998). Lust, attraction and attachment in mammalian reproduction. *Human Nature*, 9, 23-52.
- Katz, D., & Tabisel, R.L. (2002). *Private pain*. New York: Women's Therapy Center.
- Kinsey, A.C, Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). *Sexual behaviour in the human male*. Philadelphia: Saunders.
- Kinsey, A.C, Pomeroy, W.B, Martin C.E., & Gebhard, P.H. (1953). *Sexual behaviour in the human female*. Philadelphia: Saunders.
- Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunctions in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Segraves, R.T. et al. (2001). Historical and international context of nosology of female sexual disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27.
- Symons, D. (1979). *The evolution of human sexuality*. New York: Oxford University Press.
- Vanwesenbeeck, I. (2003). De 'New View of Women's Sexual Problems' in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 27, 88-89.
- Visser, A., Geeraert, A., & Lehert, P. (1991). *Seksualiteit en relatievorming: anticonceptie in België*. Leuven: Acco.

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 16 april 2003.

² Dr. med. G. Bolle, arts-seksuologe, G. Van Haelenlaan 95, 1190 Brussel.

Reactie op de NEW VIEW van Tiefer e.a.¹

Marianne Emmelkamp-Keizer, Mária Schopman & Vera Steenhart²

In dit artikel wordt door de auteurs naar "New View" gekeken vanuit de positie van de behandelaar. De visie van Tiefer e.a. geeft meer richting bij het vaststellen van de mogelijkheden en richting van behandeling dan de DSM-IV, maar moet nog verder uitgewerkt worden, om te bepalen waar de nadruk in een therapie moet komen te liggen. Zij zijn kritisch jegens een benadering welke seksuele problematiek tezeer als een individuele kwestie ziet. Die doet geen recht aan de relationele aspecten van seksuele problematiek. De benadering van Tiefer zou ook voor mannen uitgewerkt kunnen en moeten worden.

Diagnostische systemen zoals de DSM-IV, (APA, 1994) bieden een overwegend a-theoretische classificatie van gedrag, gedefinieerd in observatietermen. Deze éénduidige en objectieve beschrijving van gedrag zou de communicatie tussen professionals en het wetenschappelijk onderzoek moeten bevorderen, maar geeft over het algemeen geen beeld van het voor een bepaald individu kenmerkende gedrag (Abraham, 1997) en geeft daarmee ook geen handvat voor behandeling.

De kritiek van Tiefer e.a. op het DSM-IV systeem is duidelijk geformuleerd in hun New View. De DSM-IV vormt volgens hen een fundamentele hindernis voor het begrijpen van de seksualiteit van vrouwen mede in haar sociale en sociaal-psychologische context.. De beschrijving van seksuele klachten van vrouwen in termen van de SRC doet geen recht aan de vrouw als sociaal bepaald wezen. Tiefer e.a. hebben ook kritiek op de DSM-IV in het algemeen omdat zij vinden dat individuele verschillen tussen personen ook in het diagnostisch systeem tot uiting zouden moeten komen.

Therapeuten hebben in hun werk veel belang bij een diagnostisch systeem waarin nuances, individuele verschillen, oorzaken van, en verbanden tussen klachten een plaats hebben. Zo'n diagnostisch systeem zou de therapeut moeten helpen om het gedrag en de klachten van de cliënt zodanig te beschrijven dat daardoor aannemelijk en inzicht-

telijk wordt welke interventies ter verbetering gebruikt zouden kunnen worden (Abraham, 1997). Het is duidelijk dat de DSM-IV niet aan deze verwachting beantwoordt.

Niet voor vrouwen met hun seksuele problemen, maar ook niet voor mannen. Want ook mannen hebben hun individuele verschillen en ook bij mannen zijn er meer aspecten die een probleem bepalen dan de in de DSM-IV genoemde.

Omdat een nieuwe visie niet altijd een verbetering betekent, zou de juiste vraag voor dit commentaar ons inziens dan ook moeten luiden:

Helpt de "New View" de therapeut om de seksuele problemen van vrouwelijke cliënten zodanig te beschrijven dat inzichtelijk wordt op welk aspect ervan het best gefocust kan worden met het oog op verbetering?

De nieuwe classificatie van Tiefer probeert, in tegenstelling tot de DSM-IV een brede bio-psycho-sociale beschrijving te geven van facetten die een rol kunnen spelen bij seksuele klachten van vrouwen. Dit geeft de behandelaar handvatten voor het onderzoek naar de achtergrond en oorzaken van de onvrede en een structuur om door te dringen in de ervaring en beleving van vrouwen.

Opmerkelijk is de volgorde die Tiefer e.a. aanhouden in hun beschrijving. Deze gaat van de sociale factoren via de relationele en de psychologische naar de somatische. Een socio-psycho-biologisch model dus. Tiefer e.a. doen geen uitspraak over het gewicht van de door hen genoemde aspecten. Die zullen per geval door de behandelaar kunnen worden bepaald en afhangen van de uitkomst van verschillende hypothesen t.a.v. oorzaak van het probleem.

Een voorbeeld: Het zou kunnen dat gebrek aan informatie bij een cliënt (sociale factor) opgelost kan worden met goede voorlichting; maar als die onwetendheid samengaat met geremdheid om bepaalde verlangens te communiceren in een relatie (relationele factor), of met algemene persoonlijkheidsproblemen (psychologische factor), dan zou een hulpverlener tot een heel ander behandelaanbod kunnen besluiten.

Een punt van kritiek:

Hoewel Tiefer e.a. het belang van de relationele context voor vrouwelijke seksualiteit benadrukken, lukt het hun niet om de relationele aspecten van seksuele problematiek te beschrijven binnen een systeem waarin wederkerigheid en onderlinge beïnvloeding plaatsvinden. Zij komen niet ver

der dan "seksuele klachten als gevolg van relationele problemen; klachten van vrouwen als gevolg van onbetrouwbaar of agressief gedrag van de partner, of als gevolg van individuele remmingen van de vrouw zelf in de relatie zodat zij niet kan vorm geven wat zij eigenlijk wil.

De nadruk ligt bij hen op een lineaire- oorzaak en gevolg-relatiebeschrijving waarin de vrouw en haar seksualiteit het slachtoffer lijkt van slechte omstandigheden in de relatie en waarin de nadruk meer ligt op de gewenste "closeness" (een prettige sfeer) dan op volwassen differentiatie (Schnarch, 1997). Dit blijkt bijvoorbeeld bij 2a. (zie New View) als zij spreken van "vermijdingsgedrag als gevolg van negatieve communicatie" en in 2d "verlies van interesse ten gevolge van conflicten". De onderliggende aanname is hier, dat zonder deze relatieproblemen er geen onvrede over seks zou bestaan. Vooral door het onderzoek naar de aard van "geen zin"problemen in relaties is het steeds duidelijker geworden dat een aantal seksuele problemen inherent zijn aan normale processen die nu eenmaal in langerdurende relaties plaatsvinden. Processen die te maken hebben met de organisatie van seksualiteit in relaties (Clement, 2002).

Vrouwen hebben niet alleen behoefte aan een relatiecontext om tot seksuele ontplooiing te komen, maar zijn net zo zeer de vormgevers van die context. Door de exclusieve nadruk van de schrijfsters op de voor vrouwen zo belangrijke context, wordt hier ook nog de suggestie gewekt dat mannen niet gevoelig zouden zijn voor relationele aspecten.

Vanuit een meer Schnarchiaans perspectief (Schnarch, 1997) valt er nog wel iets op de New View af te dingen, maar vergeleken met de DSM is de nieuwe visie voor therapeuten een verbetering, zoals blijkt uit de volgende casus:

Nathalie, 28 jaar, wordt verwezen door de bekkenbodempysiotherapeut i.v.m. geen zin in seks. Vanaf de bevalling van haar 1e kind heeft ze last van ongewild urineverlies, ze voelt zich vies en te zwaar en neemt afstand van haar lichaam. Later vertelt ze dat ze verwarrende seksuele fantasieën en gevoelens heeft tijdens de borstvoeding. Ze is bang dat dit het begin is van een ontwikkeling richting pedoseksualiteit. Voor de bevalling was de goede seksuele relatie met haar man uitermate belangrijk voor beiden. Na de bevalling had ze na enkele weken heel veel zin, maar ze bleek gespannen, penetratie was pijnlijk. Sinds een jaar zijn er wat conflicten over dagelijkse zaken, en ook veel onderhuidse irritatie over en weer. Ze heeft een Surinaamse-Hindoestaanse achtergrond en is opgegroeid met de mythes dat je na het 1e kind alleen nog maar vrijt voor de volgende en dat het krijgen van kinderen je dik en onaantrekkelijk maakt. Ze merkt dat ze zichzelf in de 1e plaats als moeder ziet en pas daarna als partner. Als na enkele sessies haar man meekomt naar de therapie, wordt duidelijk hoe belangrijk het voor beide partners is dat de ander geniet van de seks. Gebeurt dat niet, dan voelt de partner die wel genoten heeft zich schuldig. Na zo'n ervaring worden er een tijd geen seksuele initiatieven meer genomen.

Met de DSM-IV komen we op As I niet veel verder dan 302.71 Seksuele stoornis met verminderd verlangen i.s.m. 302.76 Dyspareunie (of 625.8 Seksuele stoornis met verminderd verlangen bij de vrouw door ongewild urineverlies en dyspareunie). Op As II kunnen opmerkingen worden gemaakt over eventuele patronen van denken, handelen en voelen in de persoonlijkheid. Ter aanvulling, in het geval dat As I en II niet voldoende inzicht en houvast geven, kan nog informatie worden gegeven over eventuele lichamelijke bijzonderheden, over opmerkelijke sociale factoren en over het algehele niveau van functioneren van cliënte.

In de New View zouden treffers worden geregistreerd bij 1.a.iii, 1.b.i, 1.b.ii, 2.a, 2.d, 3.b en 4.b. Een uitbreiding dus van de relevante factoren, die dan nog wel gewogen zouden moeten worden en vertaald in een adequaat behandelplan.

De systemische aspecten van het geen zin probleem blijven echter ook in de New View buiten beeld. Men kan men hierbij denken aan: de organisatie van afstand en nabijheid in de relatie met de partner en de grote verandering die daarin was ontstaan door het nieuwe ouderschap.

Daarnaast aan de manier waarop beide partners deze problemen met intimiteit trachtten op te lossen, waarbij hun beider oplossing deel van het gemeenschappelijke probleem geworden was.

Conclusie

De nieuwe visie biedt ons inziens voor hulpverleners een breder, meer bio-psycho-sociaal uitgangspunt dan de DSM-IV om naar seksuele problematiek te kijken. De nieuwe classificatie kan goed gebruikt worden als een richtlijn voor de intakefase. Maar de beschrijving van Tiefer e.a. voldoet niet waar het gaat over de relationele aspecten van (vrouwelijke) seksualiteit.

Literatuur:

- Abraham, R.E. (1997). *Het ontwikkelingsprofiel; een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid*. Assen: van Gorcum.
- Clement, U. (2002). Sex in long-term relationships: A systemic approach to sexual desire problems. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 241-246.
- Schnarch, D. (1997). *Passionate Marriage*. New York: Henry Holt & Company.

Abstract

In this article, the "New View" is considered from the therapist's perspective. The view of Tiefer et al. offers greater direction when establishing the options for change than DSM-IV does, but it should be elaborated further to determine which emphasis should be made in a treatment. The authors believe that this approach could/should also apply to male subjects (patients). They take a critical attitude towards an excessively individual-oriented stance as it fails to allow for the interaction of partners in their sexual difficulties.

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 12 mei 2003.

² Drs. Marianne Emmelkamp-Keizer, psycholoog/psychotherapeut, seksuoloog NVVS, Meidoornlaan 14 7721 EZ Dalfsen; Mária I.I.P. Schopman, mw-VO, publicist, seksuoloog NVVS, Lauriergracht 82 hs 1016 RM Amsterdam; Vera Steenhart, mw-VO, relatietherapeut, seksuoloog NVVS, Nieuwendammerdijk 32 1025 LN Amsterdam.