

Seksualiteit en cultuur: verschillen in klachten tussen autochtonen en allochtonen

Niels Nieuborg, Woet Gianotten

Erasmus MC, Rotterdam

Samenvatting

In deze studie zijn de seksuele problemen van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en Nederlandse patiënten/cliënten¹ van de poliklinieken seksuologie van het Erasmus MC te Rotterdam en het Leyenburg Ziekenhuis te Den Haag geïnventariseerd op basis van de LOPS-registratie. De data van die verschillende etnische groepen zijn met elkaar vergeleken. Problemen met het seksueel verlangen bij mannen blijken een relatief kleiner deel van de klachten van de Turken en Marokkanen uit te maken dan van zowel Nederlanders als Surinamers en Antillianen (5% tegenover respectievelijk 14% en 8%, significant verschil). Problemen met het orgasme, met uitzondering van voortijdig orgasme, blijken bij Nederlanders een significant groter deel uit te maken van de problemen op de poli dan bij Turken en Marokkanen (respectievelijk 11% en 2%). Voortijdig orgasme maakt een significant groter deel uit van de gepresenteerde problemen bij Turken en Marokkanen, evenals bij Surinamers en Antillianen, dan bij de Nederlanders (resp. 39% en 35% tegenover 9%). Dyspareunie komt op de poli bij Nederlandse vrouwen vaker voor dan bij de Turkse en Marokkaanse vrouwen, evenals bij de Surinaamse en Antilliaanse vrouwen (42% versus resp. 21% en 25%). Vaginisme is bij de Turkse en Marokkaanse vrouwen het meest voorkomende probleem op de poli en komt relatief vaker voor bij deze vrouwen dan bij Nederlandse vrouwen (resp. 34% en 16%). Verder onderzoek naar de relatie tussen afkomst en seksuele problemen is nodig om meer inzicht te bieden in dit verband.

Het onderwerp “allochtonen” wordt in toeneemende mate besproken in de media, met bij voorbeeld thema’s als het slagen dan wel mislukken van het Nederlandse integratiebeleid, criminaliteit onder Marokkaanse en Antilliaanse jongeren en het al dan niet verbieden van het dragen van hoofdoeken en sluiers op scholen en universiteiten. Ook in de gezondheidszorg krijgt de multiculturele samenleving steeds meer aandacht, bijvoorbeeld in het onlangs gepubliceerde proefschrift van Harmsen getiteld “Cultuurverschillen in medische consulten. Evaluatie van verbetering in interculturele communicatie” (Harmsen, 2003). Ook in de GGZ wordt energie gestoken in de zorg voor allochtonen. Zo was er recent een pro-

ject van een Rotterdamse Riagg waarbij schizofrene patiënten van Marokkaanse afkomst tijdens hun vakantie in Marokko werden begeleid door hun eigen psychiaters om terugval te voorkomen.

Ook bij seksuologische hulpverlening vindt men regelmatig een allochtone patiënt of cliënt tegenover zich, met name in de Randstad. Dit geldt zowel voor de huisarts, gynaecoloog en uroloog als voor de seksuoloog. Vaak speelt de achtergrond van de patiënt een belangrijke rol in het tot stand komen van een klacht en in de wijze waarop deze wordt gepresenteerd. Helaas is er nauwelijks onderzoek verricht naar de seksuele problemen van allochtone patiënten in Nederland, terwijl de aanwezigheid van allochtonen ook in onze seksuologische hulpverlening duidelijk toeneemt.

Dit vormde de aanleiding tot deze studie. In het hier beschreven onderzoek zijn de gegevens van twee seksuologiepoliklinieken, namelijk die van het Erasmus MC in Rotterdam en het Leyenburg Ziekenhuis in Den Haag, gecombineerd om te kijken of er verschillen aantoonbaar zijn in de aard van de seksuologische klacht tussen autochtone Nederlanders enerzijds en in

N.N. Nieuborg, arts, Erasmus MC, Rotterdam. W.L. Gianotten, arts-psychotherapeut, seksuoloog-NVVS, Erasmus MC, Rotterdam. E: w.l.gianotten@erasmusmc.nl

Met hartelijke dank aan Mieke Poelsma en Jan Schippers van het Leyenburg Ziekenhuis voor het ter beschikking stellen van hun data.

¹ Omdat het gaat om een ziekenhuispopulatie wordt hier vooral het woord patiënt gebruikt.

Ontvangen: 13 april 2004; Geaccepteerd: 17 juni 2004.

Tabel 1. Samenstelling van de bevolking: situatie in 2003 in Nederland

Autochtoon	13.150.000	81,2%
Turkië	340.000	2,1%
Marokko	295.000	1,8%
Suriname	320.000	2,0%
Antillen	130.000	0,8%
Overig	1.955.000	12,1%
Totaal	16.190.000	100,0%

Bron: www.cbs.nl: bevolking (statline) .

Nederland wonende Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen anderzijds.

Deze 5 groepen vormen samen 87,9% van de Nederlandse bevolking (CBS, Statline). Zie tabel 1.

Methoden

Patiëntenpopulatie

Gegevens van de polikliniek seksuologie van het Leyenburg Ziekenhuis te Den Haag uit de periode januari 1993 tot en met december 2002 werden gebruikt, in totaal 1.248 patiënten. Vanwege onvolledige gegevens werden 83 patiënten buiten beschouwing gelaten en 79 patiënten werden geëxcludeerd, omdat zij niet konden worden ingedeeld in een van de drie (hier beneden genoemde) subgroepen op basis van etniciteit. De overige 1.086 patiënten werden, uitgesplitst naar geslacht (456 mannen, 630 vrouwen), onderverdeeld in drie subgroepen. Gegevens van de polikliniek seksuologie van het Erasmus MC te Rotterdam uit de periode januari 1997 tot en met oktober 2003 werden gebruikt, in totaal 666 patiënten. Wegens onvolledige gegevens werden 20 patiënten buiten beschouwing gelaten en 56 patiënten werden geëxcludeerd omdat zij niet konden worden ingedeeld in een van de drie subgroepen op basis van etniciteit. De overige 590 patiënten werden, net als de groep uit Den Haag, onderverdeeld in drie subgroepen, uitgesplitst naar geslacht (192 mannen, 398 vrouwen). Bij de indeling naar etniciteit is gekozen voor drie verschillende subgroepen, namelijk een autochtone Nederlandse groep (Ned), een groep van Turkse en Marokkaanse afkomst (Tur + Mar) en een groep van Surinaamse en Antilliaanse afkomst (Sur + Ant). Patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst zijn samengevoegd vanwege hun grotendeels gemeenschappelijke religieuze achtergrond, namelijk de Islam. Deze twee groepen blijken ook vergelijkbare onderzoeksresultaten te vertonen. Surinamers en Antillianen zijn samengevoegd uit praktische overwegingen. In de Haagse database is een onderscheid gemaakt tussen Hindostaanse en Creoolse afkomst, beide zowel Surinaams als Antilliaans, terwijl in de Rotterdamse database een onderscheid is gemaakt tussen Surina-

mers en Antillianen, ongeacht de Hindostaanse, Javane, Creoolse of andere achtergrond. Om de indeling overzichtelijk te houden en omdat we de Haagse en Rotterdamse gegevens wilden combineren tot één pool, zijn de Hindostanen en Creolen uit Den Haag gecombineerd, evenals de Surinamers en Antillianen uit Rotterdam. Deze groepen zullen we vanaf hier "Surinamers en Antillianen" noemen. Ter vergelijking volgt hier de verhouding binnen de Nederlandse bevolking: Ned = 81,2%; Tur+Mar = 3,9%; en Sur+Ant = 2,8% (zie tabel 1).

LOPS-registratie

De hoofdklacht waarmee de patiënt zich presenteert werd gecodeerd volgens de LOPS-registratie (Vroege, 1997-2003). Het LOPS (Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie), een platform van poliklinieken seksuologie in zeven academische ziekenhuizen, is in 1995 opgericht omdat er behoefte was aan een gemeenschappelijk registratie voor seksuele klachten. Later heeft ook een aantal poliklinieken seksuologie uit perifere ziekenhuizen zich aangesloten bij het LOPS. De eerste daarvan was in 1998 de polikliniek seksuologie van het Leyenburg Ziekenhuis te Den Haag.

In de LOPS-registratie is de diversiteit aan seksuele klachten onderverdeeld in negen hoofdgroepen. Deze hoofdgroepen zijn vervolgens weer opgesplitst in specifiekere omschrijvingen van de klacht (zie bijlage 1). In deze beschouwing wordt, ten behoeve van de overzichtelijkheid, alleen een onderverdeling gemaakt in hoofdgroepen. Uitzonderingen zijn bij vrouwen "dyspareunie" en "vaginisme" uit de hoofdgroep "seksuele pijnproblemen" en bij mannen "voortijdig orgasme" uit de hoofdgroep "problemen met het orgasme" vanwege het relatief frequent voorkomen ten opzichte van de andere klachten uit de desbetreffende hoofdgroepen. Op deze manier worden onterechte conclusies betreffende de prevalentie van de andere klachten uit de hoofdgroep vermeden.

Resultaten

Resultaten zijn weergegeven in tabel 2 en 3 voor respectievelijk mannen en vrouwen. Op de horizontale as staan de drie hoofdgroepen, namelijk Nederlanders (Ned), Turken en Marokkanen (Tur+Mar) en Surinamers en Antillianen (Sur+Ant) uitgezet. Op de verticale as staan de hoofdgroepen uit de LOPS-registratie weergegeven. In Tabel 2 is een aparte groep gemaakt, namelijk "voortijdig orgasme", een probleem uit de hoofdgroep "problemen met het orgasme" vanwege het veelvuldig voorkomen. Dit probleem is dan ook niet meegeteld in de rij van de desbetreffende hoofdgroep. Ditzelfde geldt voor "dyspareunie" en "va-

Tabel 2. Seksuele problemen (volgens de LOPS-registratie) bij mannen naar afkomst

LOPS-code	Problemen met	Ned			Tur + Mar			Sur + Ant		
		%	95%-BI	N	%	95%-BI	N	%	95%-BI	N
11-18	seksueel verlangen	14	12-16	67	5	0-10	4	8	2-14	7
21-28	seksuele opwinding	42	38-46	198	32	42-52	27	37	27-47	32
31,33-38	orgasme (muv 32)	11	8-14	50	2	0-5	2	8	2-14	7
32	voortijdig klaarkomen	9	6-12	45	39	29-49	33	35	25-45	30
41-48	seksuele pijn	3	1-5	16	7	2-12	6			0
50	parafilie	1	1-1	6			0			0
60	genderidentiteit	2	1-3	8	2	0-5	2	1	0-3	1
71-78	seksueel misbruik/geweld	1	1-1	5			0			0
81-88	seksuele ontevredenheid	13	10-16	60	12	5-19	10	7	2-12	6
91-98	niet primair seksuologisch	4	2-6	21	1	0-3	1	3	0-7	3
Totaal		100		476	100		85	100		86

ginisme" in tabel 3 die oorspronkelijk in de hoofdgroep "seksuele pijnproblemen" thuishoren en hier dan ook wederom niet meegeteld worden. Van links naar rechts is voor iedere afkomst respectievelijk het percentage ten opzichte van de totale groep van de betreffende afkomst, het 95%- betrouwbaarheidsinterval en het absolute aantal patiënten weergegeven. Van boven naar beneden worden de verschillende seksuele problemen volgens de LOPS-registratie weergegeven.

Mannen (zie tabel 2)

Problemen met het seksueel verlangen

Met deze klachten blijkt zich op de seksuologiepoli een relatief kleiner deel van de Turken en Marokkanen te presenteren dan zowel Nederlanders als Surinamers en Antillianen (5% tegenover respectievelijk 14% en 8%; significant verschil). Het verschil tussen Surinamers en Antillianen enerzijds en Nederlanders anderzijds is niet significant (zie tabel 1). Een mogelijke verklaring voor dit verschil ligt in de beleving van seks en de functie van seks die per cultuur kan verschillen (Boedjarat et al., 1998; van Ginniken et al., 2004). Binnen de hedendaagse Islam dient seksualiteit vooral als middel ter voortplanting en ter preventie van ontucht en overspel. Overigens heeft de Islam lange tijd het nut van seksueel genot verkondigd, getuige het "discours erotique", een interpretatie van seksualiteit die ook nu nog wordt verkondigd door sommige Moslims (van Bommel, 2003). Binnen de Creoolse en Nederlandse cultuur lijkt seksualiteit, behalve ter voortplanting, meer dan in de Islamitische cultuur ook ter genot te dienen. Het kan zijn dat deze manier van omgaan met seks de groep Nederlanders, Surinamers en Antillianen sterker aanzet tot nadenken over seks. Door die persoonlijke evaluatie van seks mag verondersteld worden dat er meer kans is op ontevredenheid over het seksueel verlangen met als gevolg een relatief groter aandeel van polibezoeken dan bij de Islamieten.

Problemen met het orgasme, met uitzondering van een voortijdig orgasme

Deze blijken bij Nederlanders een significant groter deel uit te maken van de problemen op de poli dan bij Turken en Marokkanen (respectievelijk 11% en 2%). De groep Surinamers en Antillianen verschilt niet significant ten opzichte van de andere groepen (8%). Wij hebben hier geen heldere verklaring voor.

Voortijdig orgasme

Dit maakt zowel bij Turken en Marokkanen als bij Surinamers en Antillianen een significant groter deel uit van de gepresenteerde problemen dan bij de Nederlanders (resp. 39% en 35% tegenover 9%). Voor de Surinaamse en Antilliaanse groep moet hierbij vermeld worden dat tenminste 25 van de 35 mannen (71%) van Hindostaanse afkomst zijn. Zowel voor de Hindostanen als voor de Moslims ligt misschien een verklaring in de waarde die in deze culturen wordt gehecht aan maagdelijkheid vóór het huwelijk. Hoewel onduidelijk is in hoeverre dit ook daadwerkelijk wordt gepraktiseerd, zal bij deze mannen de vóór de huwelijksnacht opgedane seksuele ervaring minder zijn dan bij Nederlanders en Creolen. Daarnaast bestaat er bij de Moslims en Hindostanen een sterker taboe op masturbatie dan bij de Nederlanders. Hierdoor zijn zij waarschijnlijk minder bekend met hun eigen lichaam en seksualiteit, zodat de controle over opwinding en orgasme ook geringer zal zijn.

Vanuit familie en partner kan ook de druk om tijdens deze nacht te presteren een rol spelen. De ontmaagding van de vrouw is erg belangrijk en moet bij een deel van de jonggehuwden ook worden aangevoeld met bloed op het laken. Tijdens de eerste nacht samen dient een adequate prestatie te worden geleverd, wat zowel voor de man als voor de vrouw een stressfactor is. Verder kan uithuwelijking, niet ongevoel bij Moslims en Hindostanen, spanning en onze-

Tabel 3. Seksuele problemen (volgens de LOPS-registratie) bij vrouwen naar afkomst

LOPS-code	Problemen met	Ned			Tur + Mar			Sur + Ant		
		%	95%-BI	N	%	95%-BI	N	%	95%-BI	N
11-18	seksueel verlangen	20	17-23	171	15	8-22	16	14	7-21	12
21-28	seksuele opwinding	3	2-4	24	3	0-6	3	7	2-12	6
31-38	orgasme	5	4-6	42	9	4-14	10	11	4-18	9
43-48	seksuele pijn (muv 41-42)	2	1-3	14	1	0-3	1	4	0-8	3
41	dyspareunie	42	39-45	348	21	14-28	23	25	16-34	21
42	vaginisme	16	14-18	132	34	25-43	36	20	11-29	17
50	parafilie	0		1			0			0
60	genderidentiteit	1	0-2	6			0	1	0-3	1
71-78	seksueel misbruik/geweld	2	1-3	17	5	1-9	5	2	0-5	2
81-88	seksuele ontevredenheid	5	4-6	38	3	0-6	3	6	1-11	5
91-98	niet primair seksuologisch	5	4-6	45	9	4-14	10	10	4-16	8
Totaal		100		838	100		107	100		84

kerheid met zich meebrengen. Een andere mogelijke verklaring voor het relatief meer voorkomen van deze klacht bij Moslims en Hindostanen is dat deze patiënten mogelijk meer dan Nederlandse mannen naar de hulpverlener worden gestuurd onder druk van de familie en vrouw. Bij hen staan voortplanting en het komende nageslacht bij seks immers vaak voorop. Wanneer conceptie niet tot stand komt, omdat de zaadlozing intravaginaal niet lukt, zal hulp worden gezocht om hier iets aan te doen. De Nederlandse of Creoolse vrouw is waarschijnlijk minder gericht op zwanger worden en meer op plezier en zij zal minder aandringen op artsbezoek. Mogelijk zoekt de beter voorgelichte vrouw de oorzaak ook eerder op het relationele of psychische terrein, wat men eerder thuis zal proberen op te lossen.

Schippers (2001) wijst in dit kader op de rol van machismo in zowel de Moslimcultuur als in de Surinaamse en Antilliaanse cultuur. Dit machogedrag leidt nogal eens tot overstimuleren waardoor vaak meerdere malen per vrijpartij wordt geëjaculeerd. Wanneer de potentie op oudere leeftijd afneemt, presenteren deze mannen zich met een erectieprobleem, terwijl er eigenlijk sprake is van premature ejaculatie. Al deze factoren spelen mogelijk een rol in het ontstaan en onderhouden van voortijdig orgasme, meer dan bij Nederlanders en Creolen het geval is.

Vrouwen (zie tabel 3)

Dyspareunie

Opvallend bij de vrouwen in deze studie is het relatief vaker voorkomen van dyspareunie bij de Nederlandse vrouwen dan bij de Turkse en Marokkaanse vrouwen en bij de Surinaamse en Antilliaanse vrouwen 42% versus resp. 21% en 25%).

Mogelijk speelt hier in de Nederlandse cultuur het recht van de vrouw op genot tijdens seks een rol, maar waarschijnlijk is een andere verklaring belangrijker. Een

aanzienlijk deel van de vrouwen met dyspareunie lijdt aan het vulvair vestibulitis syndroom (VVS). Van dit beeld wordt gezegd dat het vooral voorkomt bij jonge blanke cq Westerse vrouwen. Het is een chronische ontsteking in het voorportaal van de vagina, die vooral bij penetratie pijn veroorzaakt. In de loop van de jaren ontwikkelden wij op het Erasmus MC veel expertise rond dat syndroom en dus worden veel vrouwen met dit beeld naar ons verwezen. In een periode van 6 jaar (1998-2003) was VVS de belangrijkste diagnose bij 159 vrouwen uit de 3 hier bestudeerde bevolkingsgroepen. Hierbij was 96% (N = 152) van Nederlandse komaf, 3% (N = 5) uit Suriname en Antillen en 1% (N = 2) uit Turkije of Marokko. Bij VVS speelt organische pathologie ontegenzeggelijk een rol, maar vooralsnog is volstrekt onbekend waarom dat beeld nauwelijks voorkomt bij allochtone leeftijdsgenoten.

Vaginisme

Dit is bij de Turkse en Marokkaanse vrouwen het meest voorkomende probleem op de poli en komt relatief vaker voor bij deze vrouwen dan bij Nederlandse vrouwen (resp. 34% en 16%). Het verschil met Surinaamse en Antilliaanse vrouwen (20%) is niet significant. Mogelijk is een deel van de verklaring het verschil in masturbatie-ervaring tussen Nederlandse vrouwen enerzijds en Turkse en Marokkaanse anderzijds. Ruimere ervaring, alsmede uitgebreidere seksuele voorlichting en zelfexploratie, waarop bij Nederlanders minder vaak een taboe ligt, kunnen helpen wennen aan het eigen lichaam en ten goede komen aan het ontspannen van de bekkenbodemspieren. Mogelijk speelt ook verschil in tampongebruik een rol. De klinische ervaring is dat Islamitische vrouwen veel minder vaak tampons gebruiken vanuit de angst dat deze het maagdenvlies kunnen beschadigen. Een andere verklaring is mogelijk te vinden bij de "pijnvisie" van Reissing, Binik en Khalife (1999). Zij gaan er van uit dat vrouwen met

vaginisme vaker lijden aan een aversie of fobie voor de penis. Het is niet ondenkbaar dat Moslimvrouwen door hun geringere seksuele ervaring en voorlichting eerder een dergelijke fobische reactie zullen ontwikkelen dan andere vrouwen. Aanstaaende Islamitische bruiden worden door de familie vaak bang gemaakt voor de huwelijksnacht, waardoor er meer kans is op fobische klachten. Wij zijn ons ervan bewust deze veronderstellingen ook golden voor de autochtone Nederlanders van twee generaties geleden. De seksuele rol en opvoeding van de Nederlandse vrouwen van toen was niet zo erg verschillend van die van de Islamitische vrouwen die nu in Nederland wonen. We weten echter niet of dat toen leidde tot meer vaginisme. Volledigheidshalve dient vermeld te worden dat over de oorzaak van vaginisme geen consensus bestaat (Weijmar Schultz & van de Wiel, 2001). De bovenstaande verklaringen zijn dan ook niet meer dan veronderstellingen.

Wij vonden één artikel uit Marokko over de prevalentie van seksuele disfuncties bij vrouwen (Kadri et al., (2002). In Casablanca werd gekeken naar een representatieve groep van 728 vrouwen boven 20 jaar. In het halfjaar voorafgaand aan het onderzoek had 26.6% altijd of vaak een seksuele disfunctie. Verminderd verlangen werd het vaakst aangegeven. De prevalentie van de andere disfuncties was 'zoals dat in de internationale literatuur wordt aangegeven'. Slechts 17% van de vrouwen had ooit hulp gevraagd.

Uit deze studie blijkt dat er wat betreft afkomst, etniciteit en/of cultuur duidelijke aanwijzingen zijn voor verschillen bij de seksuele problematiek waarmee patiënten zich presenteren. Wij gaven een aantal mogelijke verklaringen gebaseerd op vermeende culturele verschillen tussen de betreffende groepen. Onze veronderstellingen zijn uitermate generaliserend van aard. Er zijn bovendien veel meer factoren dan alleen afkomst die iemands seksuele functioneren zullen bepalen, zoals leeftijd, geslacht en sociaal-economische status. Voorzichtigheid is dus geboden bij de interpretatie van deze resultaten. Verder onderzoek naar de relatie tussen afkomst van de patiënt en de seksuele problematiek waar hij of zij zich mee presenteert is nodig om meer inzicht te verkrijgen. Wij veronderstellen overigens dat dergelijk onderzoek ook steeds tekort zal schieten omdat een deel van de individuen uit allochtone groepen zich steeds meer 'aanpast' aan de Nederlandse cultuur (en waarschijnlijk ook vice versa).

Het is in ieder geval duidelijk dat ook niet-autochtone patiënten seksuele problemen hebben en dat velen, net als autochtone patiënten, gewoon geholpen willen worden. De hulpverlening dient daar op in te spelen met bij iedere patiënt weer een open benade-

ring om recht te doen aan de individuele verschillen. De diversiteit van onze patiëntenpopulatie is immers groot. Zo zagen wij in de genoemde periode op de polikliniek seksuologie van het Erasmus MC ook patiënten uit 43 andere nationaliteiten. Voor de hulpverlener is dat een enigszins moeilijke, maar vooral een zeer verrijkende ervaring.

Discussie

Seksueel gedrag, seksueel beleven en seksuele klachten zijn de resultante van een complex samengaan van factoren. Een van die factoren is cultuur en in dit onderzoek beperkten we ons tot dat aspect. We keken naar verschillen in klachten tussen Nederlanders, Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen die met een seksuologisch probleem terechtkwamen op de twee seksuologie poliklinieken uit Rotterdam en Den Haag. Wij lieten daarbij de patiënten uit andere culturen weg.

Verschillen in het voorkomen van klachten tussen verschillende etnische groeperingen kunnen niet uitsluitend verklaard worden op basis van cultuur en religie. Er zijn meerdere factoren die een invloed kunnen hebben op de gevonden verschillen zoals het medische consumptie-patroon van de patiënt, het verwijsgedrag van de huisarts en de toelatingscriteria om patiënten door te laten naar de seksuologieafdeling van het ziekenhuis. Wij hebben daarover geen informatie en hebben daarom besloten die factoren niet mee te nemen in de discussie.

Wij vergeleken ook niet met de beschikbare relevante literatuur uit/over de landen van herkomst. Bij een eenvoudige search in Pubmed-Medline vonden wij over de beschreven disfuncties slechts 2 artikelen uit Turkijë, 1 uit Marokko en geen uit Suriname of de Antillen.

Aan de patiënten is ook niet stelselmatig gevraagd naar hun visie op de oorzaak van cultureel gevonden verschillen. Verklaringen die wij daarvoor geven zijn dan ook slechts veronderstellingen achteraf, die hopelijk in de toekomst nader kunnen worden onderzocht.

Literatuur

- Boedjarat, I., Lamur, H.E., & Straver, C.J. (1998). Seksualiteit, cultuur en godsdienst. In A.K.Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors & W. Everaerd (Red.), *Leerboek Seksuologie* (pp 129-152). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Harmesen, H. (2003). *Cultuurverschillen in medische consulten. Evaluatie van verbetering in interculturele communicatie*. Academisch proefschrift, Rotterdam: Erasmus MC.

www.cbs.nl: bevolking (statline).

- Kadri, N., McHichi Alami, K.H., & McHakra Tahiri, S. (2002). Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. *Archives of Women's Mental Health*, 5, 59-63.
- Reissing, E.D., Binik, Y.M., & Khalife, S. (1999). Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 261-274.
- Schippers, J. (2001). De seksuele klachten van een groep Turkse en Marokkaanse mannen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 25, 26-33.
- van Bommel, A. (2003). *Islam, liefde en seksualiteit*. Amsterdam: Bulaaq.
- van Ginniken, B., Ohlrichs, Y., & van Dam, A. (2004). *Zwijgen is zonde. Over seksuele vorming van multiculturele en religieuze jongeren*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Vroege, J.A. (1997-2003). *LOPS-registratie*. Utrecht: Rutgers-Nisso Groep.
- Weijmar Schultz, W., & van de Wiel, H. (2001). Vaginisme. Een eenvoudige individuele gedragstherapie. In M.W. Hengeveld & A. Brewaeys (Red.), *Behandelingsstrategieën bij seksuele disfuncties* (pag.144-148). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Abstract

Sex and culture: Differences in problem presentation between autochthonous and non-autochthonous patients

In this study, the sexual problems of Turkish, Moroccan, Surinam, Dutch Antillean and Dutch patients of the sexology outpatient clinics of the Erasmus MC in Rotterdam and the Leyenburg Hospital in The Hague have been studied using the LOPS-registration and compared to each other and to sexology patients of Dutch descent. Problems regarding sexual desire appear to make up a relatively smaller part of the complaints in Turkish and Moroccan men compared to Dutch, Surinam and Antillean men (5% vs. 14% and 8%, significant difference). Problems with orgasm, with the exception of premature ejaculation, represent a significantly larger part of complaints in Dutch men compared to Turkish and Moroccan men (11% vs. 2%). Premature ejaculation makes up a significant larger part of problems presented by both Turkish & Moroccan men and Surinam and Antillean men, compared to the Dutch (respectively 39%, 35% and 9%). Dyspareunia prevails among Dutch women in the outpatient clinic compared to Turkish and Moroccan woman, as is the case with Surinam and Antillean women (42% vs. 21% and 25%). Vaginismus is the most prevalent problem in Turkish and Moroccan women en is more often reported compared to Dutch women (34% vs. 16%). More research regarding the relationship between descent and sexual problems is necessary to provide more insight into this connection.

Bijlage 1

LOPS-registratie

Problemen met het seksueel verlangen

- 11 Verminderd seksueel verlangen
- 12 Seksuele aversie
- 13 Overmatig seksueel verlangen
- 18 Ander probleem met het seksueel verlangen

Problemen met de seksuele opwinding

- 21 Probleem met de subjectieve seksuele opwinding
- 22 Erectie- / lubricatieprobleem
- 28 Ander probleem met de seksuele opwinding

Problemen met het orgasme

- 31 Orgasmeprobleem
- 32 Voortijdig orgasme
- 33 Anhedonisch orgasme
- 34 Ejaculatieprobleem
- 38 Ander probleem met het orgasme

Seksuele-pijnproblemen

- 41 Dyspareunie
- 42 Vaginisme
- 43 Pijn in andere lichaamsdelen
- 44 Verminderde gevoeligheid geslachtsdelen
- 48 Ander seksuele-pijnprobleem

Parafilie 50

Genderidentiteitsprobleem 60

Seksueel misbruik / seksueel geweld

- 71 Problematiek van de dader
- 72 Problematiek van het slachtoffer
- 78 Ander seksueel misbruik / seksueel geweldprobleem

Seksuele ontevredenheid

- 81 Over frequentie seksueel contact met partner
- 82 Over aard seksueel contact met partner
- 83 Over seksueel contact met derde(n)
- 84 Over de eigen seksuele oriëntatie
- 85 Over het eigen uiterlijk
- 86 Over het ontbreken van een partner
- 88 Andere seksuele ontevredenheid

Problemen die niet-primair seksuologisch zijn

- 91 Relatieprobleem
- 92 Psychiatrisch / psychologisch probleem
- 93 Fertiliteitprobleem
- 94 Gynaecologisch probleem
- 95 Urologisch probleem
- 98 Ander niet-primair seksuologisch probleem