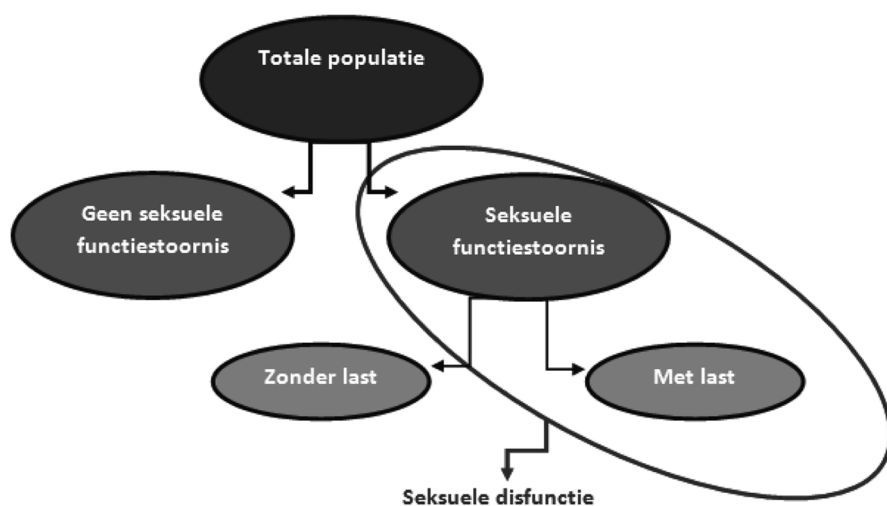


Hoofdstuk 4

Seksuele disfuncties

Lies Hendrickx en Paul Enzlin

Wereldwijd wordt de benadering van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* om seksuele disfuncties te definiëren als standaard voorgesteld. Volgens de meest recente versie, de DSM-IV-TR (2000), is een seksuele disfunctie een verstoring in het seksueel functioneren die bovendien door de persoon als een probleem wordt ervaren. Verder mag die verstoring in het seksueel functioneren niet te wijten zijn aan een andere mentale en/of fysieke aandoening.



Figuur 1. Onderscheid seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie.

Hoewel het meten van seksuele disfuncties volgens de benadering van de DSM dus fundamenteel twee criteria veronderstelt, m.n. een stoornis in het seksueel functioneren én last ten gevolge van die seksuele functiestoornis (zie Figuur 1), werd het lastcriterium in de meeste internationale populatiestudies niet opgenomen. Dat impliceert dat in veel studies enkel naar het voorkomen van seksuele functiestoornissen wordt gepeild. Onderzoek uit Nederland (Kedde, 2012), Engeland (Mercer et al., 2003), Zweden (Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 1999) en Amerika (Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994) wees uit dat ongeveer 23-41% van de mannen en 40-54% van de vrouwen minstens één DSM-gerelateerde **seksuele functiestoornis** rapporteerde. In Frankrijk (Levinson, 2008) rapporteerden respondenten beduidend lagere cijfers voor seksuele stoornissen (12% voor vrouwen en 9%

voor mannen⁸⁰), al stijgt dit cijfer als minder strenge criteria worden gehanteerd (53% van de mannen en 52% van de vrouwen⁸¹). Tot op vandaag zijn er nog geen eenduidige prevalentiecijfers voor specifieke seksuele functiestoornissen uit populatiestudies beschikbaar. Afhankelijk van de gehanteerde definitie, de meetperiode (bijvoorbeeld de laatste vier weken, de laatste zes maanden, het laatste jaar), het type antwoordcategorieën (dichotoom of Likerttype), worden in het voorkomen van seksuele functiestoornissen grote verschillen gevonden. Tabel 1 toont een overzicht van de prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen uit verschillende populatiestudies. Vanwege die grote variatie aan prevalentiecijfers moeten ze dan ook met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Maar ondanks de gevonden verschillen zijn er toch ook enkele consistente bevindingen herkenbaar. Uit deze onderzoeken blijkt immers dat: a) vrouwen meer seksuele functiestoornissen rapporteren dan mannen, b) bij vrouwen een verminderd verlangen, orgasmestoornissen en lubricatiestoornissen het vaakst voorkomen, en c) bij mannen een verminderd verlangen, premature ejaculatie en erectiestoornissen het vaakst voorkomen (zie Tabel 1, p. 197).

In slechts enkele populatiestudies werd ook rekening gehouden met het lastcriterium, op basis waarvan er ook prevalentiecijfers voor **seksuele disfuncties** beschikbaar zijn (zie Tabel 2). Enkel een populatiestudie bij Nederlandse mannen en vrouwen (Kedde, 2012), een populatieonderzoek bij Amerikaanse vrouwen (Shifren, Monz, Russo, Segreti & Johannes, 2008) en een populatiestudie bij Deense mannen en vrouwen (Christensen et al., 2011) gaven een algemeen cijfer voor het voorkomen van seksuele disfuncties. Deze studies vonden dat zowel bij vrouwen (11-27%) als bij mannen (11-19%) seksuele disfuncties veel minder vaak voorkomen dan seksuele functiestoornissen. Met andere woorden, niet iedereen met een seksuele functiestoornis ervaart dit ook als een probleem of heeft er last van. Prevalentie cijfers over specifieke DSM-gerelateerde disfuncties zijn dus beperkt beschikbaar en vertonen evenzeer een grote variatie (zie Tabel 2, p. 198).

De resultaten van onderzoek naar **leeftijdsgebonden prevalentiecijfers** van seksuele functiestoornissen zijn meestal inconsistent, behalve voor wat erectiestoornissen en lubricatiestoornissen betreft. Uit het beschikbare internationale onderzoek blijkt dat genitale opwindingsstoornissen met het ouder worden toenemen, meer bepaald vooral vanaf 50 jaar een hoge vlucht nemen. Voor alle andere seksuele functiestoornissen geldt dat het verband met de leeftijd nog onduidelijk is. Bij mannen vindt onderzoek bijvoorbeeld soms wel een verband van leeftijd met verminderd seksueel verlangen, maar in ander onderzoek dan weer niet. Hetzelfde geldt voor orgasmestoornissen (voor een review, zie Fugl-Meyer et al., 2010). Hoewel lang werd verondersteld dat premature ejaculatie vooral bij jonge, onervaren mannen zou voorkomen, kunnen de meest recente populatiestudies geen verband met leeftijd

80. Gebaseerd op respondenten die aangeven in de afgelopen 12 maanden 'vaak' een seksuele functiestoornis te hebben ervaren.

81. Gebaseerd op respondenten die aangeven in de afgelopen 12 maanden 'soms' of 'vaak' een seksuele functiestoornis te hebben ervaren.

aantonen (voor een review, zie Carson & Gunn, 2006). Van dyspareunie bij mannen wordt evenmin verondersteld dat het verband zou houden met leeftijd, maar dat is ook moeilijk vast te stellen, aangezien bij mannen pijn bij het vrijen slechts zelden voorkomt (voor een review, zie Fugl-Meyer et al., 2010). Voor vrouwen suggereren de meeste studies dat een verminderd seksueel verlangen zou toenemen met de leeftijd, maar andere studies vonden dan weer geen verband met leeftijd (voor reviews, zie Hayes & Dennerstein, 2005; Fugl-Meyer et al., 2010). Voor orgasmestoornissen zijn de resultaten helemaal inconsistent: soms vindt men geen verband met leeftijd, soms is er een toename met de leeftijd en soms is er een afname met leeftijd (voor een review, zie Hayes & Dennerstein, 2005; Fugl-Meyer et al., 2010). De bevindingen over dyspareunie bij vrouwen zijn even inconsistent, waarbij sommige studies een daling na de leeftijd van 30 vaststellen, terwijl andere eerder een stijging vanaf 50 jaar vaststellen (voor een review, zie Fugl-Meyer et al., 2010). Een mogelijke verklaring voor deze inconsistenties in de resultaten van onderzoek naar het verband met leeftijd is dat er in verschillende onderzoeken diverse leeftijdsranges en leeftijdsgroepen werden opgenomen. In veel studies worden respondenten jonger dan 35 niet bevraagd en/of worden te brede leeftijdscohorten gebruikt om een duidelijk verband met leeftijd te vinden (bijvoorbeeld 30-44, 46-59, 60-74) (Hayes & Dennerstein, 2005).

Aangezien het aantal populatiestudies dat ook het lastcriterium bevraagt, relatief beperkt is, zijn er slechts weinig leeftijdgerelateerde prevalentiecijfers van seksuele disfuncties beschikbaar. Uit onderzoek blijkt niettemin dat de last die iemand ten gevolge van een seksuele functiestoornis ervaart, mogelijk daalt met de leeftijd (Hayes et al., 2007). Uit de eerder genoemde studies uit Tabel 2 hebben enkel de Nederlandse (Kedde, 2012) en Deense studie (Christensen et al., 2011) leeftijdsgerelateerde prevalentiecijfers van seksuele disfuncties beschreven. De Amerikaanse studie van Shifren et al. (2008) rapporteerde alleen leeftijdsgerelateerde cijfers voor vrouwen. Wat mannen betreft, vonden deze studies dat erectiele disfunctie toeneemt met de leeftijd. Orgasmedisfuncties bleken meer prevalent te zijn bij jonge mannen en mannen ouder dan 40 jaar in de Deense studie, terwijl men in Nederland geen verband met leeftijd vond. De seksuele disfunctie premature ejaculatie kwam in Nederland vooral bij jongere mannen voor (15-39 jaar), terwijl men in Denemarken dan weer geen verband met leeftijd vond. Dyspareunia kwam zowel in het Nederlandse als in het Deense onderzoek meer bij jonge mannen voor (15-24 jaar). Wat vrouwelijke seksuele disfuncties betreft, stelde het Nederlandse onderzoek vast dat een verlaagd seksueel verlangen vaker door vrouwen tussen 25 en 39 jaar werd gerapporteerd, terwijl het Amerikaanse onderzoek dan weer de hoogste cijfers bij vrouwen tussen 45 en 64 jaar vond (deze studie bevatte ook maar drie leeftijdsgroepen: 18-44, 45-64, 65+). Lubricatiedisfuncties kwamen in zowel Nederland als Denemarken opvallend minder voor bij vrouwen van 30 tot 40 à 50 jaar. In Amerika kwamen lubricatiedisfuncties het meest voor bij vrouwen van de leeftijd 45 tot 64, gevolgd door 18-44 en het minst bij vrouwen ouder dan 65. Orgasmedisfuncties daalden zowel in Nederland als in Denemarken in functie van

de leeftijd en kwamen vooral voor bij vrouwen jonger dan 30 jaar. In Amerika vond men echter dat orgasmedisfuncties het meest werden gerapporteerd bij vrouwen van 45 tot 64, gevolgd door vrouwen van 18 tot 44 en vrouwen boven 65 jaar. Dyspareunie, ten slotte, werd zowel in Nederland als in Denemarken het meest gerapporteerd door vrouwen jonger dan 30 jaar.

Tabel 1. Prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen in internationaal populatieonderzoek.

Land	Auteur en jaar	Mannelijke seksuele functiestoornissen					
		Seksuele aversie	Verlaagd verlangen	Erectie	Geen of traag orgasme	Premature ejaculatie	Dyspareunie
Nederland	Kedde, 2012	4.7	3.9	9.6	5.6	18.2	0.7
Frankrijk ^a	Levinson, 2008	-	1.9	2.5	-	6.5	-
Verenigd Koninkrijk	Mercer et al., 2003	-	17.1	5.8	5.3	11.7	1.7
Denemarken ^b	Christensen et al., 2011	-	-	7	4	10	0
Zweden	Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 1999	-	16	5	2	9	1
Noorwegen	Traen & Stigum, 2010	-	11-13	9	3-7	26-27	2
Australië	Richters et al., 2003	-	24.9	9.5	6.3	23.8	2.4
V.S.A.	Laumann et al., 1994	-	15.8	10.4	8.3	28.5	3
Land	Auteur en jaar	Vrouwelijke seksuele functiestoornissen					
		Seksuele aversie	Verlaagd verlangen	Lubrificatie	Geen of traag orgasme	Dyspareunie	Vaginisme
Nederland	Kedde, 2012	4.5	3	11.9	11.2	4.9	4.7
Frankrijk ^a	Levinson, 2008	-	6.8	-	7.3	2	-
Verenigd Koninkrijk	Mercer et al., 2003	-	40.6	9.2	14.4	11.8	-
Denemarken ^b	Christensen et al., 2011	-	-	11	15	4	0
Zweden	Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 1999	-	33	12	22	6	1
Noorwegen	Traen & Stigum, 2010	-	37-42	19-21	23-26	9	-
Australië	Richters et al., 2003	-	54.8	23.9	28.6	20.3	-
V.S.A.	Laumann et al., 1994	-	33.4	18.	24.1	14.4	-
V.S.A.	Shifren et al., 2008	-	38.7	26.1	20.5	-	-

a. Seksuele disfunctie geeft respondenten weer die 'someten' een seksuele functiestoornis ervoeren in de afgelopen 12 maanden.

b. Seksuele disfunctie geeft respondenten weer die 'often' of 'every time' een seksuele functiestoornis ervoeren tijdens seks met een partner in de afgelopen 12 maanden.

Tabel 2. Prevalentiecijfers van seksuele disfuncties in internationaal populatieonderzoek.

Land	Auteur en jaar	Mannelijke seksuele disfuncties					
		Seksuele aversie	Verlaagd verlangen	Erectie	Geen of traag orgasme	Premature ejaculatie	Dyspareunie
Nederland	Kedde, 2012	2.4	0.5	7.8	3.1	10	0.7
Frankrijk ^a	Levinson, 2008	-	1	1.6	-	3	-
Zweden	Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 1999	-	6	3.4	1.1	4.4	(0.6)
Denemarken ^b	Christensen et al., 2011	-	-	5	2	7	0.1

Land	Auteur en jaar	Vrouwelijke seksuele disfuncties					
		Seksuele aversie	Verlaagd verlangen	Lubrificatie	Geen of traag orgasme	Dyspareunie	Vaginisme
Nederland	Kedde, 2012	4.5	3	11.9	11.2	4.9	4.7
Frankrijk ^a	Levinson, 2008	-	4.1	-	4.6	1.4	-
Zweden	Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 1999	-	14.2	7.5	9.9	4.1	(0.9)
Denemarken ^b	Christensen et al., 2011	-	-	7	6	3	0.4
V.S.A.	Shifren et al., 2008	-	9.5	5.1	4.6	-	-

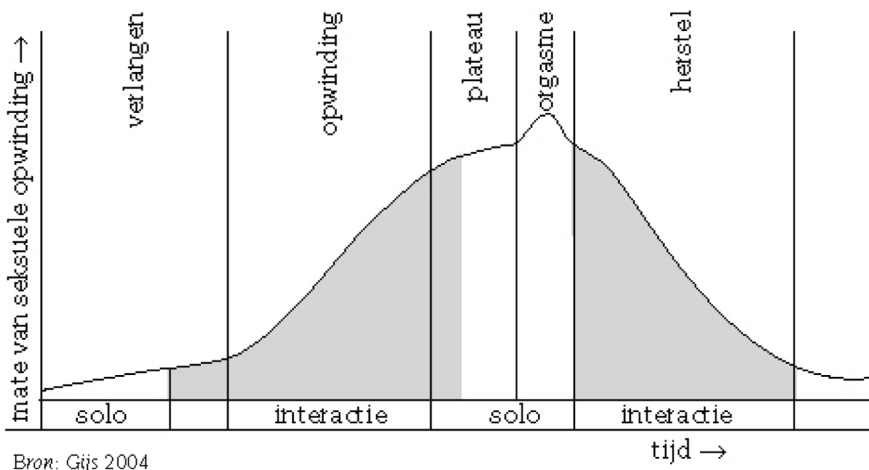
a. Seksuele disfunctie geeft respondenten weer die 'souvent' een seksuele functiestoornis ervoeren in de afgelopen 12 maanden en die dit als een probleem ervaren voor zichzelf, partner of beiden.

b. Seksuele disfunctie geeft respondenten weer die 'often' of 'every time' een seksuele functiestoornis ervoeren tijdens seks met een partner in de afgelopen 12 maanden en die dit als een probleem beschouwen.

() Percentages die werden berekend op een groep met minder dan 50 cases tussen haakjes geplaatst, zie ook 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, p. 35.

1. Wat zijn seksuele disfuncties?

Om van een seksuele disfunctie te spreken, moet er volgens DSM-IV-TR (2000) om te beginnen sprake zijn van een ‘verstoorde seksuele functie’ of ‘seksuele functiestoornis’. Volgens Masters en Johnson (1970) en Kaplan (1979) kan het seksueel functioneren worden beschreven aan de hand van verschillende fases die elkaar opvolgen. Deze beschrijving van het seksueel functioneren aan de hand van deze opeenvolgende fasen wordt ook wel de seksuele responscyclus genoemd. De seksuele responscyclus omvat een fase van verlangen, opwinding, plateau, orgasme en herstel (zie Figuur 2).



Figuur 2. De seksuele responscyclus.

Het seksueel functioneren kan in elk van deze fasen op verschillende manieren worden verstoord. In Tabel 3 staat een overzicht van de definities van verschillende seksuele functiestoornissen die in de DSM-IV-TR worden beschreven. Onze studie vraagt niet alleen naar seksuele disfuncties uit DSM, maar ook naar seksuele disfuncties die een aanvulling vormen op die van DSM. Deze aanvullende disfuncties zijn gebaseerd op kritische bemerkingen vanuit het seksuologische werkveld (Basson et al., 2000; Basson, 2002; IJff, 2010) en worden in Tabel 3 aangeduid met een asterisk (*).

Tabel 3. Omschrijving van verschillende functiestoornissen.

SEKSUELE FUNCTIESTOORNIS	OMSCHRIJVING
Seksuele aversiestoornis	♦ Aanhoudende of terugkerende extreme aversie voor en vermindering van (bijna) elk genitaal seksueel contact met de genitalieën van de partner.
Seksuele stoornis met verminderd seksueel verlangen (HSDD)	♦ Aanhoudend of terugkerend gebrek aan seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit.
Seksuele stoornis met verminderd responsief verlangen*	♦ Aanhoudend of terugkerend gebrek aan verlangen naar seksuele activiteit/moeite om zin te krijgen in seks wanneer de partner initiatief neemt tot seks.*
Seksuele stoornis met verhoogd seksueel verlangen*	♦ Aanhoudend of terugkerend teveel aan seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit.*
(Fysieke) opwindingsstoornis:	
♦ Lubricatie (vrouw)	♦ Aanhoudend of terugkerend onvermogen om de adequate lubricatie-zwelling respons (d.w.z. vochtig worden en opzwellen van de vagina) van seksuele opwinding te krijgen of in stand te houden tot het einde van de seksuele activiteit.
♦ Erectie (man)	♦ Aanhoudend of terugkerend onvermogen om de adequate erectie te krijgen of in stand te houden tot het einde van de seksuele activiteit.
(Subjectieve) opwindingsstoornis*	♦ Aanhoudend of terugkerend gebrek aan het gevoel opgewonden te zijn.*
Orgasmestoornis	♦ Aanhoudende of terugkerende vertraging, of ontbreken van een orgasme volgend op een fase met een normale opwinding.
Voortijdige ejaculatie	♦ Aanhoudende of terugkerende ejaculatie na minimale seksuele stimulatie voor, tijdens of kort na de penetratie en eerder dan de man het wil.
Snel orgasme (vrouw)*	♦ Orgasme na minimale seksuele stimulatie en eerder dan de vrouw het wil.*
Retrograde ejaculatie*	♦ Het optreden van een orgasmegevoel bij de man, zonder ejaculatie.*
Verminderde kracht van ejaculatie*	♦ Het optreden van een orgasmegevoel en een ejaculatie bij de man, maar de kracht van de ejaculatie is minder (dan voordien).*
Dyspareunie	♦ Terugkerende of aanhoudende genitale pijn samenhangend met de geslachtsgemeenschap bij man of vrouw.
Vaginisme	♦ Terugkerende of aanhoudende onwillekeurige spasme van de spieren die het buitenste derde deel van de vagina omgeven, waardoor geslachtsgemeenschap wordt belemmerd of onmogelijk is.

* Functiestoornissen niet beschreven in DSM-IV-TR, maar vanuit wetenschappelijke overwegingen wel opgenomen in de Sexpert-studie.

In onze studie maken we een onderscheid tussen een seksuele functiestoornis en een seksuele disfunctie. Bij een seksuele functiestoornis is het seksueel functioneren in één van de fases verstoord. Om van een **seksuele disfunctie** te spreken, is het echter niet voldoende om een seksuele functiestoornis te ervaren. Een extra vereiste is dat de persoon zijn/haar seksuele functiestoornis ook lastig vindt of als een probleem

ervaart (zie ook Figuur 1). Uit internationaal onderzoek blijkt immers dat een verstoorde seksuele functie niet altijd als lastig wordt ervaren (bijvoorbeeld: Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 1999). Om die reden vinden we het belangrijk om bij het beschrijven van prevalentiecijfers een onderscheid te maken tussen de prevalentie van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties (d.i. seksuele functieproblemen die als een probleem worden ervaren). In het kader van deze studie vroegen we de respondenten dan ook niet alleen naar hun seksuele functiestoornissen, maar vroegen we ook of ze daar last van hadden. Omdat seks iets is dat meestal in een interpersoonlijke context vorm en/of betekenis krijgt, hebben we ervoor gekozen om de ‘lastvraag’ in drie vragen op te delen: a) of de persoon de verstoorde seksuele functie zelf als een probleem ervaart en – indien hij/zij een partner heeft – b) of de partner de verstoorde seksuele functie als een probleem ervaart, en c) of de verstoorde seksuele functie een probleem vormt voor de relatie. Elke lastvraag wordt gescoord op een driepuntenschaal (geen of lichte last – duidelijk last – extreme last). Wanneer respondenten geen partner hebben, krijgen ze enkel de vraag over persoonlijke last. Indien de respondent dan aangeeft minstens duidelijk (persoonlijke) last te hebben van de seksuele functiestoornis, stelt onze studie dat er een probleemervaring is. Respondenten met een partner kregen de drie lastvragen (persoonlijk, partner, relatie). Voor deze respondenten geldt dat we van ‘een probleemervaring’ spreken wanneer er minstens op twee van de drie lastvragen wordt geoordeeld dat er ‘duidelijk’ last is.

In dit hoofdstuk presenteren we de prevalentie van verschillende seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties in de actieve populatie uit de Sexpert-steekproef, om zo een idee te vormen van het voorkomen van seksuele disfuncties. Hierbij richten we ons op vijf grote vragen: 1) hoeveel respondenten ervaren dat hun seksuele functie verstoord is en hoeveel van die respondenten hebben daar last van, 2) komen bepaalde seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties vaker voor in bepaalde leeftijdsgroepen, 3) hoe lang houden seksuele problemen aan, 4) vermijden de respondenten uit onze studie seks vanwege seksuele problemen, en ten slotte 5) hoeveel respondenten met een seksueel probleem hebben professionele hulp gezocht?

2. Voorkomen van seksuele disfuncties

In dit luik gaan we na hoe vaak de seksueel actieve respondenten in onze studie seksuele functiestoornissen rapporteren en hoe vaak ze een seksuele disfunctie rapporteren. We geven aparte cijfers weer voor mannen en vrouwen, en gaan na welke leeftijdsgroepen relatief vaker met seksuele functieproblemen en met seksuele disfuncties worden geconfronteerd.

2.1. Prevalentie van seksuele functieproblemen en seksuele disfuncties

De onderstaande prevalentiecijfers worden berekend op de *seksueel actieve* populatie. Respondenten die nog nooit seks hadden en respondenten die de laatste zes maanden geen seks meer hadden, werden in deze analyses dus niet opgenomen. Het merendeel van deze respondenten werd niet opgenomen omdat ze de vragen over seksuele disfuncties niet moesten invullen (d.w.z.: respondenten die nog nooit seksueel contact hebben gehad en respondenten die de laatste zes maanden geen seks meer hadden en hiervoor niet als reden ‘een seksueel probleem’ of ‘geen zin meer in seks’ opgaven). Als we deze respondenten toch in de analyses zouden meenemen en zouden veronderstellen dat ze geen seksueel functieprobleem of seksuele disfunctie hebben, zou dat tot een onderschatting van de prevalentiecijfers kunnen leiden. Respondenten die de laatste zes maanden geen seks hadden vanwege ‘een seksueel probleem’ of ‘geen zin meer in seks’, moesten de vragen over seksuele problemen wel invullen, maar werden toch uit de analyses geweerd om de vergelijkbaarheid met internationaal onderzoek te waarborgen. In deze studies zijn prevalentiecijfers immers meestal op de seksueel actieve populatie gebaseerd. Aangezien de seksueel inactieve respondenten niet in de analyses werden meegenomen, moeten we de gevonden prevalentiecijfers met enige voorzichtigheid interpreteren en duidelijk stellen dat ze waarschijnlijk een overschatting zijn van het voorkomen van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties in de hele populatie.

Figuren 3 en 4 tonen hoe vaak seksueel actieve mannen en de vrouwen uit onze studie seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties rapporteren. Een overzicht van de exacte prevalentiecijfers is te vinden in Tabel I in de bijlage. Uit onze gegevens blijkt dat de seksuele functie van deze Vlamingen relatief vaak is verstoord: 34.8% van alle mannen en 43.2% van alle vrouwen rapporteren minstens één **seksuele functiestoornis**. Dit cijfer daalt echter sterk wanneer we ook de last meenemen (d.w.z. de cijfers voor **seksuele disfuncties**): 12.1% van alle mannen en 22.0% van alle vrouwen geven aan minstens één seksuele disfunctie te hebben.

Uit deze algemene cijfers blijkt dat vrouwen significant vaker dan mannen met een verstoorde seksuele functie⁸² en seksuele disfunctie⁸³ worden geconfronteerd. Bovendien kunnen we uit deze cijfers ook afleiden dat, wanneer de respondenten uit onze studie een verstoorde seksuele functie rapporteren, vrouwen daar vaker dan mannen last van ervaren: 37.3% van de mannen en 51.3% van de vrouwen met minstens één seksuele functiestoornis ervaren de seksuele functiestoornissen tevens als een probleem.⁸⁴

Uit Figuur 3 en Figuur 4 (en Tabel I in bijlage) kunnen we afleiden dat de meeste **seksuele functiestoornissen** vaker door vrouwen dan door mannen worden gerap-

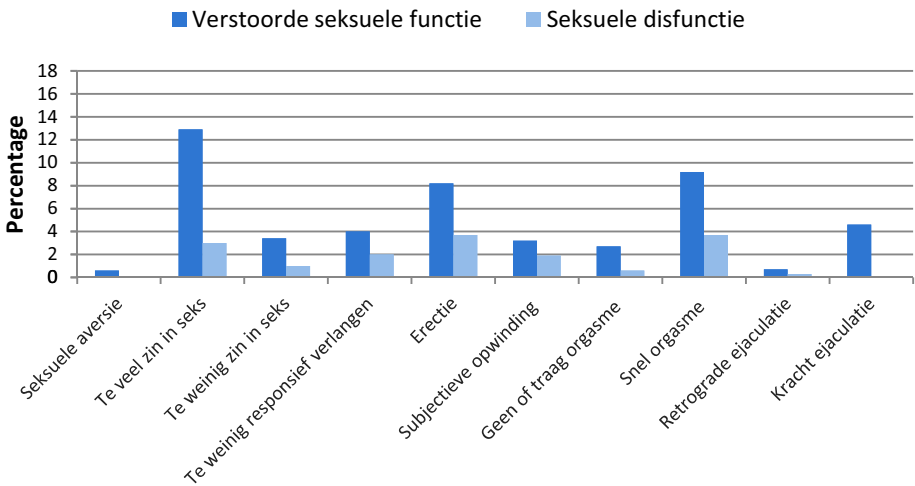
82. Chi-square Test (Bonferroni Method) 9.887; $p < .01$.

83. Chi-square Test (Bonferroni Method) 23.377; $p < .001$.

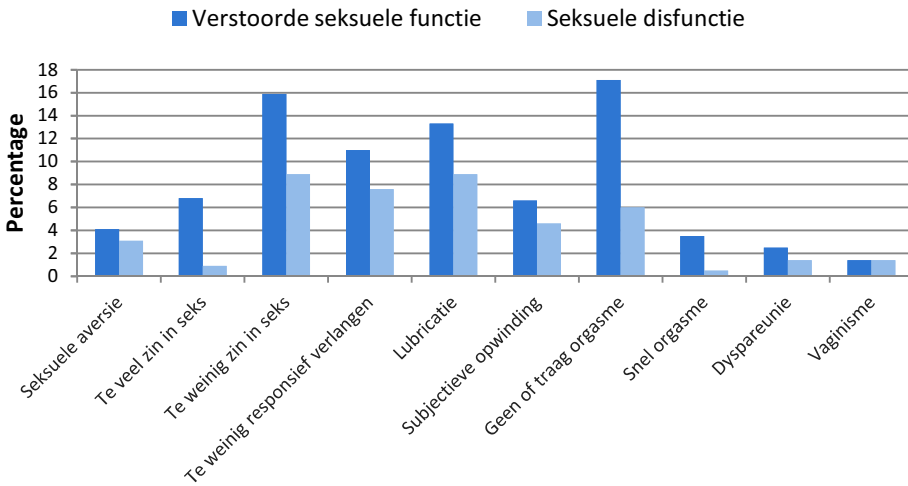
84. Chi-square Test (Bonferroni Method) 9.641; $p < .01$.

porteed. Alleen ‘te veel zin in seks’ en ‘te snel orgasme’ komen vaker voor bij mannen. Bij mannen komen ‘te veel zin in seks’ (12.9%), ‘premature ejaculatie’ (9.2%), en ‘erectiestoornissen’ (7.8%) het meest voor. Bij vrouwen komen de volgende functiestoornissen het vaakst voor: ‘geen of traag orgasme’ (17.1%), ‘te weinig spontane zin in seks’ (15.9%), ‘te weinig lubricatie’ (13.3%), en ‘te weinig responsief verlangen’ (11.0%).

De cijfers van de **seksuele disfuncties** liggen zowel bij mannen als bij vrouwen veel lager dan die van de seksuele functiestoornissen (zie Figuur 3, Figuur 4 en Tabel I in bijlage). Dit betekent en bevestigt dat niet alle respondenten die een verstoorde seksuele functie ervaren, hier ook last van hebben. Net zoals bij de functiestoornissen worden vrijwel alle seksuele disfuncties vaker door vrouwen dan door mannen gerapporteerd, met uitzondering van de seksuele disfuncties ‘te veel zin in seks’ en ‘te snel orgasme’, die vaker bij mannen voorkomen. De meest voorkomende seksuele disfuncties bij mannen zijn erectiedisfuncties en premature ejaculatie (beide 3.7%) en de disfunctie ‘te veel zin in seks’ (3%). Bij vrouwen komen de volgende seksuele disfuncties het vaakst voor: ‘lubricatiedisfunctie’ en ‘te weinig spontaan seksueel verlangen’ (beide 8.9%), gevolgd door ‘te weinig responsief seksueel verlangen’ (7.6%) en ‘geen of traag orgasme-disfunctie’ (6.0%). Opvallend hierbij is dat zowel bij mannen als bij vrouwen de volgorde van de meest voorkomende seksuele disfuncties verschilt van die van de seksuele functiestoornissen, wat erop wijst dat sommige functiestoornissen relatief vaker als lastig worden ervaren dan andere.



Figuur 3. Prevalentiecijfers van verstoorde seksuele functie en seksuele disfunctie bij de seksueel actieve mannelijke respondenten.



Figuur 4. Prevalentiecijfers van verstoorde seksuele functie en seksuele disfunctie bij de seksueel actieve vrouwelijke respondenten.

2.2. Prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties opgesplitst naar leeftijdsgroep

In de volgende paragrafen spitsen we ons toe op seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties met betrekking tot seksueel verlangen, seksuele opwinding, orgasme en pijn.

2.2.1. Prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties bij mannen, opgesplitst naar leeftijdsgroep

De meeste **seksuele functieproblemen** die de mannelijke respondenten uit onze studie rapporteren, hangen samen met de leeftijdsgroep waartoe de man behoort. Tabel 4 toont dat alle functiestoornissen (met uitzondering van te weinig responsief verlangen en snel orgasme) een verband hebben met de leeftijd. Globaal gezien kunnen we stellen dat de meeste functiestoornissen toenemen met de leeftijd, met uitzondering van 'te veel zin in seks', dat het meest voorkomt bij jongere mannen (min-18-jarigen en dertigers). Te weinig responsief verlangen en snel orgasme vertonen geen significant verband met leeftijd.

Als we naar de **seksuele disfuncties** kijken die de mannelijke respondenten uit onze studie ervaren, zien we dat het verband met de leeftijd wijzigt. Alleen 'erectiele disfunctie' hangt samen met de leeftijdsgroep waartoe de man behoort. Erectiedisfuncties stijgen duidelijk met de leeftijd – vooral vanaf 50 jaar – en komen bij de oudste groep dan ook het vaakst voor.

Tabel 4. Seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties bij mannen uit verschillende leeftijdsgroepen.

	-18j	18-29j	30-39j	40-49j	50-64j	65+
	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
Verlangen						
Te veel zin in seks**	(21.7%)	15.6%	21.5%	8.2%	9.2%	6.8%
+ last	(4.2%)	5.0%	3.0%	3.2%	2.5%	0%
Te weinig spontane zin in seks*	(4.2%)	1.4%	1.5%	2.5%	7.3%	5.3%
+ last	(0%)	0%	1.5%	1.3%	1.2%	0%
Te weinig responsief verlangen ^a	(0%)	1.8%	2.6%	3.3%	4.5%	9.3%
+ last	(0%)	1.8%	1.7%	0.7%	1.3%	0%
Opwinding						
Fysieke opwinding ^{b***}	(0%)	0.7%	2.2%	2.5%	11%	41.3%
+ last ***	(0%)	0%	2.2%	1.3%	5.5%	16%
Subjectief gevoel van opwinding**	(0%)	1.4%	3%	1.9%	2.5%	12%
+ last	(0%)	0%	2.2%	1.9%	2.4%	5.3%
Orgasme						
Geen of traag orgasme*	(0%)	2.1%	2.2%	1.3%	1.8%	10.7%
+ last	(0%)	0%	0.7%	0.6%	0%	2.7%
Snel orgasme	(8.7%)	7.1%	11.2%	11.4%	9.8%	2.7%
+ last	(4.2%)	3.5%	4.5%	5.7%	1.8%	2.7%
Minstens één van bovenstaande						
Verstoorde seksuele functie**	(33.3%)	26.8%	35.6%	25.3%	29.4%	50.7%
+ last	(8.3%)	8.5%	11.9%	13.9%	11.0%	16.0%
<i>N</i>	24	142	135	158	163	75

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

- De cijfers van responsief verlangen werden berekend op de totale mannelijke populatie die een (vaste) partner had op het moment van de bevraging ($N=13$ voor -18j, $N=110$ voor 18-29j, $N=117$ voor 30-39j, $N=150$ voor 40-49j, $N=154$ voor 50-64j, $N=75$ voor 65+).
- Fysieke opwinding wordt hier gedefinieerd als 'het niet komen tot erectie en/of onvoldoende lang behouden van de erectie'.
- () Percentages die werden berekend op een groep met minder dan 50 cases worden tussen haakjes geplaatst, zie ook 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, p. 35.

2.2.2. Prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties bij vrouwen, opgesplitst naar leeftijdsgroep

Wanneer we het voorkomen van **seksuele functiestoornissen** bij de vrouwelijke respondenten uit onze studie bestuderen, zien we dat alleen fysieke opwindingsstoornissen een significant verband vertonen met de leeftijd (zie Tabel 5). Lubricatiestoornissen komen vaker voor bij de twee oudste leeftijdsgroepen (50- tot 64-jarigen en 65-plussers). Dit kunnen we verklaren omdat bij vrouwen gemiddeld rond 53 jaar de menopauze inzet. Indien vrouwen rond deze periode geen oestrogenen gebruiken (hormonale substitutie), kan de menopauze negatieve gevolgen hebben

voor het vaginaal vochtig worden tijdens seksuele activiteit. Alle andere seksuele functiestoornissen tonen geen significant verband met de leeftijd.

Ook voor wat **seksuele disfuncties** betreft, vinden we enkel bij fysieke opwindingsdisfuncties een significant verband met leeftijd: ze komen voornamelijk voor bij 50- tot 64-jarige vrouwen.

Tabel 5. Seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties bij vrouwen uit verschillende leeftijdsgroepen.

	-18j	18-29j	30-39j	40-49j	50-64j	65+
	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
Verlangen						
Te veel zin in seks	(12.5%)	6.5%	10.3%	6.7%	4.7%	(0%)
+ last	(0%)	1.9%	0%	1.5%	0.7%	(0%)
Te weinig spontane zin in seks	(8.3%)	14.9%	19.7%	17.9%	15.4%	(10.2%)
+ last	(8.3%)	7.8%	13.4%	12.0%	4.7%	(4.0%)
Te weinig responsief verlangen ^a	(5.6%)	10.2%	12.5%	11.0%	12.6%	(8.3%)
+ last	(0%)	7.9%	11.7%	7.9%	7.7%	(2.1%)
Opwinding						
Fysieke opwinding ^{b***}	(8.3%)	7.8%	6.3%	8.2%	27.5%	(24.0%)
+ last***	(8.3%)	3.9%	3.9%	5.2%	20.8%	(10.2%)
Subjectief gevoel van opwinding	(0%)	3.9%	7.9%	6.7%	6.7%	(14.0%)
+ last	(0%)	2.6%	7.1%	6.0%	5.4%	(0%)
Orgasme						
Geen of traag orgasme	(20.0%)	18.8%	10.2%	15.7%	20.9%	(22.0%)
+ last	(12.0%)	5.8%	6.3%	5.2%	4.7%	(8.2%)
Snel orgasme	(8.3%)	1.3%	2.4%	6.0%	3.4%	(6.0%)
+ last	(0%)	0%	0%	0%	0.7%	(2.0%)
Pijnproblemen						
Dyspareunie	(8.3%)	2.6%	1.6%	1.5%	4.7%	(0%)
+ last	(4.2%)	1.9%	0.8%	0.7%	2.0%	(0%)
Vaginisme	(0%)	0.7%	1.6%	0.7%	3.4%	(0%)
+ last	(0%)	0.7%	16%	0.7%	3.4%	(0%)
Minstens één van bovenstaande						
Verstoorde seksuele functie	(50.0%)	40.3%	42.5%	38.8%	49.0%	(36.7%)
+ last	(29.2%)	19.5%	20.6%	18.0%	28.2%	(20.4%)
N	24	154	127	134	149	49

- De cijfers van responsief verlangen werden berekend op de totale vrouwelijke populatie die een (vaste) partner had op het moment van de bevraging ($N=18$ voor -18j, $N=127$ voor 18-29j, $N=120$ voor 30-39j, $N=127$ voor 40-49j, $N=143$ voor 50-64j, $N=48$ voor 65+).
 - Fysieke opwinding wordt hier gedefinieerd als 'vagina wordt niet vochtig en/of blijft onvoldoende lang vochtig'.
- () Percentages die werden berekend op een groep met minder dan 50 cases worden tussen haakjes geplaatst. Zie 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, 'Kleine aantallen', p. 35.

2.3. Duur van de seksuele disfunctie

Als we het voorkomen van seksuele disfuncties nagaan, is het tevens belangrijk om stil te staan bij de duur van de seksuele disfunctie. Het is namelijk zo dat de criteria voor een diagnose van seksuele disfunctie in DSM-IV-TR een *aanhoudende* verstoorde seksuele functie (en last) vereisen. Hoewel de huidige classificatie van seksuele disfuncties in DSM-IV-TR niet concreet vermeldt hoe lang een seksuele disfunctie exact aanwezig moet zijn, ziet het er naar uit dat de toekomstige versie van de DSM (DSM-5) wel in een specifiek duurcriterium zal voorzien. De voorlopig vooropgestelde diagnostische criteria vermelden dat in de toekomst een seksuele disfunctie minstens zes maanden aanwezig moet zijn om de diagnose van een ‘seksuele disfunctie’ te kunnen stellen. Om die reden geeft Tabel 6 (p. 208) weer hoeveel mensen met een seksuele disfunctie al minstens zes maanden last hebben van hun seksuele disfunctie. Voor de volledigheid zijn ook de cijfers opgenomen van het percentage respondenten dat al langer dan zes maanden een seksuele functiestoornis heeft.

Let wel, sommige seksuele disfuncties komen zo zelden voor (bijvoorbeeld ‘te veel zin’ bij vrouwen), dat de percentages met veel omzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Om die reden staan de percentages die werden berekend op een groep met minder dan 50 cases, tussen haakjes.⁸⁵

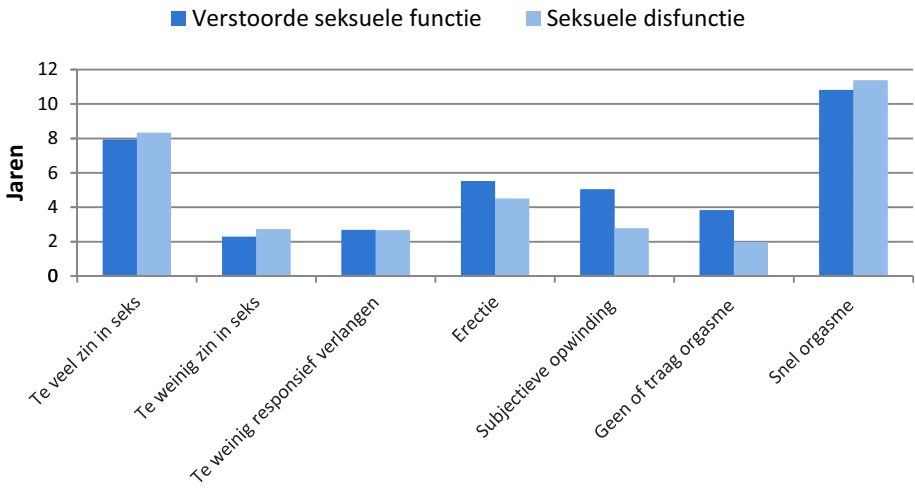
Figuur 5 en Figuur 6 p. 208) geven voor respectievelijk mannen en vrouwen weer hoe lang de seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties gemiddeld duren. Bij mannen blijkt er weinig verschil te zijn in de gemiddelde duur van de meeste seksuele functiestoornissen enerzijds en seksuele disfuncties anderzijds. Enkel bij ‘tekort aan subjectieve opwindings’ en ‘geen of traag orgasme’ zien we dat de seksuele disfuncties minder lang aanhouden dan de seksuele functiestoornissen. Een verklaring hiervoor hebben we momenteel niet. Ook bij vrouwen is er weinig verschil tussen de duur van verstoorde seksuele functie en seksuele disfunctie. Een uitzondering hierop is het voorkomen van snel orgasme, waarbij de seksuele disfunctie opvallend langer aanhoudt (ongeveer drie jaar langer) dan de verstoorde seksuele functie. Er zijn twee mogelijke verklaringen voor dit verschil: 1) slechts drie vrouwen ervaren de seksuele disfunctie ‘snel orgasme’, waardoor de gemiddelde duurtijd een vertekend beeld kan geven, 2) alleen als het snel orgasme zeer lang aanhoudt, wordt het geleidelijk een probleem voor de vrouw, temeer omdat haar partner met het ouder worden net meer tijd nodig heeft om seks tot een goed einde te brengen (zie leeftijdsgebondenheid van bijvoorbeeld fysieke opwindingsstoornissen en -disfuncties bij mannen en vrouwen).

85. Zie ‘Achtergrond van de studie’, paragraaf 5.3, ‘Kleine aantallen’, p. 35.

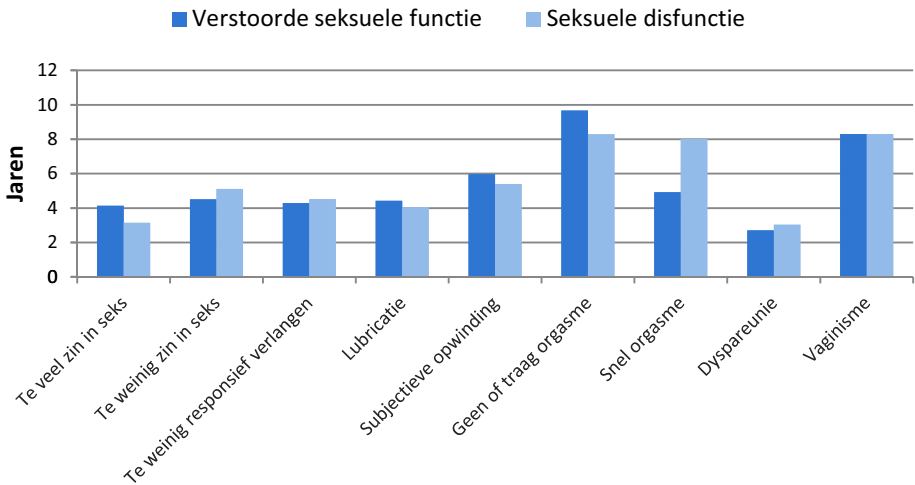
Tabel 6. Aanhoudende seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie.

		SEKSUELE FUNCTIESTOORNIS		+ LAST ^a	
		Man	Vrouw	Man	Vrouw
		Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
Verlangen					
Te veel zin in seks	< 6 maanden	43.3%	(37.2%)	(19.0%)	(33.3%)
	≥ 6 maanden	56.7%	(62.8%)	(81.0%)	(66.7%)
	<i>N</i>	90	43	21	6
Te weinig zin in seks	< 6 maanden	(41.7%)	11.9%	(57.1%)	10.5%
	≥ 6 maanden	(58.3%)	88.1%	(42.9%)	89.5%
	<i>N</i>	24	101	7	57
Te weinig responsief verlangen	< 6 maanden	(32.0%)	14.1%	(12.5%)	(13.0%)
	≥ 6 maanden	(68.0%)	85.9%	(87.5%)	(87.0%)
	<i>N</i>	25	64	8	46
Opwinding					
Fysieke opwinding komt/blijft niet ^b	< 6 maanden	7.0%	9.4%	(4.0%)	5.3%
	≥ 6 maanden	93.0%	90.6%	(96.0%)	94.7%
	<i>N</i>	57	85	25	57
Subjectieve opwinding	< 6 maanden	(17.4%)	(11.9%)	(7.7%)	(17.2%)
	≥ 6 maanden	(82.6%)	(88.1%)	(92.3%)	(82.8%)
	<i>N</i>	23	42	13	29
Orgasme					
Geen of traag orgasme ^c	< 6 maanden	(26.3%)	6.4%	(0%)	(10.5%)
	≥ 6 maanden	(73.7%)	93.6%	(100%)	(89.5%)
	<i>N</i>	19	109	4	38
Snel orgasme	< 6 maanden	17.2%	(50.0%)	(7.4%)	(0%)
	≥ 6 maanden	82.8%	(50.0%)	(92.6%)	(100%)
	<i>N</i>	64	22	27	3
Pijn					
Dyspareunie	< 6 maanden	/	(25.0%)	/	(11.1%)
	≥ 6 maanden	/	(75.0%)	/	(88.9%)
	<i>N</i>	/	16	/	9
Vaginisme	< 6 maanden	-	(0%)	-	(0%)
	≥ 6 maanden	-	(100%)	-	(100%)
	<i>N</i>	-	9	-	9

- a. Een seksuele functiestoornis die als lastig / als een probleem wordt ervaren, wordt ook een seksuele disfunctie genoemd.
- b. Fysieke opwinding komt niet / blijft niet wordt voor de mannen gedefinieerd als 'het niet komen tot erectie en/of onvoldoende lang behouden van de erectie', voor de vrouwen als 'het niet vochtig worden en/of onvoldoende lang vochtig blijven van de vagina'.
- c. Geen of traag orgasme wordt hier gedefinieerd als 'moeite om tot orgasme te komen en/of te traag tot orgasme komen'.
- () Percentages die werden berekend op een groep met minder dan 50 cases worden tussen haakjes geplaatst. Deze kunnen mogelijk een vertekend beeld geven. Zie 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, 'Kleine aantallen', p. 35.



Figuur 5. Duur seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie bij seksueel actieve Vlaamse mannen.



Figuur 6. Duur seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie bij seksueel actieve Vlaamse vrouwen.

2.4. Vermijden van seks

Meer vrouwen dan mannen geven aan seks te vermijden vanwege een seksuele functiestoornis. Toch toont Tabel 7 dat veruit de meeste mannen en vrouwen met een functiestoornis seks nooit vermijden (83.8% van de mannen en 64.3% van de vrouwen). Respondenten met een seksuele disfunctie vermijden seks vaker dan respondenten met een verstoorde seksuele functie. Verder geven meer mannen dan vrou-

wen met een seksuele disfunctie aan nog nooit seks te hebben vermeden vanwege de seksuele disfunctie.

Hoewel de meeste respondenten met een verstoorde seksuele functie of met een seksuele disfunctie rapporteren seks niet te vermijden, geeft toch ongeveer 6% van de mannen en ruim 10% van de vrouwen met een verstoorde seksuele functie aan seks vaak tot altijd te vermijden. Dit aantal stijgt tot 13% bij de mannen met een seksuele disfunctie en tot 19% bij de vrouwen met een seksuele disfunctie. Wanneer we de mannen onderling vergelijken, zien we dat mannen met een seksuele disfunctie significant vaker rapporteren seks te vermijden in vergelijking met mannen die alleen een verstoorde seksuele functie ervaren. Hetzelfde geldt voor de Vlaamse vrouwen.

Tabel 7. Mannelijke respondent vermijdt seks met de (vaste) partner o.w.v. seksueel probleem.

	VERSTOORDE SEKSUELE FUNCTIE		+ LAST	
	Mannen ^{a,c}	Vrouwen ^{a,d}	Mannen ^{b,c}	Vrouwen ^{b,d}
Nooit	83.8%	64.3%	70.2%	48.1%
Eenmalig	3.8%	10.6%	3.6%	11.1%
Meerdere malen	6.7%	14.4%	13.1%	21.5%
Vaak	4.2%	9.1%	8.3%	16.3%
Bijna altijd of altijd	1.7%	1.5%	4.8%	3.0%
<i>N</i>	240	263	84	135

a. $\chi^2(4)=26.26; p<.001$

b. $\chi^2(4)=12.98; p<.05$

c. $\chi^2(4)=23.65; p<.001$

d. $\chi^2(4)=40.18; p<.001$

Aan alle respondenten met een seksuele functiestoornis (ongeacht de last die ze erbij ervaren) werd ook gevraagd of ze dachten dat hun partner seks vermeed vanwege het seksuele probleem van de respondent. In Tabel 8 geven we de antwoorden weer. Algemeen kunnen we zeggen dat respondenten aangeven dat hun partner minder vaak seks vermijdt dan dat ze zelf seks vermijden. Mensen met een seksuele disfunctie denken dat hun partner vaker seks vermijdt dan mensen met een verstoorde seksuele functie. Het geslacht van de partner blijkt geen verband te houden met het vermijden van seks door een persoon met een seksuele functiestoornis. Ook wanneer de respondent een seksuele disfunctie heeft, is er geen significant verschil tussen het vermijden van seks door mannelijke en vrouwelijke partners.

Tabel 8. (Vaste) partner vermijdt seks met de respondent o.w.v. seksueel probleem.

	VERSTOORDE SEKSUELE FUNCTIE		+ LAST	
	Mannelijke partner	Vrouwelijke partner	Mannelijke partner	Vrouwelijke partner
Nooit	82.1%	77.1%	74.7%	68.4%
Enmalig	4.8%	7.3%	6.3%	8.8%
Meerdere malen	6.1%	9.5%	8.9%	13.2%
Vaak	7.0%	5.3%	10.1%	8.1%
Bijna altijd of altijd	0%	0.8%	0%	1.5%
<i>N</i>	229	262	79	136

2.5. Hulp gezocht voor verstoorde seksuele functie en seksuele disfunctie

Aan alle mannen en vrouwen met minstens één verstoorde seksuele functie werd gevraagd of ze ooit al contact hadden met een professionele hulpverlener (arts, seksuoloog, psycholoog, ...) voor hun seksuele functieprobleem. Veruit de meeste mannen en vrouwen gaven aan dat ze dit nog nooit hadden gedaan (zie Tabel 9). Mannen en vrouwen blijken even vaak (g)een hulpverlener te hebben gecontacteerd. Mensen met een **seksuele disfunctie** zoeken vaker professionele hulp (11.4% van de mannen en 19.3% van de vrouwen met een seksuele disfunctie) dan mensen met een seksuele functiestoornis, al is dit verschil is niet significant. Ook mannen en vrouwen verschillen niet van elkaar met betrekking tot het zoeken van hulp.

Samengevat kunnen we stellen dat ongeveer 85% van de mensen met een verstoorde seksuele functie nog nooit contact had met een hulpverlener. Meer opmerkelijk is dat nagenoeg hetzelfde percentage geen contact zoekt met een hulpverlener, zelfs niet wanneer men de verstoorde seksuele functie als een probleem ervaart. Waarom deze respondenten niet de stap naar de hulpverlening zetten, is niet duidelijk. Mogelijk weten mensen niet bij wie ze terecht kunnen, denken ze dat hun probleem normaal is, of speelt een schaamtegevoel het niet zoeken naar hulp in de hand. Praten over seks – en zeker over persoonlijke seksuele problemen – is moeilijk en het blijft een onderwerp dat met veel taboe is omhuld. Waarschijnlijk contacteren mensen pas een hulpverlener als de seksuele disfunctie steeds meer last (voor henzelf, de partner of de relatie) veroorzaakt en/of langer aansleept.

Tabel 9. Contact met hulpverlener.

	VERSTOORDE SEKSUELE FUNCTIE		+ LAST	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
neen	89.6%	83.6%	88.1%	80.7%
ja	10.4%	16.4%	11.9%	19.3%
<i>N</i>	240	275	84	140

Het is opvallend dat mannen en vrouwen niet verschillen in de mate waarin ze contact nemen met een hulpverlener. Vrouwen rapporteren immers meer seksuele functiestoornissen en rapporteren eveneens er ook vaker last van te hebben. Een mogelijke verklaring voor deze vaststelling is misschien te vinden in de medicalisering van de behandeling van erectiestoornissen, waardoor deze mannen dit probleem toch met een arts bespreken. Voor vrouwen bestaat zulk een laagdrempelige, eenvoudige oplossing (nog) niet. Gesteld dat een relatief groot deel van de mannen met een erectiestoornis contact zoekt met een hulpverlener, dan zou dit eventuele geslachtsverschillen in het zoeken van hulp (wat we verwachten op basis van de verschillende prevalenties in disfuncties tussen mannen en vrouwen) kunnen vertekenen. Daarom doen we dezelfde analyse zonder de mannen die aangaven orale medicatie voor een erectiedisfunctie (Viagra/Cialis/Levitra) te gebruiken. Slechts 17 mannen – van alle seksueel actieve mannen uit de Sexpert-studie – rapporteerden echter het gebruik van een dergelijk middel, onder wie 7/57 mannen met een erectiestoornis en 3/26 mannen met een erectiedisfunctie. De overige mannen hadden geen erectiestoornis en/of erectiedisfunctie (meer). Wanneer deze groep mannen uit de analyses wordt geweerd, blijkt dat vrouwen inderdaad vaker dan mannen een hulpverlener opzoeken wanneer ze een seksuele functiestoornis ervaren. Mannen en vrouwen met een seksuele disfunctie (dus wanneer ze ook last ervaren) nemen even vaak contact met een hulpverlener.

3. Besluit

- ♦ Seksuele functiestoornissen komen relatief vaak voor (35% mannen en 43% vrouwen rapporteren minstens één seksuele functiestoornis), maar slechts een deel van de respondenten ervaart daarvan ook last (ongeveer 12% mannen en 22% vrouwen rapporteert minstens één seksuele disfunctie). Deze cijfers komen overeen met wat in internationale literatuur wordt gevonden.
- ♦ Vrouwen rapporteren vaker seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties dan mannen.
- ♦ De meest voorkomende functiestoornissen en seksuele disfuncties bij vrouwen zijn orgasmestoornissen, stoornissen in het verlaagd seksueel verlangen en lubricatiestoornissen. Bij mannen zijn vooral een teveel aan seksueel verlangen, premature ejaculatie en erectiestoornissen prevalent.
- ♦ Een vergelijking van prevalentiecijfers van specifieke seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties uit Sexpert met internationale prevalentiecijfers (zie Tabellen 1 en 2) is moeilijk: vaak variëren de prevalentiecijfers van seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties erg. In welke mate de verschillen te wijten zijn aan methodologische verschillen tussen de studies, of we hier kunnen spreken van ‘echte’, culturele verschillen, is moeilijk te achterhalen. Toch vallen bepaalde zaken op wat seksuele functiestoornissen betreft:

- zowel mannen als vrouwen uit het Sexpert-onderzoek rapporteren de seksuele functiestoornis ‘te weinig seksueel verlangen’ relatief weinig in vergelijking met de meeste internationale studies;
- het prevalentiecijfer uit het Sexpert-onderzoek voor erectiestoornis komt overeen met wat in internationaal onderzoek wordt gevonden, het prevalentiecijfer voor lubricatiestoornissen komt overeen met wat wordt gevonden in Nederland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken;
- geen of een traag orgasme komt eerder weinig voor bij mannen, wat in overeenstemming is met internationaal onderzoek; het prevalentiecijfer van ‘geen of traag orgasme’ bij vrouwen komt ruwweg overeen met wat internationaal wordt gevonden;
- premature ejaculatie komt ongeveer even vaak voor als in onderzoek uit Frankrijk, Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken;
- pijn bij het vrijen is eerder zeldzaam bij mannen en pijn bij het vrijen bij vrouwen wordt in het Sexpert-onderzoek relatief weinig gerapporteerd in vergelijking met internationale studies.

Voor seksuele disfuncties zijn het aantal studies erg beperkt, al lijken de gevonden resultaten in Sexpert redelijk in lijn met de beperkt voorhanden zijnde studies.

- ♦ ‘Nieuwe’ seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties zoals ‘te veel seksueel verlangen’ en ‘verminderde kracht van ejaculatie’ bij mannen en ‘te weinig responsief verlangen’ en ‘te weinig subjectieve opwindings’ komen relatief vaak voor. Ze verdienen dan ook meer aandacht in zowel toekomstig onderzoek als in de klinische praktijk.
- ♦ Seksuele functiestoornissen en seksuele disfuncties die verbonden zijn met de lichamelijke effecten van het verouderingsproces (erectie en lubricatie) zijn duidelijk verbonden met leeftijd. Zoals in de internationale literatuur wordt gevonden, komen ook in Sexpert erectiestoornissen meer voor naarmate mannen ouder worden en geven vrouwen aan dat lubricatiestoornissen vaker voorkomen vanaf de leeftijd van 50 jaar.
- ♦ Voor de meeste seksuele disfuncties geldt dat ze ongeveer even lang aanhouden als seksuele functieproblemen. In beide gevallen valt op dat mensen vaak al verschillende jaren het seksuele probleem ervaren.
- ♦ Ondanks het ervaren van een seksuele functiestoornis of zelfs een seksuele disfunctie rapporteert slechts een minderheid van deze respondenten vaak of altijd seksuele activiteit te vermijden.
- ♦ Een minderheid van de respondenten met een seksuele functiestoornis zoekt professionele hulp. Zelfs wanneer een seksueel functieprobleem als een probleem wordt ervaren (seksuele disfunctie), zoekt slechts een minderheid van de respondenten professionele hulp.

4. Bijlage

Tabel I. Prevalentie seksuele functiestoornis en seksuele disfunctie op de seksueel actieve populatie.

	SEKSUELE FUNCTIESTOORNIS ^a			+ LAST ^b		
	Man	Vrouw	Populatie	Man	Vrouw	Populatie
	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
Verlangen						
Seksuele aversie	0.6%*	4.1%*	2.3%	0.1%**	3.1%**	1.6%
Te veel zin in seks	12.9%*	6.8%*	10.0%	3.0%**	0.9%**	2.0%
Te weinig spontane zin in seks	3.4%*	15.9%*	9.4%	1.0%**	8.9%**	4.8%
Te weinig responsief verlangen ^c	4.0%*	11.0%*	7.4%	2.0%**	7.6%**	4.8%
Opwinding						
Fysieke opwinding komt niet ^d	3.4%*	9.4%*	9.4%	1.9%**	6.8%**	4.2%
Fysieke opwinding blijft niet ^d	6.9%	9.9%	8.3%	2.9%**	6.2%**	4.4%
Fysieke opwinding komt/blijft niet ^d	8.2%*	13.3%*	10.7%	3.7%**	8.9%**	6.2%
Subjectief gevoel van opwinding	3.2%*	6.6%*	4.8%	1.9%**	4.6%**	3.2%
Orgasme						
Geen orgasme	1.4%*	6.6%*	4.8%	0%**	3.8%**	1.8%
Traag orgasme	1.3%*	6.1%*	3.6%	0.6%**	2.2%**	1.4%
Geen of traag orgasme	2.7%*	17.1%*	9.6%	0.6%**	6.0%**	3.2%
Snel orgasme	9.2%*	3.5%*	6.5%	3.7%**	0.5%**	2.2%
Retrograde ejaculatie	0.7%	-	-	0.3%	-	-
Minder krachtige ejaculatie	4.6%	-	-	0.1%	-	-
Pijnproblemen						
Dyspareunie	/ ^e	2.5%	/ ^e	/ ^e	1.4%	/ ^e
Vaginisme	-	1.4%	-	-	1.4%	-
Minstens een van bovenstaande	34.8%*	43.2%*	38.8%	12.1%**	22.0%**	16.8%
<i>N</i>	<i>696</i>	<i>637</i>	<i>1333</i>	<i>696</i>	<i>637</i>	<i>1333</i>

* Er is een significant verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het voorkomen van de verstoring van seksuele functie in kwestie.

** Er is een significant verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het voorkomen van de seksuele disfunctie in kwestie.

- Een seksuele functiestoornis is een duidelijke of extreme verstoring in het seksuele functioneren.
 - Een seksuele functiestoornis die als lastig/ als een probleem wordt ervaren, wordt ook een seksuele disfunctie genoemd.
 - Deze cijfers werden berekend op de populatie die een (vaste) partner heeft ($N=1201$; N mannen= 620 , N vrouwen= 581).
 - Onder fysieke opwinding bij mannen wordt 'erectie' verstaan, bij vrouwen gaat het 'om het vochtig worden van de vagina'.
 - Wegens een technisch probleem kon geen data genereren van dyspareunie bij mannen. Er zijn dus geen prevalentiecijfers van dyspareunie bij mannen en geen van dyspareunie bij de totale populatie.
- () Percentages die werden berekend op een groep met minder dan 50 cases tussen haakjes geplaatst. Zie 'Achtergrond van de studie', paragraaf 5.3, 'Kleine aantallen', p. 35.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- Basson R., Berman, J., Burnett, A., DeRogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I., ... & Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definition and classification. *The Journal of Urology*, 163, 888-893.
- Basson, R. (2002). Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow? *The Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 289-300.
- Carson, C. & Gunn, K. (2006). Premature ejaculation: definition and prevalence. *International Journal of Impotence Research*, 16, S5-S13.
- Christensen, B.S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B.V., Graugaard, C. & Frisch, M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 121-132.
- Fugl-Meyer, A.R. & Fulg-Meyer, K. (1999). Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scandinavian Journal of Sexology*, 2, 79-105.
- Fugl-Meyer, K., Lewis, R.W., Corona, G., Hayes, R.D., Laumann, E.O., Moreira, E.D., Rellini, A.H. & Seagraves, T. (2010). Definitions, classification, and epidemiology of sexual dysfunction. In F. Montorsi, R. Basson, G. Adaikan, E. Becher, A. Clayton, F. Giuliano, S. Khoury & I. Sharlip (eds.), *Sexual Medicine: Sexual dysfunctions in men and women. 3rd International consultation on sexual medicine, edition 2010* (pp. 41-117). Paris: Health Publications.
- Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I. & Weijnenborg, P. (2004). *Seksuologie*. GA Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hayes, R.D., Dennerstein, L., Bennett, C.M., Koochaki, P.E., Leiblum, S.R. & Graziottin, A. (2007). Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and Sterility*, 87, 107-112.
- Hayes, R.D. & Dennerstein, L. (2005). The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population-based studies. *The Journal of Sexual Medicine*, 2, 317-330.
- Ijff, M. (2010) *Sexcounseling. Handleiding voor seksuologische hulpverlening*. Assen: Van Gorcum.
- Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of Sexual Desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 98-108.
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. & Michaels, S. (1994). Sex, health and happiness. In E.O. Laumann, J.H. Gagnon, R.T. Michael & S. Michaels (eds.), *The social*

organisation of sexuality: Sexual practices in the United States (pp. 351-375). Chicago: The University Chicago Press.

- Levinson, S. (2008). Les difficultés de la fonction sexuelle: Contextes, déterminants et significations. In N. Bajos & M. Bozon (eds.), *Enquête sur la sexualité en France* (pp. 485-508). Paris: Éditions La Découverte.
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Mercer, C.H., Fenton, K.A., Johnson, A.M., Wellings, K., Macdowall, W., McManus, S., Nanchahal, K. & Erens, B. (2003). Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ*, 327, 426-427.
- Richters, J., Grulich, A.E., de Visser, R.O. & Rissel, C.E. (2003). Sex in Australia: Sexual difficulties in a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27, 164-170.
- 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 & Gynecology*, 112, 970-978.
- Træen, B. & Stigum, H. (2010). Sexual problems in 18-67-year-old Norwegians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 445-456.
- Wijsen, C. & de Haas, S. (2012). Seksuele gezondheid in Nederland 2011: achtergronden en samenstelling van een representatieve steekproef voor een populatieonderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 83-86.