

## CONGRES VAN DE INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF WOMEN'S SEXUAL HEALTH<sup>1</sup>

(ISSWSH, Vancouver, 9-13 oktober 2002)

**Willibrord Weijmar Schultz, Woet Gianotten &  
Jacques van Lankveld<sup>2</sup>**

De International Society for the Study of Women's Sexual Health is nog een jonge organisatie. Toch slaagde ISSWSH (uitgesproken als "iswijs") er in om voor haar derde meerdaagse congres zo'n 300 onderzoekers en therapeuten te verzamelen. De locatie, Vancouver aan de Canadese westkust, maakte deelname voor Nederlandse, Vlaamse en andere Europese belangstellenden enigszins moeilijk. Toch waagden negen Nederlandstaligen de oversteek, en de meesten leverden ook een eigen bijdrage. Er zijn duidelijk parallellen tussen het ISSWSH-congres en dat van de ISSIR (International Society for Sexual and Impotence Research). Het laatste is vooral gericht op mannelijke seksuele problemen. De ISSWSH richt zich met een breed seksuologiecongres vooral op het vrouwelijke deel van de mensheid. Daarbij lijkt, al dan niet met opzet, de seksuologie en seksuologische problematiek gedefinieerd te worden als een individuele zaak. Opvallend is ook hier de sterk voelbare en proefbare aanwezigheid van de farmaceutische industrie. Een aanzienlijk deel van de, in podiumpresentaties en posters naar voren gebrachte, onderzoeken konden (alleen?) plaats vinden dankzij sponsoring door deze bedrijfstak. Het aantal als congresdeelnemer ingeschreven vertegenwoordigers van die bedrijven bedroeg zelfs zo'n 15% van alle aanwezigen. Prettig deed wel de openheid aan, waarmee duidelijk werd wie er wel of niet meer of minder innige banden met sponsors had, en welke studies dankzij sponsoring door de farmaceutische industrie waren uitgevoerd en welke niet.

### **Proseksuele medicijnen**

De zoektocht naar proseksuele medicijnen voor vrouwen gaat onverminderd voort. Als je maar genoeg onderzoeken lanceert, zal alleen al op grond van toeval één op de zoveel onderzoeken significante resultaten opleveren. De totnogtoe gepubliceerde studies naar het effect van sildenafil (Viagra®) bij vrouwen vertonen steeds hetzelfde resultatenpatroon: (psycho)fysiologisch wordt versterkte vasocongestie en lubricatie gevonden, die subjectief echter niet door de vrouwen herkend wordt, en dan ook geen rol van be-

tekenis speelt bij het bepalen van de subjectieve gevoelens van seksuele opwinding. Jennifer Berman (uroloog, UCLA, Los Angeles, VS) presenteerde haar resultaten van een methodologisch goede studie (hoogste niveau van bewijsvoering in dit domein) met een gerandomiseerde, dubbelblinde, placebogecontroleerde toediening van een flexibele dosis (25-100 mg) sildenafil voor vrouwen met seksuele opwindingsstoornis. Allen waren postmenopauzaal; hetzij op natuurlijke wijze, hetzij chirurgisch. Sildenafil gaf een groter effect te zien op opwinding en orgasme (bij 15% méér vrouwen) dan placebo, vooral als er niet gelijktijdig verminderd seksueel verlangen was. Bij die laatste groep was namelijk geen vooruitgang te merken. De seksuele vooruitgang op basis van sildenafil werd gevonden bij verschillende aspecten van seks (opwinding, orgasme), en bleek onafhankelijk van het niveau van vrij testosteron in het bloed.

### **Nieuws van het androgenenfront.**

André Guay (Boston, Massachusetts) onderzocht androgenen bij premenopauzale vrouwen van 20-49 jaar. Omdat het alléén vrouwen zonder seksuele disfunctie betrof werden volgens de onderzoeker hogere androgeen waarden gevonden dan tot nu toe in deze leeftijdscategorie het geval was. De FTI (staat voor free testosteron index en is een maat voor de beschikbare hoeveelheid testosteron) daalt geleidelijk. De FTI hangt af van de spiegels van SHBG en van testosteron. Er wordt geen daling gevonden van het SHBG. De testosteronspiegel zelf daalt dus met het ouder worden. Die androgeenspiegel begint bij vrouwen volgens Guay ook op een vroegere leeftijd te dalen dan men tot nu toe aannam.

Rosemary Basson (arts, Vancouver, Canada) bevestigde dat anno 2002 het meten en geven van testosteron alleen gewenst is als er sprake is van de daarbij passende verstoorde seksuele respons: verminderde opwinding bij niet-fysieke erotische stimuli, bij niet-genitale fysieke stimuli door de vrouw zelf of door de partner, bij genitale stimuli in een adequate erotische intieme context én bij zelfstimulatie. Bij een testosterontekort hoort ook een afwezig, vertraagd, verkort of als weinig intens ervaren orgasme. De klacht 'weinig of geen zin' maar bij tijd en wijle wel 'in staat zijn tot' is niet abnormaal voor vrouwen en behoeft geen interventie met testosteron. Vooralsnog adviseert Basson alleen nog maar substitutie met testosteron in een onderzoekssetting. Verhogen van de beschikbaarheid van androgenen is ook te bereiken door oraal oestrogeen te vervangen door transdermaal oestrogeen (dat doet het SHBG dalen en mogelijk ook het ACTH), of door oestrogenen discontinu te geven of via de vagina (waardoor SHBG, LH en ACTH da-

len).

Uit de onderzoeksgroep van Goldstein (uroloog, Boston, VS) werd bericht over de effecten van androgenen op lichte depressie. Vrouwen met een seksuele disfunctie die voldeden aan hun criteria voor androgeentekort (o.m. bio-available T pre-treatment:  $1.85 \pm 1.05$  pg/ml) werden behandeld met androgenen (bio-available T post-treatment:  $3.33 \pm .96$  pg/ml). De seksuele functies gingen door die behandeling vooruit, en daarnaast verminderden ook de depressieve symptomen. Al langer is gezegd dat androgenen ook als antidepressivum werken.

### Nieuws van het VVS front (vulvaire vestibulitis syndroom).

Caroline Pukall (psycholoog, McGill University, Montreal, Canada) beschreef de ontwikkeling van een apparaatje (de "vulvalgesiometer") waarmee artsen op een veel beter gestandaardiseerde wijze de zogenaamde touch-test kunnen doen. Het voorkomt dat de ene arts meer pijnreacties bij dit onderzoek vindt dan de andere omdat hij of zij harder drukt. En passant kon Pukall rapporteren dat in het valideringsonderzoek was vastgesteld dat de pijndrempels bij vrouwen met VVS veel lager zijn dan bij klachtenvrije vrouwen.

Ook Lior Lowenstein (gynaecoloog, Haifa, Israël) onderzoekt VVS door met verschillende methoden de pijndrempel te meten. Met Von Frey filamenten (plastic draadjes) voor oppervlakkige pijn, met gewichtjes om drukpijn te meten en met een lokale warmtebron voor warmtepijn. Gewichtjes, warmtebron en filamenten zijn (in deze volgorde) goede diagnostische testen voor de diagnose VVS. Deze diagnostische toetsen zijn vooral belangrijk voor de onderzoeksetting.

Willibrord Weijmar Schultz was uitgenodigd een symposium te organiseren over het Vulvaire Vestibulitis Syndroom (VVS). Hoewel er in de literatuur voldoende aanwijzingen zijn dat zowel gedragstherapie als operatieve interventie en electrofeedback goede behandelmethoden zijn voor VVS, gaan veel medici desondanks door met het geven van allerlei medicatie, niet gehinderd door het feit dat onderzoek laat zien dat geen enkele medicatie helpt. "This reflects the biases of medically-oriented clinicians rather than treatment outcome data or patient choice" aldus Irv Binik (psycholoog, McGill University, Montreal, Canada). Hij is ervan overtuigd dat na zorgvuldige diagnostiek de keuze van de behandeling eerder aan de patiënte dan aan de hulpverlener zou moeten zijn. Dat impliceert wel dat hulpverleners vertrouwd dienen te raken met het consultatiemodel waarin voor de hulpverlener de rol van adviseur en begeleider is weggelegd en waarin de patiënte maximale controle over

de situatie wordt geboden en waarin zij mede verantwoordelijkheid draagt voor genomen beslissingen.

Jacques van Lankveld legde uit dat angst voor pijn en bekkenbodemspierspanning bij VVS voortvloeit uit een negatief verwachtingspatroon ten aanzien van seksualiteit en hoe dit kan worden behandeld met gedragstherapie en cognitieve therapie. Onvoldoende lubricatie, het gevolg van het niet adequaat verwerken van seksuele informatie, kan op dezelfde wijze worden behandeld. Lori Brotto (psycholoog, Seattle, VS) onderzocht retrospectief een cohort vrouwen die voor VVS waren behandeld en vond bij deze vrouwen ten opzichte van een controlegroep vrouwen zonder seksuele disfunctie een significant verhoogd negatief verwachtingspatroon en angst voor penetratie. Belangrijkste kenmerken van haar patiëntengroep: gestressed, ongelukkig, angstig en zich ongemakkelijk voelen in relaties. Op zich prikkelende resultaten die zonder meer vragen om een prospectief onderzoek. Zij adviseerde het gebruik van korte persoonlijkheids- en psychologische vragenlijsten teneinde zorg op maat te kunnen geven.

Alessandra Graziottin (gynaecologe, Milaan, Italië) overspoelde haar gehoor met een waterval van woorden en beelden met als kernboodschap: VVS is een heteroog, multisystemisch en multifactoriële aandoening die het gewenst maakt te behandelen op basis van mogelijke oorzaken, risicoprofiel en context. Zij benadrukte met name dat pijn op zich een biologische klachtenonderhoudende factor is en dat ook de bijdrage van de partner niet moet worden vergeten. Ze sloot af met de boodschap: *Never say to your patient: "It's psychogenic!"*

Woet Gianotten was moderator bij de discussie en gepresenteerde een beslisboom met daarin aandacht voor zowel het vestibulum, de bekkenbodem, pijn, seks en partnerrelatie en het emotionele profiel. In deze beslisboom gaat het niet zozeer om *of het één of het ander* maar veeleer om *én het één én het ander*. Weerstand tegen een cognitieve benadering kwamen ter sprake, aanwezig zowel bij hulpverleners als bij patiënten. Ook het belang van preventie (bij dyspareunie een coïtusverbod) en het educatief gynaecologisch seksuologisch onderzoek kwamen aan de orde en de omtrek van de penis als mogelijke klachtenonderhoudende factor. Er werd gewaarschuwd om de patiënt niet te nadrukkelijk te confronteren met onze onwetendheid omtrent dit syndroom om bij haar het gevoel van hulpeloosheid en machteloosheid niet nog verder te versterken.

### Seksuele opwinding bij vrouwen

Ellen Laan stelde in haar voordracht de fundamentele vraag hoe we seksuele opwinding bij vrouwen

moeten definiëren. Zij maakte duidelijk dat genitale opwinding bij de vrouw een slechte voorspeller is van de subjectief ervaren seksuele beleving. Genitale signalen alleen zijn dus niet voldoende om daaraan de conclusie te verbinden dat een vrouw seksueel opgewonden is. En zo ook, weinig of geen seksuele gevoelens in een seksuele situatie betekent niet zonder meer een gestoorde genitale seksuele respons. Daarmee lijkt de wijze waarop in de DSM-IV opwindingsstoornissen worden gedefinieerd onwerkbaar omdat daarin de subjectieve ervaring het criterium vormt. Zij meent dan ook dat de DSM-IV voor wat betreft het vaststellen van seksuele opwindingsstoornissen aan herziening toe is.

### **Inhibitie en excitatie**

John Bancroft (Kinsey Instituut, University of Indiana, VS) besprak, in navolging van het eerdere onderzoek bij mannen, de rol van inhibitie in de seksualiteit van vrouwen. Ook bij vrouwen kan de motivatie voor seksuele activiteit, met name partnerseks, beschreven worden aan de hand van het "dual control system". Dit postuleert dat er bij de regulering van seksueel gedrag een delicaat evenwicht bestaat tussen twee aan elkaar tegenovergesteld werkende systemen, het ene gericht op seksuele excitatie, het andere op seksuele inhibitie. Individuen variëren met betrekking tot hun geneigdheid tot seksuele excitatie en inhibitie. Beide concepten zijn in het Kinsey Instituut geoperationaliseerd in de schalen van de SES/SIS. Naast één enkele schaal voor seksuele excitatie, bestaan in elk geval bij mannen twee verschillende schalen voor inhibitie. De ene meet inhibitie die optreedt bij prestatieangst, de andere meet inhibitie ten gevolge van meer constitutionele kenmerken (hormonen, bijv.). De functie van excitatie lijkt voor de hand te liggen; zonder (zin in) opwinding gebeurt er niets. Ook de functie van inhibitie is adaptief. Die zorgt ervoor dat we kunnen stoppen met seksuele activiteit en dus niet in de problemen komen (bijv. in bedreigende situaties; bij chronische stress of vermoeidheid; na het orgasme). Mogelijk is inhibitie bij vrouwen sterker. Een evolutionair zinvolle speculatieve verklaring (vanuit de "parental investment theory") zou kunnen zijn dat het voor de vrouw gunstiger is om te wachten met seks totdat ze "de ware" heeft gevonden. Bancroft voerde als ondersteuning het gegeven aan dat in depressieve episodes vrouwen meer verlies van seksuele interesse hebben dan mannen.

### **Het emotionele brein**

Joe Herbert (neurowetenschapper, University of Cambridge, UK) hield een gloedvol betoog met als titel "Is there an emotional brain?". Met de opkomst

van de geavanceerde neuro-imaging technieken kan men op zoek naar antwoorden op de vraag of bepaalde psychische functies op specifieke locaties in het brein terug te vinden zijn. Dat wordt dan ook enthousiast en volop gedaan. Om iets te kunnen vinden is het belangrijk te weten waarnaar je precies op zoek bent. De eerste vraag die dan ook beantwoord moet worden is die naar de aard en de operationele definitie van emotie. Volgens Papez (1937) zou het emotionele systeem zetelen in het zogenaamde limbische systeem in de hersenen, bestaande uit hypothalamus, de nuclei anteriores van de thalamus, de gyrus cinguli, en de hippocampus. Papez sloeg de amygdala over, een hersenstructuur bestaande uit verschillende onderdelen met verschillende taken. En juist die amygdala vervullen in recente neurale emotie-modellen een centrale rol. Volgens Herbert moet een belangrijk onderscheid worden gemaakt tussen neurale mechanismen voor het detecteren van interne en van externe input. Interne input van informatie over de toestand van allerlei lichaamssystemen komt binnen via hypothalamus en hersenstam. Externe informatie wordt vanuit de zintuigen via de thalamus naar de cortex gestuurd, en gaat vandaar naar de amygdala, alhoewel geurinformatie de amygdala direct bereikt. De amygdala hebben intensieve verbindingen met de hypothalamus, en vormen daarmee een link tussen de interne en externe systemen. Dat de amygdala een belangrijke rol spelen in emoties wordt ook duidelijk bij beschadiging daarvan door ziekte of operatie. Dit blijkt te leiden tot angstreductie, het wegvallen van geconditioneerde angstresponsen, maar ook tot veranderingen in seksueel gedrag en eetgedrag. Volgens Herbert is de belangrijkste vraag of emoties een aparte functionele eenheid vormen in het brein, of dat ze een deel vormen van een groter respons-systeem. Een recente invloedrijke theorie van LeDoux in de jaren '90 van de 20<sup>e</sup> eeuw schrijft de amygdala een centrale rol toe bij het snel, onbewust vormen van emotionele oordelen. LeDoux zegt dat het limbische systeem niet bestaat, omdat het niet aangetoond kan worden, en bovendien als concept overbodig is. Op grond van verschijnselen zoals de dissociatie tussen emotionele expressie (het vertonen van gezichtsuitdrukkingen) en de herkenning van emotie in gezichtsuitdrukkingen meent Herbert dat er wel degelijk een rol is voor het limbische systeem. Daarvan maken naast de amygdala ook de orbitofrontale cortex, de cingulate cortex, de sensorische associatiecortex, delen van de thalamus, en de ventral tegmental area deel uit. Volgens Herbert is dit limbische systeem het zogenaamde "adaptieve brein" dat ervoor zorgt dat je veiligheidsgedrag vertoont, op tijd eet, je voortplant, etc. Emotie is daar (slechts) een

deel van. Omdat emotie een deel is van adaptatie, en niet te scheiden is van andere adaptieve responsen, bestaat er volgens Herbert dus geen puur emotioneel brein.

### **Nieuws over ziekte en seksualiteit**

Claire Yang (neurologe en urologe, Seattle, USA) doet onderzoek naar seksualiteit bij vrouwen met multiple sclerose (MS). Bij hen meldt 50-80% seksueel disfunctioneren. Omdat het doorgaans jonge premenopauzale vrouwen betreft is de kans groot dat een aanzienlijk deel van de klachten bepaald wordt door de ziekte. Yang liet systematisch zien hoe de vrouw bij MS aan haar seksuele disfuncties komt. Problemen met zin ontstaan vanuit de moeheid (een essentieel verschijnsel bij MS), vanuit medicatie, vanuit het (besef van) chronisch ziek zijn en vanuit depressie (komt voor bij 23-65% van de MS-vrouwen). Problemen met opwinding ontstaan door moeheid, door medicatie en ook door beschadigde zenuwbanen. Vooral de sensorische banen van de pudenduszenuw worden bij MS vaak beschadigd waardoor genitale ongevoeligheid optreedt. Problemen met het orgasme is de meest frequent voorkomende klacht bij MS. Yang vond hierbij een zeer sterk verband met de integriteit van de somatosensorische banen van de N. pudendus. Hoe meer sensorische banen beschadigd zijn hoe moeilijker het is om met de beschikbare prikkels de kritische drempel voor een orgasme te bereiken. Omdat dezelfde pudendus zenuwbanen ook de contracties van de bekkenbodemspieren tijdens het orgasme verzorgen is schade hieraan extra belastend voor het orgasme. Yang vond bovendien frequent pijn bij vrouwen met MS.

Als Yang voor de beoordeling van seksuele disfunctie bij MS een uitgebreid neurologisch onderzoek adviseert, bekruipt het sombere gevoel dat er in Nederland nauwelijks neurologen zijn die zich hierover buigen. Wat de behandeling betreft klinken de mogelijkheden positiever. Het gaat dan onder andere om beter omgaan met beperkingen. Tijd plannen voor seksuele intimiteit kan nodig zijn om het juiste moment te zoeken wanneer de vermoeidheid ten gevolge van de MS het minst storend is. Intimiteit plannen is ook noodzakelijk vanwege het drukke dagschema waarin verplaatsingen zoals van stoel naar bed, medicatie, blaascatheterisatie, en tijd voor de kinderen allemaal een plaats moeten krijgen.

Omdat de verstoring voornamelijk via sensorische kanalen loopt is de kans klein dat medicatie zoals sildenafil effect zal hebben. Wél belangrijk is het omzeilen van de uitgevallen zenuwbanen. Door meer aandacht voor andere erogene zones dan de genitale, door te stimuleren aan de kant met de minste bescha-

diging en (als de beschadiging niet te groot is) door intensiever te stimuleren (zoals met een vibrator). Enige (seks-)therapie kan nodig zijn voor dergelijke adviezen en om te helpen waar het copingmechanisme hapert.

Mitchell Tepper (psycholoog, Boston, USA) verdiept zich in het orgasme bij dwarslaesie. Van oudsher stelden de literatuur en de meeste artsen dat klaarkomen niet meer mogelijk is ná een dwarslaesie. Sinds enige jaren komen er berichten dat dat niet klopt. Ongeveer de helft van de dwarslaesiepatiënten blijkt die mogelijkheid nog te bezitten. Een van de verklaringen is dat sensorische signalen ook kunnen lopen via zenuwbanen buiten het ruggenmerg om (met name via de N. Vagus). Dat heeft men inmiddels in het laboratorium kunnen bevestigen. Tepper, zelf met een dwarslaesie, zoekt uit waarom na een dwarslaesie de ene persoon wél een orgasme heeft en de ander niet. Ervaring met orgasme na de dwarslaesie wordt vaker gevonden als meer jaren verstreken zijn sinds de dwarslaesie; als er meer seksueel zelfrespect is; als er in de onderzoeksschalen grotere seksuele satisfactie wordt gevonden.

Uit de uitgebreide interviews werden ook andere thema's duidelijk. Vanuit de herinnering aan hoe het orgasme vroeger was probeert men dat te heroveren en dat wordt een frustrerend struikelblok. Een belangrijke positieve factor voor het bereiken van een orgasme was zich sexy voelen met veel zelfvertrouwen en een erg vertrouwde partner. En vervolgens fantasie zonder afleiding, veel tijd, veel niet-genitale stimulatie, 'go with the flow' en de extra stimulering van een vibrator.

Paul Enzlin (pedagoog-seksuoloog, Leuven) bestudeert seksualiteit bij vrouwen met suikerziekte. Er is veel onderzoek gedaan naar erectieproblemen bij mannen met diabetes en meestal wordt vervolgens gezegd dat het bij vrouwen wel ongeveer analoog zal zijn. Bij de vrouw is er echter slechts zeer beperkt onderzoek gedaan en Enzlin vond in zijn review (1998) dat de resultaten daarvan elkaar nogal tegenspraken. Vandaaruit ontwikkelde hij nieuwe hypothesen en startte zelf onderzoek (2002) bij vrouwen met type 1 diabetes (IDDM, de vorm die afhankelijk is van insuline toediening). In deze groep vrouwen geeft 27% seksuele disfuncties aan. Bij vergelijkbare groepen mannen met type 1 diabetes was dit 22% en bij controlevrouwen 15%. Bij deze mannen gaat het vooral om erectieproblemen die het gevolg zijn van vaatafwijkingen. Die vaatafwijkingen zijn waarschijnlijk ook deels verantwoordelijk voor de slechtere lubricatie bij vrouwen. Het merendeel van de seksuele disfuncties bij vrouwen heeft echter te maken met niet-direct somatische factoren: minder relatiesatisfactie, meer depres-

sie, slechtere coping met de diabetes en meer negatief effect op het dagelijks leven. Er werden geen relaties gevonden tussen seksuele disfunctie en factoren als leeftijd, hormonale status, medicatie, menopauze, diabetesduur, complicaties en de bloedsuikercontrole. De enige factor met voorspellende waarde was depressie. Bij diabetes vertonen vrouwen meer depressiesymptomen dan mannen en een beduidend groter aantal (25% versus 7%) scoort op het niveau van een klinische depressie. Hieruit lijken twee boodschappen op te pakken: enerzijds dat seksualiteit bij vrouwen met diabetes wel degelijk aandacht verdient, en anderzijds dat die aandacht niet alleen somatisch dient te zijn. Dus een extra pleidooi voor multidisciplinaire teams en benadering.

Een belangrijke Nederlandse bijdrage werd geleverd door Kees Maas (arts, LUMC, Leiden). Hij deed verslag van zijn vaginafotoplethysmografie onderzoek bij vrouwen die of een radicale hysterectomie volgens Wertheim Meigs hadden ondergaan of een standaard hysterectomie en vergeleek dit met een op leeftijd gematchte controlegroep gezonde vrouwen. Hij vond tijdens erotische video-exposure bij de vrouwen die een Wertheim Meigs hadden ondergaan een significant lagere vaginale pulsamplitude in vergelijking met de controlegroep. De gewone hysterectomie nam een middenpositie in. Operatieve schade aan de autonome zenuwen in het kleine bekken zou de verklaring zijn voor deze bevinding en Maas ziet dan ook een grote toekomst weggelegd voor het zenuwsparend opereren in de oncologische gynaecologie.

De Israëli Lior Lowenstein (gynaecoloog, Haifa) mat de gevoeligheidsdrempel van de voorste en achterste vaginawand en de clitoris voor en drie maanden na een electieve hysterectomie. Er werd een significante verhoging van de gevoeligheidsdrempel gemeten: de achterste vaginawand vooral voor warmte en de achterste en voorste vaginawand voor koude. Ter plaatse van de clitoris werden geen veranderingen in de gevoeligheidsdrempels waargenomen. Ook dit wijst op schade aan de zenuwvoorziening als gevolg van operatie.

Kenneth Maravella (arts, Seattle, VS) liet indrukwekkende f(unctionele)MRI-opnames zien van de hersenen tijdens erotische video-exposure. Er werden tijdens seksuele opwinding zowel gebieden zichtbaar met een toegenomen activiteit als gebieden met een afgenomen activiteit. Daarnaast toonde hij MRI-opnames van de vulva onder niet-erotische en onder erotische condities. De veranderingen in de organen, met name in de clitoris, over de verschillende fasen van de seksuele respons kwamen schitterend in beeld. Kwantitatieve meting hiervan bleek mogelijk en daarmee hebben we weer een nieuw onderzoeksinstru-

ment in handen. Kenneth Maravella bleef kennelijk niet verschoond van negatief commentaar op zijn wetenschappelijke activiteiten. Hij citeerde naar aanleiding daarvan de columnist Dave Barry: "Never be afraid to try something new. Remember that a lone amateur built the arc. A large group of professionals built the Titanic".

Hoe onbelangrijk we buiten Noord Amerika lijken te zijn bleek uit de bij het programmaboek meegeleverde lijst met deelnemers. In de Verenigde Staten en Canada hanteert men ZIP-codes en de aanduiding per staat. Daar wordt dan geen land meer bij gezet. Dat hadden ze voor het gemak ook maar bij de niet-Noord Amerikanen gedaan. Ook bij die adressen hadden ze het land maar weggelaten. Buiten de congreszaal van hetzelfde laken en pak: de receptionist van ons hotel vroeg geïnteresseerd waar in Amsterdam hij Nederland kon vinden... Daar staat tegenover dat verschillende Nederlanders gevraagd zijn te participeren in een internationale werkgroep die tot taak heeft 'significantly revising the existing nomenclature for diagnosing women's sexual dysfunction' en om te participeren in the WHO Consultation on Female Sexual Dysfunction 2003.

Al met al een buitengewoon boeiende bijeenkomst die we op zondag afsloten met een 10 km lange wandeling langs de kust. In 2003 zal de ISSWSH bijeenkomen in Amsterdam. Van harte aanbevolen! Voor informatie over de ISSWSH zie: [www.fsff.org/](http://www.fsff.org/)

<sup>1</sup> Geaccepteerd voor publicatie: 5 november 2002.

<sup>2</sup> Dr. W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog-seksuoloog NVVS, Acad. Ziekenhuis Groningen, drs. W.L. Gianotten, arts-seksuoloog NVVS, UMC Utrecht, Erasmus MC, Rotterdam, dr. J.J.D.M. van Lankveld, psycholoog-seksuoloog NVVS, Acad. Ziekenhuis Maastricht.