

De ziektes van de revolutie

Geslachtsziektes in Nederland vanaf de jaren zestig

In zijn *Geschiedenis van het seksuele probleem* onderscheidt Van Ussel een drietal seksuele revoluties, waarvan hij de laatste na de Tweede Wereldoorlog dateert. 'Bondig samenvattend', zo schrijft hij over deze derde en voorlopig laatste revolutie, 'constateren we een meer democratische spreiding van sommige seksuele fenomenen'.¹ Het onderhouden van wisselende seksuele contacten wordt in het algemeen, en ook door Van Ussel, gerekend tot de gebruiken die gedurende de seksuele revolutie meer verbreid en geaccepteerd zijn geraakt. De mate van deze 'democratisering' kan worden nagegaan door te kijken naar één van de mogelijke complicaties van het geslachtsleven: de geslachtsziektes. De cijfers over geslachtsziektes geven namelijk, met alle beperkingen, enig inzicht in de frequentie van wisselende contacten terwijl ze bovendien wat zeggen over de vraag wie hier vooral aan deelnemen. In dit artikel zal als eerste geprobeerd worden om aan de hand van de recente geschiedenis van seksueel overdraagbare aandoeningen nader te bepalen wat het op grond van deze informatie voor ontwikkelingen waren die de benaming van een seksuele revolutie hebben meekregen. De vraag of deze benaming al dan niet gerechtvaardigd is, staat hier niet ter discussie, ik richt me in dit artikel op het tijdvak 1960-1980 en zal de term 'seksuele revolutie' gebruiken om deze periode aan te duiden. Vervolgens zal ik kort ingaan op de maatschappelijke reacties, of beter gezegd: op het gebrek daaraan, die seksueel overdraagbare aandoeningen in deze periode opriepen en tenslotte komen nog de meest actuele ontwikkelingen, geslachtsziektes in de jaren tachtig, aan de orde.

Allereerst is het van belang om een kort overzicht te geven van de schommelingen in de geslachtsziektenfrequenties in de periode die voorafgaat aan de hier centraal staande jaren zestig en zeventig. Vormden de jaren dertig wat dit betreft een tijd waarin Nederland

gunstig afstak ten opzichte van de omringende landen, in de oorlogsjaren kwam aan deze situatie een einde en kort na de Tweede Wereldoorlog bereikte de curve ook in ons land een voor tijdgenoten zorgwekkend hoogtepunt.² Het was een kortstondige epidemie: vanaf 1942 beginnen de cijfers voor zowel syfilis als gonorrhoe snel te stijgen, tot 1947; daarna nemen beide af en in 1952 is de situatie weer als voorheen. Deze snelle afname was ongetwijfeld mede een gevolg van de invoering van penicilline, een middel dat de genezing van geslachtsziekten sterk vereenvoudigde en dat de reeds ingezette daling aanzienlijk bespoedigde.

Het was eveneens aan penicilline te danken, zo dacht men, dat de cijfers na 1952 in snel tempo bleven dalen. Wanneer het aantal nieuwe syfilispatiënten tijdens het hoogtepunt van de epidemie, in 1947, op honderd wordt gesteld, dan resteerden er in 1959 nog slechts twee. Voor gonorrhoe was de daling iets minder spectaculair, maar ook hier was het aantal nieuwe patiënten in 1959 nog maar 16% van dat in 1947. Maar dan is het afgelopen; vanaf 1960 begint de frequentie van beide ziektes wederom te stijgen. Andere landen waren Nederland al voorgegaan in deze hernieuwde toename en deze keer duurde ze langer.³ De eerste tien jaar was de stijging nog wat aarzelend en wisselvallig, maar vanaf ongeveer 1970 zette zij definitief door.⁴ Een daling van meer dan een incidenteel karakter werd eigenlijk pas begin jaren tachtig weer waargenomen.

Geslachtsziektenfrequenties zijn in de geschiedenis meer dan eens opgevat als een promiscuïteitsindex. Meerdere auteurs hebben gewezen op de schadelijke gevolgen van deze associatie, die de benadering van het venerisch probleem en de behandeling van geslachtsziekten onnodig moralistisch gemaakt zou hebben.⁵ Desalniettemin is het verband tussen geslachtsziekten en promiscuïteit niet uit de lucht gegrepen. De meest voor de hand liggende gevolgtrekking die op grond van een eerste kennismaking met de cijfers over de periode zestig-tachtig gemaakt kan worden, is dan ook dat de promiscuïteit in deze jaren is toegenomen. Dat is echter niet de meest interessante conclusie. Wanneer we de geslachtsziekten ten tijde van de seksuele revolutie wat nauwkeuriger bekijken, dan zijn er twee ontwikkelingen die daarbij speciale aandacht verdienen. Allereerst de veranderingen in *het soort ziektes* en daarnaast die in *het soort mensen* dat ze krijgt of dat geacht wordt ze te krijgen. Ik zal met dit laatste beginnen.

De mensen

Hoe lang ook de vele medische en therapeutische geheimen rondom de venerische ziektes verhuld gebleven zijn, vastomlijnde ideeën over degenen die er vooral het slachtoffer van waren hebben eigenlijk altijd bestaan. Bepaalde mensen of groepen mensen vormden een besmettingsgevaar voor andere mensen, die over dit gevaar schreven of spraken, maar er zelf geen deel van uitmaakten. Het is een oud onderscheid dat zich in moderne termen voordoet als dat tussen 'risicogroepen' en de 'algemene populatie'. Het is opvallend dat in de verschillende commentaren die de stijgende geslachtsziektenfrequentie na 1960 begeleidden één van deze traditionele besmettingsbronnen sterk aan betekenis heeft ingeboet: de prostituée. 'In de meeste landen is de gereguleerde prostitutie verdwenen en neemt de prostitutie in haar klassieke vorm snel af, maar in de plaats daarvan is een soort van 'wild' geslachtsverkeer gekomen, waarbij, meer verspreid en meer algemeen, vrijere opvattingen op niet professionele basis bij de vrouw doorbreken'.⁶ Zo schreef E.H.Hermans, de nestor van de Nederlandse organisatie van geslachtsziektenbestrijding, al in 1959, dus voordat de stijging in Nederland daadwerkelijk had ingezet. En deze vrijere opvattingen zouden heel wel kunnen bijdragen aan 'het niet meer dalen, misschien weer stijgen van het aantal geslachtszieken'. Ook in latere jaren, wanneer deze voorziene stijging een feit geworden is, is het duidelijk dat de beroepsprostituée hierbij geen hoofdrol krijgt toebedeeld. Voor haar in de plaats is het meisje gekomen dat zich niet langer uit hoofde van haar beroep, maar voor haar eigen genoegen en zonder financiële vergoeding met mannen inlaat: de amatrice, de good-time girl, de pick-up girl, of hoe ze in deze tijd ook genoemd wordt.⁷

Maar het promiscue meisje is niet het enige personage dat de verspreiding van geslachtsziekten zou bevorderen. Er wordt rond 1960 in Nederland - elders al eerder - in rap tempo en naar buitenlands voorbeeld een aantal nieuwe risicogroepen ten tonele gevoerd. In de woorden van de dermatoloog Suurmond: 'Uit buitenlandse publicaties is het wel duidelijk geworden dat de toeneming van de lues en de gonorrhoe zich in hoofdzaak manifesteert in bepaalde bevolkingsgroepen en beroepen, nl. homoseksuelen, buitenlanders (zeelieden, buitenlandse werkkrachten en toeristen) en z.g. teenagers'.⁸ De homoseksuele man, de buitenlander, de tiener, dat zijn ze, de patiënten van de seksuele revolutie. Tenminste, afgaand op datgene wat

hierover door toenmalige commentatoren gemeld werd.⁹ Zijn zij de activisten van de seksuele revolutie, niet in ideologische, maar in praktische zin? We kunnen wellicht nagaan in hoeverre het aantal patiënten uit de nieuw geformuleerde risicogroepen - met hun veronderstelde promiscuïteit als gemeenschappelijk kenmerk - ook werkelijk is toegenomen. Daartoe moeten we ons helaas behelpen met een aantal summiere gegevens. Er werden door de Geneeskundige Hoofdingspectie in de loop der tijd drie enquêtes onder huisartsen en dermatologen gehouden, in 1959, in 1963 en in 1967, waarvan de resultaten vergelijking toestaan. De cijfers van de behandelcentra, de Diensten voor Geslachtsziektenbestrijding, bestaan al vanaf 1940, maar deze zijn tot in de jaren tachtig weinig gespecificeerd terwijl bovendien lang niet alle patiënten op deze Diensten behandeld worden. Tenslotte bestaat er vanaf 1976 een aangifteplicht en dus een landelijke registratie van de ziektes syfilis en gonorrhoe. Over het jaar 1980 zijn er uitgewerkte gegevens gepubliceerd op basis van de aangiftecijfers en de cijfers van de Diensten.¹⁰ Al met al zijn daarmee de gegevens over de periode 1960-1980 verbrokkeld, maar er is geen reden om aan te nemen dat de hierdoor aangegeven trends niet zouden deugen.

Wat betreft *het aandeel van teenagers* is het opvallend dat een in het buitenland geconstateerde toename voetstoots naar de Nederlandse situatie wordt overgebracht. Dit is des te opvallender omdat het aandeel van tieners eerder af- dan toeneemt tussen 1960 en 1980. Weliswaar neemt het aantal gevallen per 100.000 in deze groep licht toe, maar deze stijging houdt geen gelijke tred met de algehele stijging van het aantal geslachtszieken in deze tijd. Procentueel gezien neemt het aandeel van tieners in de seksuele revolutie af.¹¹ De categorie van de leeftijd 20-30 jaar, en daarbinnen weer vooral de ouderen (25-30 jaar), is verreweg de belangrijkste leeftijdsgroep, waarbinnen ook de grootste stijging is waar te nemen. Afgaande op de gegevens die de geslachtsziektenstatistiek levert, kan er dus niet gesproken worden van een noemenswaardige toename van promiscue geslachtsverkeer door teenagers, waar in de jaren zestig zo veelvuldig van gesproken wordt en die ook voortdurend met de stijgende curve in verband wordt gebracht.¹²

Ook wat *het aandeel van homoseksuele mannen* betreft beriep men zich in de literatuur over het groeiende geslachtsziektenprobleem

aanvankelijk op buitenlandse voorbeelden. Onderzoeken uit vooral Parijs en Londen wezen halverwege de jaren vijftig al op het toenemend aantal besmettingen door homoseksuele contacten onder mannen.¹³ Deze onderzoeksresultaten worden rond 1960 in bijvoorbeeld het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* geregeld geciteerd zonder dat vergelijkbare gegevens over Nederland voorhanden zijn. Onder verwijzing naar de homoseksuele promiscuïteit - die eveneens uit buitenlands onderzoek bleek - is het de verwachting dat hier een zelfde situatie heerst.¹⁴ Anders dan bij de teenagers is de verontrusting over het aantal homoseksuele besmettingen gegrond; het percentage homoseksuelen onder de mannen met geslachtsziekten neemt na 1959 sterk toe. Een eerste indicatie hiervoor vormt de sekse-verhouding onder patiënten. Zijn de mannen altijd al in de meerderheid geweest, de verhouding komt in de loop van de jaren zestig aanzienlijk schever te liggen: in 1959 is de verhouding tussen mannen en vrouwen met syfilis 2:1, in 1963 4:1 en in 1967 5,5:1. In 1977 is deze verder opgelopen tot 6,2:1. De sekse-verhouding onder gonorrhoe is minder eenduidig: 4:1 in 1967 en vanaf 1976 voortdurend rond de 2:1. Dit laatste gegeven strookt met de bevinding dat het aantal homoseksuelen onder de syfilispatiënten veel groter is dan onder gonorrhoepatiënten. In 1963 was 12% van de mannen met syfilis homoseksueel, in 1967 was dit 26% en in 1980 60%.¹⁵ Onder de mannen met gonorrhoe liep dit percentage op van 8% in 1967 tot 26% in 1980.¹⁶ De toename van het aantal homoseksuelen onder de geslachtsziekten, en met name onder de syfilispatiënten, is een van de meest geprononceerde ontwikkelingen die zich ten tijde van de seksuele revolutie hebben voltrokken. Afgaande op de indicator die in dit artikel centraal staat, moet dan ook geconcludeerd worden dat homoseksuele mannen tot de koplopers van de revolutie behoorden en dat het niveau van hun seksuele activiteit aanzienlijk is gestegen.

Drie relativeringen zijn hierbij op z'n plaats. Allereerst is het zo dat de toename van het aantal homoseksuele besmettingen parallel loopt met een toenemende openheid tegenover homoseksualiteit, zodat de hier beschreven ontwikkeling extra aangezet kan zijn door de vermeerdering van het aantal homoseksuele 'bekentenissen'. Daarnaast is de toepassing van de stelling 'dat promiscuïteit de grondoorzaak is van geslachtsziekten'¹⁷ maar zelden eenduidig en probleemloos. In het geval van de toename van het aantal besmettingen door homoseksuele contacten moet gewezen worden op de mo-



Affiche ten behoeve van geslachtsziektenbestrijding onder homoseksuele mannen uit 1978/1979

gelijkheid van een verschuiving in seksuele technieken: een verschuiving in de richting van meer anaal-coïtaal contact. De derde kanttekening is minder dan de twee vorige beperkt tot de toename van homoseksuele mannen met geslachtsziektes, ze betreft eveneens de heteroseksuele populatie. Het gaat hier om het aantal recidivisten, in kringen van geslachtsziektenbestrijders ook wel *repeaters* genoemd. De cijfers die in de statistieken en ook in dit artikel vermeld staan, zijn samengesteld uit aantallen gemelde nieuwe consulten of nieuw gestelde diagnoses, waarbij het van belang is te bedenken dat geen van beide gelijk is aan het totale aantal patiënten. Iemand die zich in één jaar vijf keer met een nieuwe syfilisbesmetting meldt, wordt vijf keer genoteerd, terwijl bovendien per consult meerdere diagnoses gesteld kunnen worden. Met andere woorden: worden de statistieken in de bloeitijd van de revolutie niet jaar in jaar uit voor een groot deel met dezelfde mensen gevuld? De gestegen frequentie zou dan niet zozeer het gevolg zijn van de verspreiding van een promiscue leefstijl onder steeds grotere groepen, maar van steeds grotere promiscuïteit binnen een of enkele circuits. Er bestaat wel enige aanleiding om aan deze vraag speciaal met betrekking tot de homoseksuele toename aandacht te besteden, omdat uit andere bronnen bekend is dat zich vooral onder hen dergelijke promiscue circuits gevormd hebben. Zo zouden homoseksuele patiënten steeds opnieuw afkomstig kunnen zijn uit een of meerdere 'seksuele figuraties' die gekenmerkt worden door een grote interne promiscuïteit en die tezamen slechts een gedeelte van de gehele homopopulatie vormen.¹⁸

Uit het onderzoek naar revidivie blijkt dat het aantal *repeaters* onder de patiënten met geslachtsziektes niet gering is. De enquête uit 1967 wees uit dat zo'n 35% al eerder aan een geslachtsziekte leed.¹⁹ Gegevens van de Diensten voor Geslachtsziektenbestrijding uit 1984 vermeldden een percentage recidivisten van 47%; bijna de helft van de heteroseksuelen en bijna driekwart van de homoseksuelen hadden eerder één of meerdere geslachtsziektes.²⁰ De cijfers van de GG en GD in Amsterdam, tenslotte, laten eveneens een groot percentage recidivisten zien, oplopend tot ruim 70% van de patiënten met syfilis in 1985. Het feit dat er één ziekte is, syfilis, waarin het homoseksuele aandeel zo aanzienlijk is, pleit naast de cijfers over revidivie eveneens voor het bestaan van relatief hechte homoseksuele circuits waarbinnen deze ziekte steeds opnieuw wordt doorgegeven.

Al met al doen deze drie kanttekeningen geen afbreuk aan de conclusie dat de homoseksuele promiscuïteit gedurende de seksuele

revolutie flink is toegenomen. Wel is het aannemelijk dat een kleine groep een relatief groot aandeel leverde in de homoseksuele patiëntenpopulatie, hoewel dit niet echt aan te tonen is. De opvallende toename van het aantal homoseksuele besmettingen vanaf de jaren zestig kan waarschijnlijk nog het best verklaard worden uit de combinatie van enerzijds een grotere verbreiding van promiscuïteit binnen de homopopulatie als geheel en anderzijds de vorming van extreem promiscue en relatief afgescheiden subculturen of circuits binnen deze populatie. Tegelijkertijd hebben seksuele technieken die met het oog op het doorgeven van ziektes riskant zijn waarschijnlijk aan populariteit gewonnen.

In 1964 verscheen er in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* een ingezonden brief naar aanleiding van *het aandeel van buitenlanders*, in casu buitenlandse werknemers, in de stijgende geslachtsziektenfrequentie. Hier was al eerder op gewezen, maar in deze brief was de auteur, de reeds genoemde E.H. Hermans, wel zeer uitgesproken: 'In de eerste plaats noem ik dan de geslachtsziekten, die in sommige gebieden, waaruit deze lieden afkomstig zijn, nog maar al te welig tieren. Maar ook al komen zij in dit opzicht onbesmet ons land binnen, dan speelt de blijkbaar van deze zuidelijk georiënteerde, meer donkerhuidige buitenlandse werkers uitgaande charme een belangrijke rol bij het geslachtsverkeer, dat deze hier zonder vrouw levende, warmbloedige mannen uit den aard der zaak zullen zoeken. Het kost hun in den regel weinig moeite een herhaaldelijk wisselend geslachtsverkeer uit te oefenen en uit den aard der zaak verhoogt dit, zodra in dergelijke kringen treponema's of gonokokken worden ingevoerd, de kans op hardsgewijze verbreiding van de geslachtsziekten zeer snel'.²¹

In tegenstelling tot deze en eerder genoemde verwachtingen is het percentage buitenlanders onder de geslachtszieken tussen 1960 en 1980 alleen maar afgenomen, en wel van ongeveer 30% in het midden van de jaren zestig tot zo'n 20% en 15% in het begin van de jaren tachtig voor respectievelijk syfilis en gonorrhoe. Overigens is de 30% die in de enquête uit 1963 gevonden werd geheel ongespecificeerd: er vallen zowel zeelieden en toeristen als buitenlandse werknemers onder zodat, zoals in de conclusie met nadruk vermeld wordt, 'de enquête niet toelaat de relatief belangrijke groep buitenlandse luespatiënten in verband te brengen met de in ons land tewerkgestelde buitenlandse arbeiders'.²² Verder is het belangrijk om op te

merken dat het zowel in de jaren zestig als later vrijwel uitsluitend gaat om buitenlandse *mannen*. Dat ondanks de feitelijke afname van het percentage buitenlanders de immigrant of de buitenlandse arbeider toch steeds met verhoogde risico's in verband gebracht werd, is niet zo vreemd als het in het licht van deze daling lijkt. Allereerst doet die 30% uit de enquête van 1963 vermoeden dat het aantal buitenlanders met geslachtsziekte altijd al erg groot geweest is of in de loop van de jaren vijftig sterk gestegen is.²³ Gezien de komst van buitenlandse arbeidskrachten naar Nederland, die juist in deze tijd op gang begon te komen, zijn de geopperde vermoedens niet onverklaarbaar - feitelijke constatering en vermengden zich eenvoudig met xenofobe sentimenten.

Daarnaast is er nog een ander verschijnsel dat de associatie tussen buitenlanders en geslachtsziekten, zij het in omgekeerde richting, gestimuleerd zou kunnen hebben: het aantal Nederlanders dat in het buitenland een geslachtsziekte opliep. De gegevens hierover zijn minimaal, maar wat er is wijst op een uitbreiding van het internationale geslachtsverkeer, die al in de jaren vijftig begon. Van de Nederlanders met syfilis had in 1963 ruim een kwart de infectie in het buitenland opgedaan. In 1967 was dit ruim 20%, terwijl gonorrhoe door nog eens 10% van alle Nederlanders met deze ziekte in den vreemde werd opgelopen. Na 1967 zijn er over de plaats van besmetting geen gegevens meer bekend. De uitbreiding van het aantal internationale contacten, zowel in de vorm van massatoerisme als van zakenverkeer, vormde kennelijk eerder een aanloop dan een onderdeel van de seksuele revolutie in Nederland. De hoeveelheid en de kwaliteit van de gegevens hieromtrent geven voor duidelijker conclusies helaas geen ondersteuning.

Tot zover is nagegaan in hoeverre de benoeming van nieuwe risicogroepen in het begin van de jaren zestig strookte met de gegevens die door de venerische statistieken geleverd worden. Eigenlijk bleek alleen het aandeel van homoseksuele mannen in overeenstemming te zijn met de verwachtingen die hieromtrent gekoesterd en geuit werden. Noch de teenagers noch de buitenlanders hebben in bijzondere mate bijgedragen aan de toename van de geslachtsziekten in de seksuele revolutie.²⁴ Het grootste aandeel in deze stijging werd geleverd door een nooit benoemde risicogroep: de wat oudere heteroseksuele jeugd. Deze conclusie laat zich wellicht nog wat aanscherpen door nogmaals te kijken naar de sekse-verhouding onder de

patiënten met geslachtsziektes.

Er bestaat wat betreft het aantal en het relatieve aandeel van vrouwelijke patiënten een duidelijk verschil tussen de twee ziektes die hier aan de orde zijn, syfilis en gonorroe. In het geval van syfilis neemt de incidentie onder de gehele bevolking tussen 1959 en 1980 toe van twee tot acht per honderdduizend. De toename onder mannen loopt van tweeëneenhalf in 1959 tot veertien in 1980, die van vrouwen van een naar drie. Waar de incidentie onder mannen dus meer dan vijf keer zo hoog wordt, neemt die onder vrouwen toe met een factor drie. Het percentage vrouwen onder de syfilispatiënten neemt in dezelfde tijd af van ruim 30% naar nog geen 20%. Voor een deel wordt dit groeiende verschil tussen de seksen natuurlijk veroorzaakt door het toenemend aantal homoseksuelen met syfilis, maar dat neemt niet weg dat op grond van deze informatie de seksuele revolutie tot een voornamelijk door mannen gedomineerde aangelegenheid bestempeld moet worden. In het geval van gonorroe is dat anders. De totale incidentie stijgt hier tussen 1967 en 1980 van zesentwintig naar zevenentachtig per honderdduizend; onder mannen neemt ze toe van tweeënveertig naar honderdveertig en onder vrouwen van tien tot zesenvijftig. De toename van het aantal gonorroepatiënten onder vrouwen is dus relatief sterker dan onder mannen: het percentage vrouwen onder patiënten met gonorroe stijgt van 20% in 1967 naar ruim 30% in 1980. Gezien het feit dat het aantal patiënten met gonorroe een veelvoud is van dat met syfilis is deze kleine inhaalmanoeuvre eveneens zichtbaar bij het totaal aantal geslachtsziekten. Ook daar stijgt het percentage vrouwen tussen 1967 en 1980 van ongeveer 20% naar 30%.²⁵

Voor heteroseksuelen is de seksuele revolutie vooral een kwestie geweest van meer van hetzelfde: onder de jongeren van achter in de twintig was en is nog steeds de grootste promiscuïteit te vinden, alleen het niveau is gestegen. De bijdrage van vrouwen is gedurende de jaren zestig en zeventig enigszins toegenomen, maar blijft nog steeds achter bij die van mannen. Dit op het eerste gezicht vreemde verschil is vooral een gevolg van de prostitutie, terwijl daarnaast ook het feit dat sommige ziektes, waaronder gonorroe, bij vrouwen minder snel ontdekt worden dan bij mannen waarschijnlijk een rol speelt.

De ziektes

Tot hier toe is alleen nog maar gesproken over de klassieke venerische aandoeningen: syfilis en gonorrhoe. Dat is om twee redenen gebeurd. Allereerst bestrijken de gegevens over deze ziektes de grootste tijdsspanne en in de tweede plaats zijn syfilis en gonorrhoe ook de belangrijkste en meest voorkomende seksueel overdraagbare aandoeningen. Dat althans is lange tijd het geval geweest, maar vanaf het einde van de jaren zeventig werd deze prominente positie meer en meer aangetast. Tijdens de seksuele revolutie zijn er niet alleen meer en deels ook andere patiënten gekomen, in vooral de nadagen ervan waren het in toenemende mate *andere ziektes* die de aandacht opeisten. Tot voor kort was gonorrhoe weliswaar nog de meest voorkomende geslachtsziekte, maar zeker niet meer de meest zorgwekkende. De moderne seksueel overdraagbare aandoening, die in de loop van de jaren zeventig getalsmatig meer en meer het venerisch regime heeft overgenomen, valt in twee typen uiteen: de ongeneeslijke virale ziekte en de stille woekeraar.

De twee voornaamste representanten van de eerste categorie zijn tot ongeveer 1980 genitale herpes en hepatitis B. Beide ziektes zijn niet werkelijk nieuw, maar hun status van bekende geslachtsziekte is van relatief recente datum. Van hepatitis B werd de seksuele overdraagbaarheid pas begin jaren zeventig vastgesteld; als geslachtsziekte bleek ze vooral onder homoseksuele mannen voor te komen. Uit een in 1980 gehouden onderzoek bleek dat van een grote groep homoseksuelen zo'n 60% een infectie met hepatitis B had doorgemaakt, dit is ongeveer tien keer zo veel als in de Nederlandse bevolking als geheel.²⁶ Herpes genitalis stond kortstondig zeer sterk in de belangstelling en in vooral de populaire pers verschenen buitengewoon verontrustende berichten over deze als nieuw gepercipieerde ziekte.²⁷ Hoewel het met de ernstige prognoses achteraf bleek mee te vallen, is de frequentie van herpes in de loop van de jaren zeventig naar alle waarschijnlijkheid sterk toegenomen.²⁸ Voor hepatitis B noch voor genitale herpes bestaat een geneesmiddel, wel bestaat er een vaccin voor hepatitis. Beide ziektes zijn niet levensbedreigend, hoewel er in geval van hepatitis B ernstige complicaties kunnen optreden, maar vooral hinderlijk en hardnekkig.

De ziektes uit de tweede categorie, de stille woekeraars, zijn weliswaar geneeslijk, maar verlopen vaak symptomeloos of met weinig en vage klachten zodat ze niet zelden onopgemerkt blijven.

Desondanks is het duidelijk genoeg dat deze ziektes in de jaren zeventig een grote vlucht hebben genomen. Niet alleen het vaak onopgemerkte ziekteverloop maakt hen tot stille woekeraars, maar ook het feit dat ze ternauwernood in de belangstelling staan. Onder het publiek bestaat er maar weinig bekendheid met ziektes als *trichomoniasis* en *niet-gonorroïsche urethritis* terwijl deze tegenwoordig behoren tot de meest voorkomende seksueel overdraagbare aandoeningen. Daarnaast zijn ziektes van deze soort ook medisch weinig interessant; er valt geen eer aan te behalen. Het belangrijkste voorbeeld uit deze groep van stille woekeraars vormen de infecties die veroorzaakt worden door het micro-organisme met de naam *chlamydia trachomatis*. Deze bacterie heeft uiteenlopende aandoeningen tot gevolg: ze veroorzaakt onder andere het merendeel van de niet-gonorroïsche urethritis, een ziekte die bijna uitsluitend onder mannen voorkomt en die sinds het midden van de jaren tachtig de leidende positie van gonorrhoe heeft overgenomen. Bij vrouwen kan een infectie met chlamydia eveneens leiden tot verschillende klachten, die voor een deel weer vallen onder de verzamelnaam *pelvic inflammatory disease*. Een chronische ontsteking van de eileiders met blijvende onvruchtbaarheid als gevolg behoort tot de ernstigste en veel voorkomende gevolgen van onopgespoorde chlamydia-infecties bij vrouwen.²⁹

Vanwege het ontbreken van voldoende materiaal is het niet goed mogelijk om nauwkeurige conclusies te trekken naar aanleiding van de introductie en de verspreiding van deze nieuwe ziektes, zodat volstaan moet worden met enkele globale opmerkingen. Allereerst moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat de gesignaleerde toename van deze ziektes in de periode 1975-1985 slechts een gevolg is van verbeterde diagnostiek en registratie. Als enige verklaring is een beroep op epidemiologische en medische vooruitgang echter ontoereikend. Daarvoor is de aanwijsbare stijging te groot en daarvoor zijn de diagnostiek en registratie van bijvoorbeeld chlamydia ook vandaag de dag nog veel te gebrekkig. Het mag wel aangenomen worden dat de moderne seksueel overdraagbare aandoeningen zich gedurende de jaren zeventig sterk hebben verbreid.

Vervolgens zijn de opkomst en verspreiding van nieuwe ziektes evenals de toename van de klassieke venerische aandoeningen indicaties voor een toegenomen promiscuïteit. Met uitzondering van hepatitis B zijn de moderne geslachtsziektes voornamelijk

graadmeters van heteroseksuele promiscuïteit, die kennelijk vooral in de jaren zeventig sterk gestegen is. De grootste groep bestaat ook hier weer uit mensen van in de twintig. Bij de mannen overheersen de late twintigers en zijn ook de dertigers nog goed vertegenwoordigd, onder de vrouwen is de voornaamste groep patiënten te vinden bij de jonge twintigers en is de leeftijdscategorie 15- tot 19-jarigen van meer betekenis dan bij de mannen. Behalve de promiscuïteit kan ook de zogenaamde internationalisering van het geslachtsziektenprobleem door de uitbreiding van handels- en toeristenverkeer een factor zijn die de komst van een nieuw ziekte-regime bevordert heeft. Het is in ieder geval opvallend hoezeer de dominante seksueel overdraagbare aandoeningen en de trends in hun frequentie in de gehele westerse wereld overeenkomen. Werkelijk uitheemse ziektes, de zogenaamde tropische geslachtsziekten als *ulcus molle* (weke sjanker) en *lymphogranuloma venereum* zijn de laatste decennia in Nederland niet erg verbreid geraakt.³⁰

Tot slot vormt de verschuiving in het ziektepatroon tot op zekere hoogte een weerspiegeling van bepaalde ontwikkelingen in de medische wetenschap. De toenemende betekenis van virale ziektes en de therapeutische onmacht ten opzichte hiervan doen zich niet alleen voor op venerisch gebied. Ditzelfde geldt voor de medische concentratie op nieuwe en veelbelovende onderdelen van de geneeskunde; medische prioriteiten komen niet alleen tot stand door overwegingen van strikt geneeskundige aard of door het streven naar een optimale toepassing van beschikbare kennis. Zo is de jarenlange veronachtzaming van chlamydia-infecties hand in hand gegaan met de uitbreiding van nieuwe voortplantingstechnieken. Waarschijnlijk is de ontwikkeling van in vitro fertilisatie interessanter en in ieder geval spectaculairder dan chlamydia-opsporing die het vooral moet hebben van voorlichting en routine-onderzoek, waarbij de kans op een geruchtmakende doorbraak nihil is. Men kan zich echter afvragen welke van deze twee wegen het effectiefst is in de bestrijding van onvruchtbaarheid.

Penicilline en het seksuele enthousiasme

Al met al is de voornaamste hier geconstateerde ontwikkeling simpelweg de toename van het aantal patiënten met geslachtsziekte. Het is achteraf verwonderlijk dat deze toename zo lang gepaard is



Affiche ten behoeve van geslachtsziektenbestrijding uit 1980, met als onderschrift: *De PEST, de CHOLERA en de TBC hebben we er onder gekregen; dat moet bij GESLACHTSZIEKTEN ook kunnen lukken. GA ER DUS MEE NAAR DE DOKTER.*

gegaan met maatschappelijke veronachtzaming. Geslachtsziektes vormden zeker geen hoofdprobleem in de seksuele revolutie; het duurde tot het begin van de jaren tachtig voordat hier enige verandering in kwam. De stijging van het aantal zieken is met uiteenlopende ontwikkelingen in verband gebracht,³¹ in dit artikel voornamelijk met toegenomen promiscuïteit. Maar nog onverklaard is het gegeven dat de aandacht voor venerische ziektes die voorheen behoorde tot de vaste onderdelen van zo goed als iedere verhandeling over het geslachtsleven, in de jaren zestig en zeventig van deze eeuw zo naar de achtergrond verdwijnt. Hoe kon dit gebeuren?

Het eerste dat hiertoe heeft bijgedragen is een zeer voor de hand liggende, maar in de geschiedenis van de seksualiteit sterk verwaarloosde factor: penicilline. Ziektes die eeuwenlang nauw met het seksuele leven waren geassocieerd en die lange tijd in het geheel niet en pas deze eeuw moeizaam of na jarenlange behandeling genezen konden worden, waren vanaf 1950 te verhelpen met een simpele kuur. Het is eerst en vooral aan penicilline te danken dat infectieziektes in het algemeen hun greep op de mensheid voor een groot deel verloren en dat geslachtsziektes in het bijzonder niet langer een serieus obstakel voor een vrijere seksuele omgang vormden. Of, in de woorden van Andrew Holleran, chroniqueur van het New Yorkse promiscue homoleven: 'Penicillin had made sex possible, the way plastic paved the way for swimming pools and airplane seats. It made accessible to the average man a dream of sexual paradise previously confined to the canvases of Delacroix, the pages of *The Arabian Nights*'.³²

Daarnaast en deels ook in samenhang met de introductie van penicilline was er een tweede ontwikkeling die de traditionele positie van geslachtsziektes ondermijnde: de opkomst van het seksuele enthousiasme,³³ de gedachte dat seks een fundamenteel en vitaal onderdeel vormt van het menselijk bestaan. Behalve van wezenlijke betekenis is seksualiteit in deze gedachte ook een verschijnsel dat in hoofdzaak in positieve termen beoordeeld wordt, als iets waaraan men voor het genoegen en uit vrije verkiezing deelneemt, een middel tot lichamelijke en relationele bevrediging, een voorwaarde voor zelfontplooiing en harmonieuze ontwikkeling.³⁴ Hoe vanzelfsprekend dergelijke kwaliteiten voor de huidige lezer wellicht mogen zijn, historisch gezien zijn ze in Nederland een noviteit, die pas in de twintigste eeuw langzaam aan terrein won.

Het valt buiten het kader van dit artikel om de ontwikkeling van

het seksuele enthousiasme te verklaren,³⁵ genoemd zij hier slechts de komst van de anticonceptiepil in het begin van de jaren zestig, die voor de vaart van deze ontwikkeling van buitengewoon grote betekenis was. Door de pil werd het mogelijk dat de reproductieve functies van de seksualiteit in snel tempo werden verdrongen door de relationele en kwamen enthousiaste idealen meer dan ooit binnen bereik te liggen. In korte tijd verwierf de orale anticonceptie zich een grote populariteit, waarbij in dit verband van belang is dat deze wijze van voorbehoeding weliswaar de bevruchting effectief verhinderde, maar geen enkele bescherming bood tegen de overdracht van ziektekiemen.³⁶ Hier gaat het echter vooral om de wijze waarop het seksuele enthousiasme van invloed geweest is op de verwaarlozing van geslachtsziektes gedurende de seksuele revolutie. Niet alleen de fundamenteel optimistische strekking van het enthousiaste standpunt heeft hiertoe bijgedragen, maar ook de verschuiving die dit standpunt meebracht in de definiëring van de obstakels en hindernissen in het geslachtsverkeer. Kort gezegd een verschuiving van ziekte naar dysfunctie.

Het is niet verwonderlijk dat juist in een klimaat van seksueel enthousiasme ook de aandacht voor de schaduwzijden van de seksualiteit toeneemt. Immers, seksuele problemen en zaken als seksueel misbruik vallen pas uit de toon, worden überhaupt pas gesignaleerd op het moment dat seks eigenlijk goed, prettig en gewenst behoort te zijn. In de jaren zestig en vooral zeventig is er ruimschoots aandacht voor uiteenlopende moeilijkheden in het geslachtsverkeer, maar daar hoort het gevaar van seksueel overdraagbare aandoeningen niet langer bij. Met de veranderingen in de betekenis van de seksualiteit zelf, verandert ook het karakter van de seksuele hindernissen. De seksuele revolutie is de tijd van de dysfuncties: impotentie, anorgasmie, opwindingsstoornissen, seksuele geremdheid en dergelijke. Deze klachten onderstrepen niet langer - als de verhandelingen over geslachtsziektes plachten te doen - het toch al problematische karakter van de seksualiteit, ze vormen veeleer de struikelblokken op de weg naar een optimale seksualiteitsbeleving.³⁷

De jaren van de seksuele revolutie vormen bij elkaar een uniek intermezzo in de geschiedenis van geslachtsziektes. In de periode vanaf circa 1950 tot in de tweede helft van de jaren zeventig deed zich de uitzonderlijke situatie voor dat venerische kwalen, voorzover bekend, zonder al te grote moeite te genezen waren. De komst van de orale anticonceptie rond 1960 versterkte slechts deze 'situatie van

“gevolgenloosheid”³⁸. Het is interessant om te zien hoezeer de wijze van geslachtsziektenbestrijding door deze omstandigheden gekleurd is. Wat betreft de bestrijding van ziektes wordt tegenwoordig een onderscheid gemaakt tussen zogenaamde primaire en secundaire preventie. De eerste is gericht op het voorkómen van besmetting door - in het geval van geslachtsziekten - bijvoorbeeld gedragsveranderingen of het gebruik van condooms. Met secundaire preventie tracht men het aantal besmettingen zo gering mogelijk te houden door patiënten en hun seksuele partners zo snel mogelijk onder behandeling te krijgen. De geschiedenis van geslachtsziektenbestrijding van de afgelopen eeuw bestaat uit uiteenlopende combinaties van beide soorten activiteiten, maar gedragsveranderingen en ‘morele profylaxe’ hebben hierin altijd gefigureerd. In de tweede helft van deze eeuw komt hierin verandering; de nadruk komt dan volledig bij de secundaire preventie te liggen.³⁹

Opsporen en behandelen vormden de credo’s vanaf de jaren vijftig tot in de jaren tachtig, het aantal gratis behandelingsmogelijkheden nam toe, en iedereen die wat verdachts zag of voelde werd aangeraaden daar zo snel mogelijk gebruik van te maken. Met een beetje geluk was het gewoon een geslachtsziekte. De GG en GD in Amsterdam zond als extra service een aantal prikzusters op pad om de onbehandelde syfilis-gevallen onder de bezoekers van enkele homoseksuele uitgaansgelegenheden op het spoor te komen⁴⁰ en met behulp van de zogenaamde bron- en contactopsporing werden hele ketens getraceerd. De veronachtzaming waarvan hierboven sprake was, geldt dus niet zozeer de curatieve zijde van het vraagstuk, kenmerkend voor de jaren zestig en zeventig is veeleer het bagatelliseren van het gevaar van venerische infecties, hun reductie tot medisch behandelbare en dus ongevaarlijke aandoeningen, waartegen iedere preventie overbodig is. Voor seksuele onthouding, toch tijden lang de ruggegraat van iedere bestrijding, werd niet langer geopteerd en zelfs het condoom raakte als anti-infectiemiddel in onbruik. Het is opmerkelijk in welk een korte tijd de gedachte dat genezen beter dan voorkomen is verankerd is geraakt. De dreiging van hepatitis B werd in de kiem gesmoord met een vaccin, maar ook de penicilline resistente bacterieën, de symptoomloze ziektes en de toename van chlamydia hebben haar vrijwel onaangetast gelaten. De plotse pre-occupatie met genitale herpes rond 1980 vormde een eerste kentering op dit gebied, die verder versterkt werd door de komst van aids.⁴¹

praatKroeg Kom eens langs en neem je vrienden mee. Waar je het vindt? Het Rembrandtsplein door de Halvemaansteeg de brug over de Amstel en rechts ligt Shako. Kortere nog recht tegenover de „Kleine Komedie“. Open dagelijks van 22 uur tot 2 uur. Vrijdag van 22 uur tot 2 uur. Of ziens.

GESLACHTSZIEKTEN

020-232252 Gratis behandeling, maandag t/m vrijdag. Groenburgwal 44 (8.00-11.00) v Oldenbarneveldstr. 42 (13-15 u.)

GEDIPL. SPORTMASSEUSE heeft nog tijd beschikbaar. Uitsluitend voor leden met

tel. nr. 9538 Bur VN.

NVSH ZAAANSTAD ZATERDAG
6 SEPTEMBER S.O.S AVOND
(Sex-Ontmoeting-Samenzijn.)
Alleen voor paren Kosten f 15

contact komen met meisje tot 35 jaar voor trio-sex, niveau en hygiëne gewenst. (Niet bi). Nummer 9334 (gaarne met foto) bur. VN.

Sportief echtpaar, 33 jaar, wil graag PR met echtpaar op niveau. Alle faciliteiten aanwezig. Grote zorg voor hygiëne gewenst. Brieven g. m. foto onder nummer 9333 bur. VN.

ZOEK JE een lesbische/homosexuele relatie voor kortere of langere tijd? Het niet commerciële COC-RELATIEBURO helpt je zoeken. Je bent één jaar ingeschreven voor f 100 (COC-leden f 70). Vraag vrijblijvend informatie-materiaal: Frederiksplein 14, 1017 MX, Amsterdam. Tel. 020-234596

Betr. br. onder nw. 9151. Frans bel AKF-GBAKAD

Advertentie voor gratis behandeling van geslachtsziekten uit *Vrij Nederland*, 1980

Aids en andere seksueel overdraagbare aandoeningen

Het is een veelgehoorde opvatting dat de ziekte aids het sluitstuk van de seksuele revolutie vormt en dat haar komst een einde gemaakt heeft aan de zorgeloze promiscuïteit die voor de jaren zestig en zeventig kenmerkend wordt geacht. In Nederland verschenen in 1982 de eerste patiënten met aids en in 1983 werd er voor het eerst op grote schaal aandacht besteed aan HIV-besmetting. Het is sindsdien gebruik geworden om aan aids en aidsbestrijding een zeer belangrijke plaats toe te kennen bij de interpretatie van venerische statistieken: nemen de andere geslachtsziektes af dan komt dit door de dreigende aanwezigheid van aids, nemen ze toe dan wordt getwijfeld aan de effectiviteit van de aidsvoorlichting. Gezien de ernst van de ziekte aids is dit verband plausibel, maar het is de vraag of het voor alle groepen in dezelfde mate geldig is. Wat waren de ontwikkelingen in de jaren tachtig? Betekende aids inderdaad het einde van de seksuele revolutie, of mogelijk zelfs het begin van een contrarevolutie?

Uit de landelijke cijfers blijkt dat de aangifteplichtige ziektes syfilis en gonorrhoe rond 1980 hun top beleven en daarna met wisselende snelheid beginnen te dalen.⁴² Hieruit is dus geen doorslaggevende invloed van aids op te maken, eerder zou het kunnen zijn dat aids een reeds ingezette daling heeft bespoedigd. Deze daling is voor het eerst doorbroken in 1989, het aantal aangegeven syfilisgevallen stijgt dan met bijna 40% (van vierhonderd naar vijfhonderdvijftig). Zoals eerder betoogd zijn syfilis en gonorrhoe niet meer de enige ziektes die van betekenis zijn, de aangifte-cijfers geven over andere venerische aandoeningen echter geen uitsluitsel. Evenmin zeggen deze cijfers iets over de samenstelling van de patiëntengroep, zodat het in dit geval meer oplevert om de uitgewerktere gegevens van de stad Amsterdam als uitgangspunt te nemen. Hierbij zij opgemerkt dat Amsterdam voorloopt op de landelijke ontwikkelingen en dat tegelijkertijd bepaalde groepen, waaronder homoseksuelen, prostituées en buitenlanders, net als in andere grote steden zijn oververtegenwoordigd.⁴³ De Amsterdamse cijfers bieden daardoor een beeld dat weliswaar niet geheel representatief is, maar wel wat meer reliëf vertoont wanneer men geïnteresseerd is in specifieke veranderingen op de korte termijn.

Het totale aantal consulten op de twee Amsterdamse poliklinieken voor geslachtsziektenbestrijding bedraagt van 1980 tot en met 1986

circa twintigduizend per jaar, daarna daalt dit tot zo'n vijftienduizend in 1988. Deze daling verloopt niet voor alle groepen op dezelfde manier. Wat betreft de *homoseksuelen* zijn de gegevens zeer eenduidig: het aantal consulten onder hen neemt na 1984 duidelijk af, het percentage homoseksuele patiënten daalt van ruim 30% in 1981 naar nog geen 20% in 1988. Deze daling betreft alle ziektes, maar is het meest pregnant voor syfilis. Onder de mannen met syfilis daalde het percentage homoseksuele mannen van om en nabij de 80% in de eerste helft van de jaren tachtig naar onder de 20% in 1988. Het lijkt inderdaad zeer aannemelijk dat de afname van het aantal homoseksuelen met geslachtsziektes sinds 1984 het gevolg is van gedragsveranderingen die naar aanleiding van aids hebben plaatsgevonden.⁴⁴ Overigens is er wel in 1989 voor het eerst weer sprake van een stijging van het aantal homoseksuelen met syfilis. Voor *heteroseksuelen* is het iets ingewikkelder. Bij hen neemt bijvoorbeeld gonorrhoe al af sinds 1981 en syfilis sinds 1982, terwijl de laatste vanaf 1987 alweer toeneemt onder de mannen en onder prostituées. Hier lijkt dus in eerste instantie geen sprake te zijn van een noemenswaardig 'aids-effect'. Ter aanvulling dient echter vermeld dat het totale aantal consulten onder heteroseksuelen - mannen én vrouwen - pas afneemt in 1987. Ziektes als *herpes* en *trichomoniasis* blijven stijgen tot 1985 en bijvoorbeeld de *niet-gonorroïsche urethritis* ook daarna nog. Onder heteroseksuelen zou er dus sprake kunnen zijn van een wat latere invloed van aids, die zich vooral na 1987 zou hebben doen gelden.

De aan de ziekte aids toegeschreven invloed op het seksuele gedrag van mensen is niet los te zien van de dominante positie die zij niet alleen inneemt onder de overige seksueel overdraagbare aandoeningen, maar ook onder andere, qua ernst meer vergelijkbare, gezondheidsproblemen. De aandacht voor aids staat in Nederland in geen verhouding tot het aantal patiënten.⁴⁵ Dat is niet erg en zeker ook niet onbegrijpelijk, maar leidt wel tot de overschatting van één factor ter verklaring van recente schommelingen in de geslachtsziektenfrequenties, namelijk de angst voor aids. Onder heteroseksuelen zijn deze schommelingen weinig eenduidig en bieden ze slechts wankel ondersteuning voor de stelling dat de komst van aids een nieuw tijdperk heeft ingeluid. Het is nog te vroeg om hier een definitieve uitspraak over te doen; wellicht dat de homoseksuele mannen niet alleen in het begin, maar ook in de nadagen van de seksuele revolutie de koplopers zijn. Gezien de actuele toename van

syfilis onder homoseksuelen is het echter de vraag of de neergaande trend zal doorzetten. Een tweede vraag is of de aandacht voor aids constant zal blijven. Naar mijn verwachting is dat niet het geval en zal de publieke belangstelling voor aids in de komende jaren afnemen. De frequentie en gevolgen van chlamydia-infecties zullen daarentegen de komende tijd waarschijnlijk wat sterker onder de aandacht worden gebracht,⁴⁶ hetgeen vooral op het gedrag van heteroseksuelen van invloed zou kunnen zijn.

Hoewel de feitelijke invloed van aids op de seksuele praktijken van grote groepen op grond van venerische statistieken vooralsnog beperkt lijkt, is wel de invloed op de politiek van de geslachtsziektenbestrijding duidelijk waarneembaar. De komst van aids maakte een hernieuwde nadruk op primaire preventie noodzakelijk. Vanwege de associatie met voorbije tijden is deze wending vaak met moralistische inmenging in verband gebracht. Voor de betrokken voorlichters en bestrijders leverde deze beschuldiging lastige dilemma's op waar onderhand de nodige oplossingen voor gevonden zijn. Zo is afgesproken dat het beladen begrip 'promiscuïteit' niet langer als een risicofactor voor de verspreiding van aids genoemd wordt, daarvoor in de plaats zijn specifieke seksuele handelingen of technieken gekomen en zo ook beperken de gedragsregels zich strikt tot de uitwisseling van lichaamsvochten en houden zij zich verre van enige raadgeving op ander gebied. De noodzakelijke koersverandering van secundaire naar primaire preventie heeft door deze behoedzame opstelling het klimaat van seksueel liberalisme op wezenlijke punten ongemoeid gelaten. Ondanks het feit dat de komst van aids voor bepaalde groepen, waaronder homoseksuele mannen in de eerste plaats, buitengewoon ingrijpende gevolgen heeft gehad, moet toch de conclusie zijn dat haar invloed op zowel de praktische als de ideologische verworvenheden van de seksuele revolutie in Nederland over het geheel genomen gering is.⁴⁷

Toen Van Ussel schreef over de democratisering van seksuele fenomenen zal hij daarbij niet onmiddellijk gedacht hebben aan de verspreiding van geslachtsziekten. Toch hangt de frequentie van seksueel overdraagbare aandoeningen ten nauwste samen met sommige van deze fenomenen zoals wisselende seksuele contacten en seksuele gewoontes en technieken. De groei van het aantal patiënten met geslachtsziekten vanaf de jaren zestig is de eerste ontwikkeling die het aannemelijk maakt dat wisselende contacten

gedurende de seksuele revolutie zijn toegenomen. Het is mogelijk gebleken om deze toename met behulp van venerische statistieken enigszins te lokaliseren, waarbij verschillende scheidslijnen zijn aangebracht: leeftijd, nationaliteit, sekse en seksuele voorkeur. De toename onder homoseksuele mannen was het meest opvallend, die onder jonge heteroseksuelen het meest gestaag.

Wanneer niet meer de patiënten, maar de ziektekiemen het uitgangspunt vormen, blijkt, tot slot, nog een tweede ontwikkeling die wijst op recente veranderingen in de seksuele omgangsvormen, namelijk de opkomst van allerlei nieuwe ziektes in de loop van de jaren zeventig. William McNeill heeft in zijn boek *Plagues and Peoples* uiteengezet hoezeer ziekteregimes verweven zijn met menselijke samenlevingen en hoe veranderingen in contacten tussen en binnen samenlevingen hierop van invloed zijn.⁴⁸ De opkomst van een gehele waaier van nieuwe seksueel overdraagbare aandoeningen aan het einde van de jaren zeventig - waaronder genitale herpes, hepatitis B, chlamydia en tenslotte aids - vormt een belangrijke indicatie voor dergelijke veranderingen in contactpatronen tussen mensen, en wel op twee manieren. Allereerst wijst de snelle opkomst van nieuwe ziektes op een intensivering van de seksuele betrekkingen tussen mensen, met andere woorden op veranderingen in hun seksuele gedrag. Daarnaast getuigt de parallelle in de landen van de Westerse wereld wat betreft hun venerisch regime van nieuwe contactpatronen tussen verschillende delen van de wereld. Ook hier is sprake van een intensivering: deze contacten vinden massaler en frequenter dan ooit tevoren plaats. Dit heeft onder andere geleid tot een vergaande expansie van seksuele netwerken, tot een uitbreiding van de gebieden die via seksuele contacten met elkaar in verbinding staan en waarbinnen venerische infecties worden doorgegeven.

Noten

Met dank aan Myriam Everard en Bram van Stolk voor hun commentaar en aan de sector Volksgezondheid en Milieu van de GG en GD te Amsterdam voor de illustraties bij dit artikel.

- 1 J.M.W.van Ussel, *Geschiedenis van het seksuele probleem*. Meppel/Amsterdam: Boom, 1982⁷, p.342 (oorspr. uitg. 1968).
- 2 Zie: H.Bijkerk, *Het vóórkomen van geslachtsziekten in Nederland, 1967*. 's Gravenhage: Staatsdrukkerij, 1969. Het aantal patiënten dat nieuw werd ingeschreven bij de Diensten voor Geslachtsziektenbestrijding bereikte voor

- syfilis in 1947 een niveau dat nadien zelfs niet meer tot de helft gehaald is. Voor gonorrhoe werd de frequentie van 1947 opnieuw geëvenaard én overstegen vanaf eind jaren zeventig tot midden jaren tachtig. Van de omvang van de na-oorlogse geslachtsziektenepidemie in de provincie Utrecht werd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)* enkele jaren achtereenvolgens verslag gedaan. Zie: G.D.Hemmes, *NTvG* (1946), pp.1518-1524; (1947) pp.3014-3016; (1948) 3331-3332; (1949) pp.3578-3579; (1950) pp.3334-3336.
- 3 Uit onderzoek van de WHO blijkt dat zich in de tweede helft van de jaren vijftig een stijging in de syfilisfrequentie voordeed in ruim 70% van alle landen met enige vorm van registratie. Voor gonorrhoe was dit in bijna de helft van de landen het geval. In Europa bleek zelfs in respectievelijk 95% en 80% van de landen sprake te zijn van een toename van syfilis en gonorrhoe in deze jaren. Zie: Bijkerk, *a.w.*, pp.12-13.
 - 4 Dit was het eerst zichtbaar in de grote steden. In bijvoorbeeld Amsterdam steeg het aantal nieuwe syfilisgevallen per jaar op de poliklinieken voor geslachtsziektenbestrijding van de GG en GD tussen 1969 en 1973 van 4 naar 111 en het aantal gonorrhoeëpatiënten van 262 naar 1.631. Landelijk, dat wil zeggen volgens de cijfers van alle Diensten voor Geslachtsziektenbestrijding tezamen, werd deze versnelling in de toename in de loop van de jaren zeventig duidelijk. In totaal stijgt het aantal syfilisdiagnoses tussen 1960 en 1980 van ongeveer 100 naar ongeveer 1.000 per jaar. Voor gonorrhoe verloopt de toename in dezelfde periode van 1.200 naar ongeveer 9.000. Deze cijfers geven voornamelijk een trend weer en vormen slechts een geringe indicatie voor het werkelijk aantal geslachtsziekten in Nederland. Dezen worden bij lange na niet allemaal bij de Diensten voor Geslachtsziektenbestrijding behandeld.
 - 5 Zie vooral Allan Brandt, *No magic bullet. A social history of venereal disease in the United States since 1880*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1987.
 - 6 E.H.Hermans, Problemen betreffende de bestrijding van geslachtsziekten, *NTvG*, 103, I (1959), pp.963-968, hier p.967.
 - 7 Zie bijvoorbeeld P.Muntendam, Geslachtsziekten nog steeds een bedreiging voor de volksgezondheid, *NTvG*, 108, II (1964), pp.1389-1393; D.Suurmond, De frequentie van geslachtsziekten in en buiten Nederland, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 46 (1968), pp.141-145; R.R.Willcox, Social aspects of the venereal diseases, *Current Medicine and Drugs*, 5 (1965), pp.3-20.
 - 8 Suurmond, *a.w.*, p.142. Zie ook: Rapporten van de Commissie Consultatiebureau-wezen. Het Adviesbureau Geslachtsziektenbestrijding, *Medisch Contact*, 22, II (1967), pp.671-673: 'De meest bedreigde groepen vormen thans de pubers, de adolescenten en de homoseksuelen. Ook het toenemend aantal buitenlandse arbeidskrachten in Nederland ziet de Commissie als een steeds belangrijker factor in de verbreiding der geslachtsziekten' (p.672).
 - 9 Een prototype van de toenmalige patiënt is het 15-jarige meisje, dat een arts bezocht vanwege de klachten die zij had ontwikkeld sinds zij cohabiteerde met een Griek en dat met gonorrhoe besmet bleek te zijn. Haar ouders

waren gescheiden. Zie: A.P.Roodvoets, Toenemende promiscuïteit een bedreiging voor de volksgezondheid, *Medisch Contact*, 20 (1965), pp.83-87, hier p.86.

- 10 De eerste twee van deze drie enquêtes (1959 en 1963), die onder huisartsen werden gehouden, hadden slechts betrekking op de frequentie van syfilis in Nederland. Zie: B.V.Bekker, Verslag lues-enquête 1959, *GHI-Bulletin* (april 1960), pp.2-9. En: H.Bijkerk, Lues-enquête 1963, *GHI-Bulletin* (juni 1966), pp.3-40. In 1967 werd er zowel een lues-enquête onder huisartsen gehouden als een enquête onder dermatologen naar het voorkomen van syfilis én gonorrhoe. Zie voor beide: Bijkerk, *a.w.*, 1969. Een deel van de cijfers in dit artikel, alle van vóór 1967 en voor de vergelijkingen ook die van daarna, hebben dus noodzakelijkerwijs betrekking op syfilispatiënten en dat geeft een enigszins vertekend beeld. De cijfers van de Diensten voor Geslachtsziektenbestrijding (vanaf 1940) bestaan tot begin jaren tachtig alleen uit weinig gespecificeerde totaal-aantallen die weliswaar een trend weergeven, maar geen uitsluitsel geven over de vraag die hier aan de orde is, namelijk of het aandeel van specifieke groepen veranderd is. Bovendien vertonen de cijfers van de Diensten een aantal belangrijke vertekeningen, vanwege enkele systematische verschillen tussen de door deze diensten geregistreerde patiënten en de door bijvoorbeeld huisartsen of dermatologen behandelde patiënten. In 1976 werd er, zoals gezegd, een aangifteplicht voor syfilis en gonorrhoe ingevoerd. Dit levert voor deze ziektes een tweede tijdreeks, waarvan over het jaar 1980 uitgebreidere gegevens werden gepubliceerd. Zie: H.Bijkerk, Epidemiologie. In: E.Stolz & D.Suurmond (red.), *Seksueel overdraagbare aandoeningen*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu, 1982, pp.27-41. In het algemeen wordt er vanuit gegaan dat zeker de cijfers van de Diensten voor Geslachtsziektenbestrijding, maar ook het aantal bij de Geneeskundige Hoofinspectie gemelde gevallen geen realistische afspiegeling vormen van het werkelijk aantal geslachtszieken in Nederland. Zo bleek uit een telefonische enquête onder behandelaars dat het aantal aangegeven gevallen in 1985 voor syfilis en gonorrhoe slechts 37% respectievelijk 34% bedroeg van het in dit onderzoek gevonden aantal. Zie: H.M.Th.M.Miltenburg e.a., *Gonorrhoe in Nederland (en enkele beschouwingen over andere soa)*. Verslag van een telefonische enquête onder behandelaars naar het voorkomen van gonorrhoe in Nederland. Utrecht: SOA-Stichting, 1988. Met al deze tekortkomingen is dit het enige materiaal dat ons ter beschikking staat.
- 11 Het percentage tieners (opgevat als de leeftijdsgroep 15-19 jaar) onder de mannen met syfilis daalt van 7% in 1959 naar 5% in 1967 en 4% in 1980. Onder de vrouwen met syfilis neemt het percentage tienermeisjes in dezelfde periode af van 14% naar 10%. Voor gonorrhoe blijft het percentage tienerjongens onder de mannen gelijk tussen 1967 en 1980 (5,5%), het percentage meisjes neemt iets af, van 17% naar 15%. Het is opvallend dat het aandeel van jonge meisjes relatief veel groter is dan dat van jongens. Dat is nog steeds zo. Al met al stijgt de syfilisincidentie onder 15- tot 19-jarigen van 2,1 naar 4,9 per 100.000 tussen 1959 en 1980. De incidentie in de

- gehele bevolking stijgt in dezelfde tijd van 1,8 naar 8,3. Tussen 1967 en 1980 stijgt de gonorrhoe-incidentie onder tieners van 22 naar 85, in de gehele bevolking van 26 naar 87. Het aandeel van tieners is met betrekking tot gonorrhoe van grotere betekenis dan met betrekking tot syfilis. Ook dat is nog steeds zo.
- 12 Deze conclusie strookt met de bevindingen van Beek met betrekking tot de stad Rotterdam, zie: C.H.Beek, *Vergelijkend onderzoek naar de samenstelling der groepen lijders aan gonorrhoe, die in 1954-1956 en 1964-1966 ter behandeling kwamen*, *NTvG*, 112, I (1968), pp.989-991.
 - 13 Het aandeel van homoseksuele vrouwen komt een enkele keer ter sprake, maar wordt tot op heden van zeer weinig belang geacht voor de verspreiding van geslachtsziektes. Wanneer ik in het vervolg van dit artikel spreek van homoseksuelen en homoseksualiteit doel ik dan ook op de mannelijke varianten.
 - 14 Zie bijvoorbeeld Hermans, *a.w.*; P.de Cock & E.H.Hermans, *Geslachtsziekten en homoseksualiteit bij mannen*, *NTvG*, 107, I (1963), pp.940-944.
 - 15 Uit 1959 zijn geen gegevens bekend. De 11% uit 1963 moet met de nodige voorzichtigheid worden beschouwd omdat er in deze lues-enquête niet specifiek gevraagd werd naar homoseksualiteit. De genoemde 11% werd spontaan opgegeven, zodat het aannemelijk is dat het in werkelijkheid om een hoger percentage gaat. Overigens is het aantal homoseksuelen onder de mannen met syfilis nog pregnanter in de grote steden, met name Amsterdam. Hier liep dit op tot zo'n 85% in de eerste helft van de jaren tachtig, om daarna in ijltempo te kelderen: van 87% in 1985 tot 17% in 1988. Bron: *Jaarverslagen Geslachtsziektenbestrijding GG en GD Amsterdam 1981-1988*.
 - 16 Ook Beek (1968) vond in zijn onderzoek een duidelijke toename van homoseksuele infecties onder ongehuwde mannelijke gonorrhoeëpatiënten in Rotterdam. In de periode 1954-1956 werden deze niet opgegeven en gedurende 1964-1966 bij 18%. Zie: Beek, *a.w.*, p.990. Bij de percentages die in de tekst gegeven zijn moet opgemerkt dat die uit 1980 afkomstig zijn van de Diensten voor Geslachtsziektenbestrijding, waar een aantal groepen - waaronder homoseksuelen - is oververtegenwoordigd.
 - 17 Zie: Bijkerk, *a.w.*, 1982, p.30, in navolging van 'de stelling van Willcox', zie: Willcox, *a.w.*, 1965: 'The key to venereal disease transmission is not immorality *per se* but promiscuity' (p.6).
 - 18 De term 'seksuele figuratie' is afkomstig van Straver en Van Stolk die in het kader van de toekomstige verspreiding van aids hebben gewezen op het belang en het functioneren van seksuele circuits. Zie: Cees Straver & Bram van Stolk, *De kans op verbreiding van AIDS onder de Nederlandse bevolking*, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 43, 4 (1988), pp.379-393.
 - 19 De recidivisten zijn uitgesplitst naar sekse en naar nationaliteit maar niet naar seksuele voorkeur. Van de Nederlanders had 35% al eerder syfilis en/of gonorrhoe (39% van de mannen en 21% van de vrouwen), onder de buitenlanders (mannen) was dit 36%.
 - 20 Met dank aan Martien Sleutjes van de SOA-Stichting die mij deze cijfers ter

beschikking stelde. Uit een in 1987 gehouden onderzoek onder 855 mensen uit verschillende regio's met (het vermoeden van) een geslachtsziekte bleek opnieuw een groot aantal recidivisten; in meer dan de helft van de gevallen was hiervan sprake. Uitgesplitst naar seksuele voorkeur bleek eenmalige recidive onder heteroseksuelen en homoseksuelen relatief even vaak voor te komen (28%), terwijl homoseksuelen relatief vaker meervoudig recidivist zijn, dus meer dan één keer eerder een geslachtsziekte hadden (44% vergeleken met 24% van de heteroseksuelen). Zie: P.E.M. Leenaars, G.H. de Weert-Van Oene & A.J.P. Schrijvers, *Circuitkeuze van SOA-patiënten*. Rijksuniversiteit Utrecht, Faculteit Geneeskunde, Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, 1989, p.71.

- 21 E.H. Hermans, Buitenlandse arbeiders en besmettelijke ziektenbestrijding, *NTvG*, 108, II (1964), p.2188.
- 22 Zie Bijkerk, *a.w.*, 1966, p.17. In de enquête uit 1967 wordt wel een onderscheid aangebracht tussen in het buitenland woonachtige buitenlanders enerzijds en de in Nederland wonenden anderzijds. Onder het totaal aantal patiënten bleek zich toen, in 1967, 28% buitenlanders te bevinden waarvan 30% met domicilie in het buitenland en 70% in Nederland. Het kan dus wel worden aangenomen dat de incidentie van geslachtsziekten onder buitenlandse werknemers in ieder geval toentertijd aanzienlijk hoger lag dan onder Nederlanders, i.c. Nederlandse mannen. Met name bleek dit in de grote steden.
- 23 De enquête uit 1959 levert hierover helaas geen informatie.
- 24 Of de verwachting over de sterke afname van de betekenis van de 'traditionele risicogroep', de klassieke prostitutie, is uitgekomen is moeilijk te zeggen. Uit het onderzoek uit 1967 bleek dat 23% van de Nederlandse mannen en 42% van de buitenlanders nog door een prostituée besmet werd. Voor deze gegevens bestaat geen historisch vergelijkingsmateriaal. Wel is uit de cijfers van de Diensten voor Geslachtsziektenbestrijding bekend dat halverwege de jaren tachtig zo'n 40% van de vrouwen met gonorrhoe en 30% van de vrouwen met syfilis in de prostitutie werkzaam was. Deze cijfers zijn echter vertekend door het relatief grote aantal prostituées dat zich bij deze Diensten aanmeldt en niet bij bijvoorbeeld de huisarts. Uit een landelijk onderzoek naar het vóórkomen van geslachtsziekten in Nederland dat geacht wordt een realistischer schatting van de frequentie op te leveren dan gegeven wordt door de Geneeskundige Hoofdinspectie of door de cijfers van de genoemde Diensten, bleek in 1985 12% van de vrouwen met gonorrhoe prostituée te zijn. Zie: Miltenburg e.a., *a.w.*, p.35.
- 25 Gebruik makend van de drie lues-enquêtes die in 1959, 1963 en 1967 werden gehouden en van het aantal aangegeven gevallen in 1980 zijn de exacte cijfers voor syfilis aldus (absolute aantallen gevolgd door aantallen per 100.000 tussen haakjes):

	Totaal	Mannen	Vrouwen	% Vrouwen
1959	204 (1,8)	140 (2,5)	64 (1,1)	31,4%
1963	472 (3,9)	378 (6,4)	94 (1,6)	19,9%
1967	660 (5,2)	503 (8,0)	157 (2,5)	23,8%
1980	1169 (8,3)	950 (13,7)	219 (3,1)	18,7%

Voor gonorrhoe zijn de gegevens afkomstig van de dermatologen-enquête uit 1967 en van het aantal aangegeven gevallen in 1980:

	Totaal	Mannen	Vrouwen	% Vrouwen
1967	3277 (26,0)	2630 (41,8)	647 (10,3)	19,7%
1980	12264 (87,0)	8311 (120,2)	3953 (56,4)	32,2%

- 26 Deze groep bestond uit 2.946 homoseksuele mannen. Voor het overige is er zeer weinig bekend over de frequentie van hepatitis B als seksueel overdraagbare aandoening. Weliswaar bestaat er ook voor deze ziekte een aangifteplicht, maar hieronder vallen ook de niet seksuele besmettingen. Bovendien wordt de ziekte maar bij een minderheid van de patiënten ontdekt en worden ook nog eens niet alle gevallen aangegeven. Rond 1980 bedroeg het aantal aangiftes ongeveer 700, het werkelijke aantal ligt volgens Coutinho zo'n 10 tot 20 keer hoger. Zie: R.A.Coutinho, *Sexually transmitted diseases among homosexual men. Studies on epidemiology and prevention*. Amsterdam: Rodopi, 1984.
- 27 Zo verscheen op 25 september 1982 *de Volkskrant* met de kop dat in Nederland één op de zeven volwassenen besmet was met herpes genitalis.
- 28 Met zekerheid valt hier weinig over te zeggen, omdat er uit deze tijd, de jaren zeventig, geen cijfers bestaan. Vergelijkbare landelijke cijfers of tijdreeksen bestaan voor herpes genitalis überhaupt niet. Van bijvoorbeeld Amsterdam zijn de gegevens vanaf 1981 bekend; daar steeg het aantal herpesdiagnoses tussen 1981 en 1985 van 281 naar 517, daarna daalde dit weer. Zie: *Jaarverslagen Geslachtsziektenbestrijding GG en GD Amsterdam 1981-1988*. Op grond van onderzoek werd de schatting gemaakt dat het in 1985, het topjaar van de herpes genitalis, landelijk om een kleine 9.000 diagnoses zou gaan. Zie: Miltenburg e.a., *a.w.*, p.39.
- 29 Bij een in Tilburg verricht onderzoek onder vrouwen die in aanmerking wilden komen voor kunstmatige inseminatie bleek in meer dan de helft van de gevallen van eileiderafsluiting sprake te zijn van een chlamydia-infectie. Zie: M.F.Peeters e.a., *Chlamydia trachomatis, infertilititeit en in vitro-fertilisatie, NTvG*, 132, II (1988), pp.1438-1442. Landelijke gegevens over de stille woekeraars zijn niet voorhanden. Wel geven de cijfers van de poliklinieken van de GG en GD in Amsterdam een indicatie van de groeiende betekenis van deze ziektes vergeleken met de klassieke aandoeningen. Deze cijfers beginnen in 1981 en starten op een niveau waaruit men mag afleiden dat

genoemde ziektes zich gedurende de jaren zeventig onopgemerkt hebben verspreid: in 1981 worden er in Amsterdam al zo'n 3.000 gevallen van niet-gonorroïsche urethritis en ongeveer 1.000 van zowel trichomoniasis als candidiasis geregistreerd. Sinds enkele jaren wordt chlamydia genoemd als de meest voorkomende seksueel overdraagbare aandoening in de westerse wereld. Zie bijvoorbeeld: Marcia Inhorn Millar, Genital chlamydial infection: A role for social scientists, *Social Science and Medicine*, 25 (1987), pp.1289-1299.

- 30 Wel is de komst van penicillinase vormende gonokokkenstammen een kleine maar goed gedocumenteerde casus van de import van een nieuw soort ziekteverwekker in Nederland. De gonokok is de microbe die gonorrhoe veroorzaakt en is normaal gesproken te bestrijden met penicilline. De penicillinase vormende gonokok (PVG) is hiertegen resistent en vormt vanaf het midden van de jaren zeventig een probleem in de gonorroebestrijding. De Geneeskundige Hoofdingspectie heeft gedurende enige jaren de verspreiding van de PVG gemeld. Hieruit zijn import en integratie van de PVG in Nederland zeer duidelijk op te maken:

	Aantal gevallen van PVG	% in het buiten- land besmetten	% buiten- landers
1977	11	91%	82%
1978	52	19%	38%
1979	273	11%	55%
1980	475	9%	35%
1981	1180	9%	32%
1982	1482	8%	37%
1983	1018	9%	29%

- 31 Zie voor een overzicht hiervan: O.Idsoe & T.Guthe, The rise and fall of the Treponematoses. Ecological aspects and international trends in venereal syphilis, *British Journal of Venereal Diseases*, 43 (1967), pp.227-243.
- 32 Andrew Holleran, Snobs at sea: 1983. In: *Ground Zero*. New York: Plume, 1989 (1988), p.32. Zie ook in deze bundel het stuk Notes on Promiscuity: '(...) promiscuity flourished in the seventies precisely because it was disease-free (or so everyone thought). That is, every disease acquired via promiscuous sex was curable with some sort of penicillin. (...) In fact, promiscuity's considerable charm may be measured by the number of afflictions people were willing to put up with as the *occupational hazards* of promiscuity. Until AIDS, these were: crabs, scabies, venereal warts, syphilis, gonorrhoea, anal fissures, amoebiasis, hepatitis, and (the first one to give promiscuous heterosexuals pause), herpes' (p.115).
- 33 De term is ontleend aan P.Robinson, *The modernization of sex. Havelock Ellis, Alfred Kinsey, William Masters and Virginia Johnson*. New York: Cornell University Press, 1989 (1976), die spreekt van '*sexual enthusiasm: the conviction that sex is a vital and a fulfilling human experience*' (pp.vii-viii) en

- die de moderne seksuologen omschrijft als 'sexual enthusiasts' (pp.2-3).
- 34 Voor de eerste expliciete formuleringen van het enthousiaste standpunt kan men het beste te rade gaan bij de NVSH die al in 1947 de volgende beginselen in haar statuten opnam (art.4a en b): 'a. Zij acht een gezond geslachtsleven noodzakelijk voor een harmonische ontplooiing, lichamelijk zowel als geestelijk, van de persoonlijkheid, het gezin en de gemeenschap en beschouwt daarom het recht op een dusdanig geslachtsleven als een mensenrecht, dat ook door de staat niet mag worden aangetast. Bewuste beheersing der conceptie acht zij daarbij onmisbaar (...). b. Gezond acht zij slechts een geslachtsleven, dat de voor elke periode van het leven kenmerkende, harmonische bevrediging ten volle verschaft'. Zie: G.Nabrink, *Seksuele hervorming in Nederland. Achtergronden en geschiedenis van de Nieuw-Malthusiaanse Bond (NMB) en de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (NVSH), 1881-1971*. Nijmegen: SUN, 1978, pp.337-338. Een dergelijk standpunt bleef echter niet tot NVSH-kringen beperkt, zie bijvoorbeeld de resolutie inzake huwelijk en seksualiteit die de Nationale Federatie voor Geestelijke Volksgezondheid in 1965 aan regering en volksvertegenwoordiging deed toekomen waarin onder andere geconcludeerd wordt 'dat het uit psycho-hygiënisch oogpunt gezien van het grootste belang is, dat de Nederlandse bevolking in al haar geledingen de seksualiteit leert te waarderen niet alleen als drijfveer en middel tot voortplanting, maar ook als een voorname bijdrage tot een zo volwaardig mogelijke ontplooiing van de man/vrouw- relatie'. *Medisch Contact*, 20 (1965), p.1120.
- 35 Zie voor een mogelijke ingang hiertoe: P.Schnabel, Seksualiteit in de welvaartsstaat, *Sociologische Gids*, XX, 3 (1973), pp.189-206. En van dezelfde auteur: Seksualiteit, sociologisch gezien. In: Jos Frenken (red.), *Seksuologie. Een interdisciplinaire benadering*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980, pp.13-35.
- 36 Voor de populariteit van de pil, zie Nabrink, *a.w.*, pp.226-227 en p.449. De komst van de orale anticonceptie zou om twee redenen van invloed geweest kunnen zijn op de verspreiding van geslachtsziektes. Ten eerste omdat de mogelijkheid tot effectieve voorbehoeding de promiscuïteit zou hebben doen toenemen en ten tweede omdat de pil het gebruik van het condoom - het enige middel met dubbel profylactische werking - verdrongen kan hebben. Hiertegenover staat de opvatting dat de pil voornamelijk geslikt werd door de minst promiscuen en daarnaast een algemene discussie omtrent geboorteregeling ontketende die uiteindelijk een toename van het gebruik van *alle* middelen, waaronder het condoom, tot gevolg had. Zie: J.Weeks, *Sex, Politics and Society. The regulation of sexuality since 1800*. London/New York: Longman, 1981, p.260. Deze laatste opvatting wordt ondersteund door het onderzoek van Fabery de Jonge, die vond dat niet alleen het aantal vrouwen dat de pil gebruikte steeg tussen 1968 en 1973 (van 11% naar 29% van de 15-45-jarige vrouwen), maar ook het aantal verkochte condooms (3 miljoen in 1950, 22 miljoen in 1969 en 32 miljoen in 1972). Zie: I.Fabery de Jonge aangehaald in: G.A.Kooy, *Seksualiteit, huwelijk en gezin in Nederland*.

- Ontwikkelingen en vooruitzichten*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1975, pp.155-156.
- 37 Kenmerkend voor de geringe belangstelling voor de infectieziekten van het geslachtsleven is de in 1980 verschenen bundel van Frenken. Naast artikelen over seksuele en relationele problemen, dysfuncties en therapieën is hierin een aparte bijdrage opgenomen over seksualiteit en ziekte in de medische praktijk. In deze bijdrage komen geslachtsziekten niet voor. Zie: M. Moors-Mommers, Seksualiteit en ziekte. In: Jos Frenken (red.), *a.w.*, pp.397-409.
- 38 P.Schnabel, *a.w.*, 1980, p.19.
- 39 Vgl. M.Sleutjes, Preventie van SOA: de lange weg, *SOA-Bulletin*, 10, 6 (1989), pp.I-V.
- 40 Zie: L.H.Lumey, Jeannette Kok & R.A.Coutinho, Screening for syphilis among homosexual men in bars and saunas in Amsterdam, *British Journal of venereal diseases*, 58 (1982), pp.402-404. En de jaarverslagen van de GG en GD Amsterdam 1981-1986.
- 41 Voor meer over herpes: Annet Mooij, 'This terrible thing'. Over opkomst en ondergang van herpes genitalis, *De Gids*, najaar 1990.
- 42 De incidentie van syfilis was in 1979 op haar hoogst (8,5 per 100.000) en daalde daarna gestaag tot 2,7 in 1988; de incidentie van gonorrhoe bedroeg in 1981 105 per 100.000 en daalde, versneld na 1984, tot 22,8 in 1988.
- 43 Deze oververtegenwoordiging wordt nog extra aangezet doordat de Amsterdamse cijfers afkomstig zijn van de twee poliklinieken voor geslachtsziektenbestrijding aldaar, die relatief meer van het hier genoemde publiek trekken dan huisartsen of dermatologen. De cijfers die ik in het onderstaande gebruik zijn afkomstig uit de *Jaarverslagen Geslachtsziektenbestrijding GG en GD Amsterdam* over de jaren 1981-1988 en uit een nadere bewerking hiervan: J.S.A.Fennema e.a., Het vóórkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen bij de bezoekers van twee geslachtsziektenpoliklinieken in Amsterdam, 1981-1987, *NTvG*, 133 (1989), pp.886-890.
- 44 Voor een uitgebreide studie naar seksuele gedragsveranderingen onder homoseksuelen, zie: G.J.P.van Griensven, *Epidemiology and prevention of HIV infection among homosexual men*. Amsterdam, academisch proefschrift, 1989.
- 45 Tot 1 maart 1990 bedroeg het cumulatief aantal aids-patiënten in Nederland 1.174. Van hen is ruim de helft overleden.
- 46 Aan de opkomst van chlamydia wordt buiten de kringen van deskundigen al sinds enige tijd bekendheid gegeven. Zie bijvoorbeeld: Anke Manschot, Steeds meer vrouwen onvruchtbaar. De harde feiten over een onderschatte geslachtsziekte, *Opzij*, 16, 12 (1988), pp.52-54; Bart Meijer van Putten, De echte reden voor veilig vrijen. *NRC Handelsblad*, 13-6-1989; Chlamydia geslachtsziekte nummer één, *Trouw*, 29-3-1990.
- 47 Tot een vergelijkbare conclusie komt Paul Schnabel, Forum: Een veranderende kijk op seksualiteit, *Tijdschrift voor Seksuologie*, 13 (1989), pp.208-218.
- 48 Zie: William H.McNeill, *Plagues and Peoples*. New York: Anchor Press/-Doubleday, 1976.