

DE POTENTIE VAN PSYCHOFYSIOLOGISCH ONDERZOEK

"Honni soit qui mal y pense"

dr. A.K. Slob

Rede EUR
1992
002

MEDISCHE BIBLIOTHEEK EUR



019600 0025 2811



DE POTENTIE VAN PSYCHOFYSIOLOGISCH ONDERZOEK

“Honni soit qui mal y pense”

REDE

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder
hoogleraar in de fysiologie en pathofysiologie van de
seksualiteit aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op donderdag 13 februari 1992

door

dr. A.K. Slob

“Aan de zachtheid van onze penis gaat onze aandacht voorbij. Toch is het maar goed dat de meeste mannen het merendeel van de tijd een slappe hebben. Wij onderwaarden onze genitale zachtheid niet alleen omdat ons in het patriarchaat zo veel fallische waarden zijn aangeleerd, maar ook omdat wij allen mannelijke energie en echte mannelijkheid vereenzelvigen met vitaliteit van jeugdige mannelijke uitstraling. Wanneer we ouder worden, neemt de hardheidsgraad van onze penis af. Bang als we zijn voor onze eigen sterfelijkheid, willen we dan onze eigen genitale zachtheid niet zien en projecteren we deze eigenschap op vrouwen die we dan zwak vinden, en zacht en kwetsbaar - allemaal tekenen van sterfelijkheid, allemaal eigenschappen om op neer te kijken en te ontkennen. De onderwaardering van genitale zachtheid en overwaardering van de fallus hebben de wereld tot een gevaarlijke plaats gemaakt voor mannen. De prijs voor die onderwaardering, is het verlies van een wezenlijke spirituele energie en kracht. Het is de energie en kracht die met de ‘Via Negativa’ wordt geassocieerd^{Nelson,34,p.7}”.

DE POTENTIE VAN PSYCHOFYSIOLOGISCH ONDERZOEK

“Honni soit qui mal y pense”

REDE

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder
hoogleraar in de fysiologie en pathofysiologie van de
seksualiteit aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op donderdag 13 februari 1992

door

dr. A.K. Slob

“Aan de zachtheid van onze penis gaat onze aandacht voorbij. Toch is het maar goed dat de meeste mannen het merendeel van de tijd een slappe hebben. Wij onderwaarden onze genitale zachtheid niet alleen omdat ons in het patriarchaat zo veel fallische waarden zijn aangeleerd, maar ook omdat wij allen mannelijke energie en echte mannelijkheid vereenzelvigen met vitaliteit van jeugdige mannelijke uitstraling. Wanneer we ouder worden, neemt de hardheidsgraad van onze penis af. Bang als we zijn voor onze eigen sterfelijkheid, willen we dan onze eigen genitale zachtheid niet zien en projecteren we deze eigenschap op vrouwen die we dan zwak vinden, en zacht en kwetsbaar - allemaal tekenen van sterfelijkheid, allemaal eigenschappen om op neer te kijken en te ontkennen. De onderwaardering van genitale zachtheid en overwaardering van de fallus hebben de wereld tot een gevaarlijke plaats gemaakt voor mannen. De prijs voor die onderwaardering, is het verlies van een wezenlijke spirituele energie en kracht. Het is de energie en kracht die met de ‘Via Negativa’ wordt geassocieerd^{Nelson,34,p.7}”.

Mijnheer de Rector Magnificus,
Dames en Heren,

Psychofysiologisch onderzoek binnen de seksuologie bestudeert de samenhang tussen "psyche" en "lichaam", tussen psychologische en fysiologische processen. Deze processen beïnvloeden elkaar. Een voorbeeld uit de seksuologie ter verduidelijking. Stel u kijkt helemaal alleen naar een video van blote mensen die uitbundig en met veel plezier aan het vrijen zijn. Via uw ogen komen de beelden in uw hersenen. Daar worden ze gewikt en gewogen en kunnen aanleiding geven tot lichamelijk, fysiologisch reageren. Bijvoorbeeld u wordt seksueel opgewonden, er gaat bloed naar uw geslachtsorganen, u wordt vochtig of u krijgt een erectie. Maar het kan ook zijn dat u walgt, uw maag trekt samen en u moet snel een andere kant uitkijken om niet over te geven. Het is uw psyche, zeg de programmering van uw centraal zenuwstelsel, uw hersenen, die de respons bepaalt.

Psychofysiologisch onderzoek heeft potentie. Met potentie bedoel ik dan allereerst, in navolging van de dikke Van Dale "verborgen, nog niet aan het licht gekomen kracht". Maar ik bedoel er ook mee "seksueel vermogen". In de mij resterende tijd wil ik proberen u voor mijn stelling te winnen.

Seksueel functioneren

Het samenspel van factoren die het menselijk seksueel functioneren bepalen is schematisch verbeeld door Davidson¹.

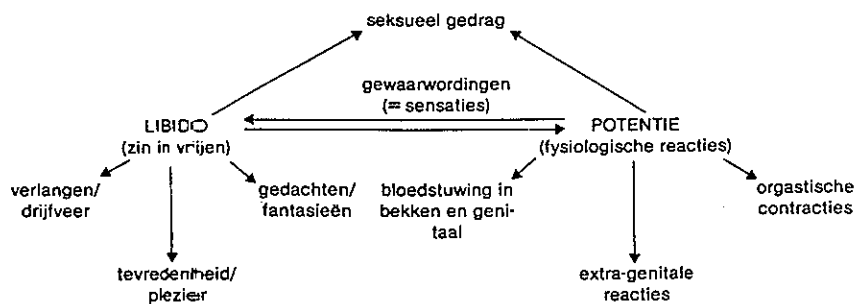


Fig 1. Verschillende facetten van menselijk seksueel gedrag volgens Davidson (1984).

In dit schema omvat het begrip "libido" (links) die seksualiteitsaspecten die te maken hebben met bewuste gewaarwording. "Potentie" (rechts) omvat die aspecten welke fysiologisch gemeten kunnen worden. De pijlen

tussen libido en potentie illustreren de interactie tussen beide, tussen lichaam en geest. De 'zin in seks' kan bijvoorbeeld via seksuele gedachten en fantasieën leiden tot extra aanvoer van bloed naar de geslachtsorganen, met als gevolg erectie van clitoris of penis, en vochtig worden van de schede. Deze reacties kunnen op hun beurt weer leiden tot bewuste gewaarwordingen welke het seksueel verlangen of de seksuele opwinding verder aanwakkeren. Bancroft², de bekende Engelse seksuoloog, spreekt in dit verband van de "psychosomatic circle of sex". Cognitieve factoren zowel als aanrakingen prikkelen bepaalde centra in hersenen en ruggemerg.

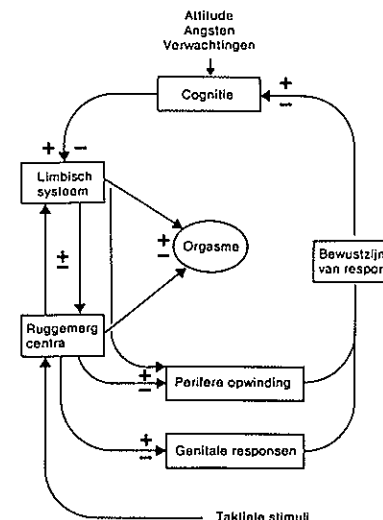


Fig. 2. De psychosomatische cirkel van seks volgens Bancroft (1989).

In antwoord hierop volgen fysiologische reacties van het lichaam en de geslachtsorganen. Bewustwording van deze reacties kan opwindend of beangstigend zijn. Het is belangrijk zich te realiseren dat op elk punt in de cirkel zowel stimulerende als remmende mechanismen actief kunnen zijn (zie plussen en minnen). Is het systeem positief in gang gezet dan kan het doorgaan tot een orgasme optreedt, waarna, speciaal bij de man, een tijdelijk "uitschakel"-mechanisme werkzaam is. Een kortere of langere periode is het dan onmogelijk de cirkel opnieuw in gang te zetten.

Vicieuze cirkel en "proberen"

Wanneer gesproken wordt over oorzaken van seksuele dysfuncties, wordt meestal gedacht aan negatieve factoren die ergens in deze cirkel remmend

werken. Het is heel goed mogelijk dat zulke factoren een blijvend remmend effect hebben, ook als ze zelf niet meer als zodanig werken. Als voorbeeld: het effect van té veel alcohol (waardoor de erectie niet optrad) of een plaatselijke pijn in schede (waardoor er schedekramp optrad), kan een proces van angst en mislukking in gang zetten dat door blijft gaan lang nadat de oorspronkelijke oorzaak verdwenen is. Men spreekt dan van een vicieuze cirkel: mislukken - falen - angst - proberen - mislukken.

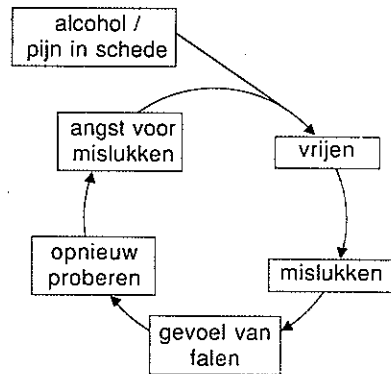


Fig. 3. Vicieuze cirkel van ontstaan en blijven van seksuele problematiek.

Bij nagenoeg alle mensen met een seksuele dysfunctie staat het vrijen in belangrijke mate in het teken van "proberen". Bijvoorbeeld bij vragen naar hoe vaak er gemeenschap is komt regelmatig het antwoord "We proberen het zo 1 à 2 keer in de week". De gedachten van beide partners tijdens het vrijen zijn gemakkelijk te raden: "Zal het zometeen wel lukken?"; "Als het maar geen pijn doet"; "Het gaat vast niet goed"; "Deze keer móét het goed gaan"; "Zou ie nu stijf genoeg zijn?"..... Psychofysiologisch gezien zijn dit seksueel niet erg "opwindende" gedachten en fantasieën!

Seks-specifieke fysiologische reacties

Terug naar de fysiologie³. Tijdens seksuele opwinding kunnen ook in andere delen van het lichaam allerlei fysiologische reacties plaatsvinden: versnellen van de ademhaling, van de hartslag, stijgen van de bloeddruk, warm worden, transpireren. Deze reacties zijn niet specifiek voor seksuele opwinding. Ook andere emoties als stress, angst, woede of verbazing kunnen deze reacties veroorzaken. Wel kenmerkend voor seksuele opwinding zijn reacties van de geslachtsorganen. Bij modern seksofysiologisch onderzoek worden dan ook de veranderingen in de geslachtsorganen gemeten. Een korte uitleg over hoe dit in zijn werk gaat.

Een proefpersoon of patiënt wordt in een onderzoekruimte blootgesteld

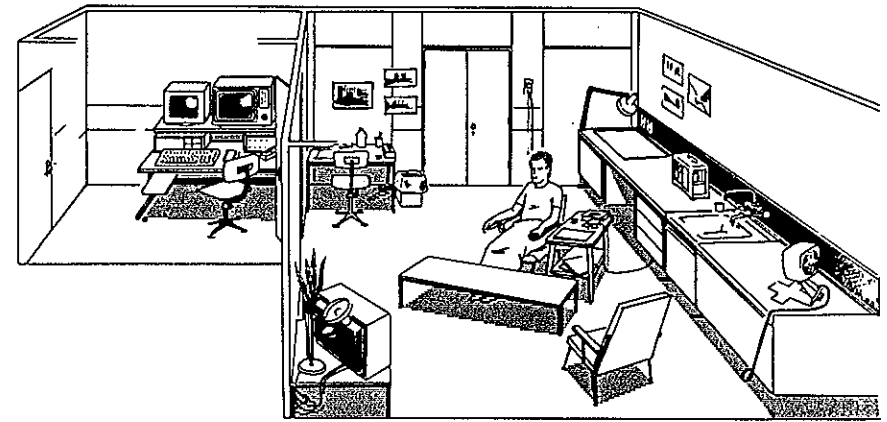


Fig. 4. Onderzoekskamer met zijkamer zoals gebruikt voor psychofysiologisch onderzoek (tekening C. de Vries, AVC, EUR).

aan erotische/seksuele stimuli. Dat kunnen zijn fantasieën, dia's, film- of videobeelden. Met bepaalde meetapparatuur worden gelijktijdig een aantal fysiologische reacties aan de geslachtsorganen geregistreerd. Arts of onderzoek(st)er en de registratieapparatuur bevinden zich in een aangrenzende kamer. Een vertrouwelijk sfeer en privacy zijn essentieel. In combinatie met de gemeten fysiologische reacties zijn ook de door de proefpersoon ingevulde subjectieve bevindingen erg belangrijk.

Seksofysiologische meetmethoden bij de man

Seksuele opwinding bij de man wordt gemeten aan veranderingen in penis-omtrek. Dit kan gebeuren met een rekstrookje

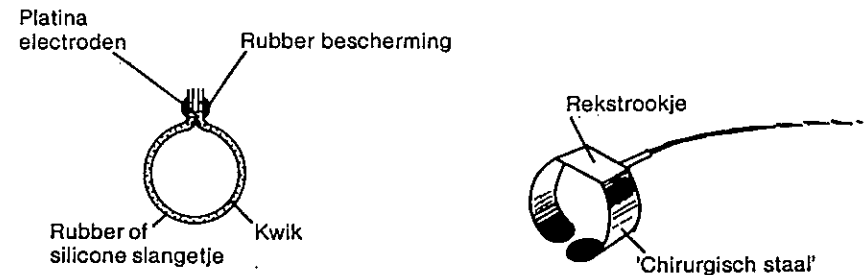


Fig. 5. Een schema van een kwik-rekstrookje (links) en van een Barlow-type 'stalen-omtrek-transducer' (uit Stoeckart et al, 1992).

(een slangetje van siliconen rubber gevuld met kwik; of een stalen bandje) dat rond de penis wordt aangebracht en waarmee de bij een erectie optredende toename in omtrek wordt gemeten. De veranderingen worden geregistreerd, of met een polygraaf of met een computer. In ons onderzoek wordt meestal gebruik gemaakt van een eenvoudiger apparaat: de "erectiometer"⁴.

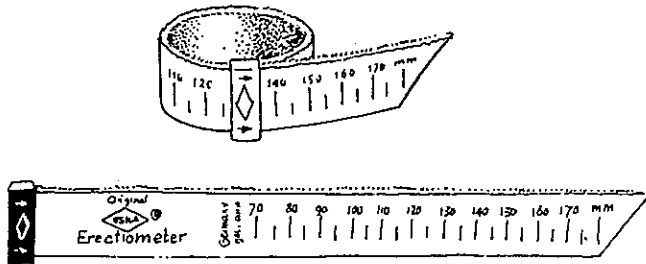


Fig. 6. De erectiometer. Een viltstof band met daarop een millimeter-verdeling. Het puntige einde wordt door de gleuf gestoken. Er is kracht nodig om de band te doen schuiven; geel (wit op tekening) 250 gr kracht; groen (zwart op tekening) 450 gr. Zo wordt informatie over rigiditeit verkregen. (naar Slob, 1986).

Dit is een viltstof bandje met daarop een millimeter-verdeling. Het puntige eind wordt door een plastic gleuf gestoken, rond de basis van de penis aangebracht en voorzichtig aangetrokken. Hoe nauwer de gleuf, hoe meer kracht nodig is de band te doen schuiven (geel: 250 gr, groen: 450 gr). Dit apparaatje geeft dus informatie over toename in omtrek en over de rigiditeit, dwz de stevigheid van de erectie.

Seksofysiologische meetmethoden bij de vrouw

Het meten van veranderingen bij de vrouw vereist wat meer vindingrijkheid dan bij de man. Een veel gebruikte methode is de vagina-plethysmografie. Het daarbij gebruikte apparaatje, in de vorm van een tampon, bevat een lichtbron en een fotocel. De fotocel vangt het door de schedewand teruggekaatste licht op. De hoeveelheid bloed in de schedewand neemt toe bij seksuele opwinding, hierdoor verandert de hoeveelheid weerkaatst licht. Een andere meetmethode betreft de registratie van de temperatuur van een binnenste schede-lip⁵. Deze temperatuur is direct gekoppeld aan de mate van doorbloeding en dus aan de mate van seksuele opwinding. Het apparaatje dient door de proefpersoon zó op een

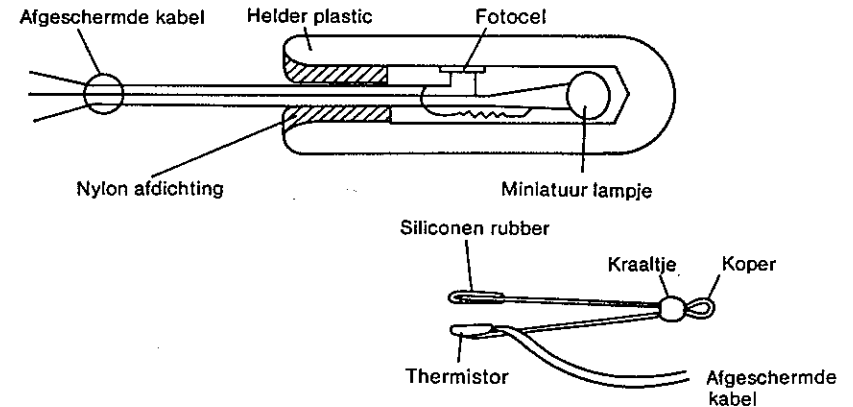


Fig. 7. Een schema van een vagina-plethysmograaf (boven) en van een binnenste schede-lip temperatuurmeter (onder) (uit Stoeckart et al, 1992).

schede-lip gezet te worden dat het klemt, doch niet pijnlijk is. Wij hebben in het recente verleden met deze methode enkele interessante onderzoeken^{6,7} kunnen doen.

De man met erectie-problematiek

In nauwe samenwerking met de afdeling Urologie van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt hebben wij de afgelopen jaren psychofysiologisch onderzoek gedaan bij mannen met erectie problemen⁴. In verreweg de meeste gevallen gaat het om de klacht: onvermogen met het krijgen dan wel houden van een erectie voldoende voor coitus. De procedure is als volgt. Patiënten komen via de huisarts bij de uroloog. Daar wordt een anamnese afgenomen, lichamelijk/ urologisch onderzoek gedaan, bloed afgenomen voor routine bepalingen en een aantal hormoonbepalingen, en soms wordt een papaverine injectie in de penis gegeven. Na dit bezoek wordt de patiënt schriftelijk uitgenodigd voor psychofysiologisch onderzoek. De uroloog heeft in grote lijnen al verteld wat dit inhoudt. Tijdens het psychofysiologisch onderzoek wordt meneer eerst gevraagd in eigen woorden zijn klacht of probleem te vertellen. Daarna wordt via vragenlijsten uitvoerig stilgestaan bij seksueel, relationeel en sociaal functioneren. Dan volgt het eigenlijke onderzoek: cliënt brengt een erectiometer aan rond de basis van de penis en kijkt vervolgens gedurende circa 10 minuten ongestoord naar een erotische video. Vooraf en na afloop daarvan wordt de erectiometer door de onderzoeker afgelezen en geeft meneer zijn subjectieve graad van seksueel opgewonden zijn en de mate van penisrespons. Vervolgens wordt meneer gevraagd 4 opeenvolgende nachten met een erectiometer rond de penis te slapen, de

begin- en eindstand in te vullen en het formulier op te sturen. Meestal vindt een uitvoerig nagesprek plaats.

Resultaten van onderzoek

In de achter ons liggende jaren hebben circa 250 patiënten en circa 90 controle mannen aan het onderzoek meegedaan. Veel interessante zaken zijn aan het licht gekomen. Ik wil er graag enkele noemen en met u bespreken.

Erotische visuele stimulatie

Overtuigende aanwijzingen voor tenminste gedeeltelijke functionele seksuele potentie werd gevonden in 137 van de 246 mannen (56%):

VISUELE EROTISCHE STIMULATIE TEST				
Aantal mannen	Subjectief Penis respons erectie		Objectief Penis respons omtrek-toename	
	ja	nee	ja	nee
246	137 (56%)	109 (44%)	173 (70%)	73 (30%)

Tabel 1. Visuele erotische stimulatie test bij 246 patiënten.

visueel erotische stimulatie veroorzaakte subjectief en objectief een gedeeltelijke of gehele erectie. Uitsluitend objectief gezien, een meetbare toename in penisomtrek, waren het 173 van de 246 mannen (70%). Zulke positieve resultaten bewijzen aan de onderzoeker, de arts en de patiënt dat het **psycho-neuro-vasculaire seksuele respons mechanisme** functioneel in tact is. De erectieproblemen hebben zeer waarschijnlijk niet een lichamelijke oorzaak. Dit is des te belangrijker aangezien vele van deze mannen ziekten hebben, dan wel medicijnen slikken, die vaak verantwoordelijk worden gesteld voor de erectie-problematiek! In de volgende tabel, afkomstig uit de eerste 58 onderzochte mannen met erectiezwakte⁴, blijkt dat vele mannen met ernstige ziekte toch een goede subjectieve en objectieve penis-respons vertoonden. Dus: bij mannen met een ernstig lichamenlijk lijden, die komen met erectieproblemen, dient NIET (bijna automatisch) het predicaat "somatogene" impotentie opgeplakt te worden!

Wellicht ten overvloede, maar het dient gezegd te worden: alleen een positieve reactie op een visuele stimulatie test heeft betekenis. Als de man niet reageert kan dat om vele redenen zijn: misschien heeft hij niet geke-

Pt. No.	Age (yrs.)	Type of Somatic Disorder	Penile Response to Erotic Videotape	
			Increment in Circumference (mm.)	Subjective Rating of Erection
1	28	Low testosterone (3.1), follicle-stimulating hormone (0.6) and luteinizing hormone (1.1)	19	Full
2	51	Colitis ulcerosa, rectum amputation, stoma	25	Full
3	59	Intermittent claudication	27	Full
4	66	Heart arrhythmia	11	Full
5	24	Phimosis	18	Partial
6	31	Hemipelvectomy	13	Partial
7	56	Coronary bypass, prostatitis, peripheral vascular disorders	7	Partial
8	58	Diabetes mellitus	12	Partial
9	75	Transurethral resection of prostate	24	Partial
10	38	Klinefelter's syndrome, normal testosterone (18.9), high follicle-stimulating hormone (24.8) and luteinizing hormone (22.9)	3	Beginning
11	47	Chronic recurring prostatitis	4	Beginning
12	60	Low testosterone (6.7), high follicle-stimulating hormone (41.2) and luteinizing hormone (51.6)	16	Beginning
13	63	Aneurysma aortae, mild diabetes mellitus	6	Beginning
14	63	Cardiovascular disease, sympathectomy	8	Beginning
15	72	Coronary bypass	11	Beginning
16	27	Recurring urethral stricture	3	None
17	37	Lumbar spinal cord transection (L1-L2)	0	None
18	39	Diabetes mellitus, neuropathy	0	None
19	55	Coronary bypass	4	None
20	55	Coronary bypass, intermittent claudication	3	None
21	58	Diabetes mellitus	0	None
22	63	Transurethral resection of prostate	0	None
23	67	Heart surgery	0	None
24	71	Heart infarction, intermittent claudication	0	None

Tabel 2. Patiënten met somatische aandoeningen en hun subjectieve en objectieve penis-respons op erotische stimulatie.

ken, of waren de beelden niet opwindend voor hem, of vanwege een lichamenlijk lijden.

Nachtelijke/ochtend erecties

Een tweede belangrijk gegeven betreft het optreden van goede erecties 's nachts, of 's morgens bij het wakker worden. Immers, indien deze optreden, kan een lichamenlijke oorzaak van de erectieproblemen nagenoeg uitgesloten worden. Bij het uitvragen bleken 169 van de 234 mannen (72%) af en toe of vaak nacht/ochtend erecties te hebben;

VÓÓRKOMEN NACHT/OCHTENDERECTIES			
Aantal mannen	Subjectief	Aantal mannen	Objectief
234	Ja: 169 (72%) Nee: 65 (28%) → 50 normaal (≥11mm): 28 (56%) normaal? (2-10mm): 8 (16%) niet normaal? (≤ 1mm): 14 (28%)		

Tabel 3. Vóórkomen van nacht/ochtend erecties bij 234 patiënten.

65 (28%) zeiden totaal geen nacht/ochtend erecties te hebben. Van deze laatste groep sliepen 50 mannen gedurende 4 opeenvolgende nachten met een bandje rond de penis: 28 (56%) bleken goede erecties (toename in omtrek van 10 mm of meer) te hebben, 8 (16%) mogelijk goed (minder dan 10 mm), en 14 (28%) niet goed. De les hieruit: het is wenselijk dat mannen met erectieproblemen, die geen nacht/ochtend erecties zeggen te hebben, met een erectiometer slapen. Meer dan de helft van hen zal blijken goede erecties te hebben. Een sterke aanwijzing voor arts, onderzoeker en patiënt dat het erectieprobleem niet lichamelijk is. Eerlijkheidshalve moet er bij gezegd worden dat patiënten dit laatste niet altijd gemakkelijk accepteren: "een erectie 's morgens, als je nodig moet plassen vanwege een volle blaas, is toch heel wat anders dan een erectie tijdens het vrijen?"

Beslisboom voor onderzoek van mannen met erectie-zwakte

De Nederlandse Vereniging voor Impotentie Onderzoek (NVIO) propageert de laatste jaren een schema van handelen bij mannen die hulp zoeken

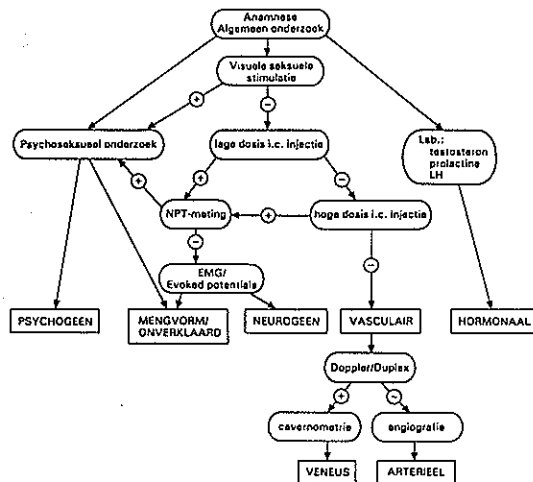


Fig. 8. Schema van handelen bij mannen met erectieproblematiek volgens de Nederlandse Vereniging voor Impotentie Onderzoek (Liefeld, 1991).

bij erectieproblemen⁸. In dit schema staat de visuele seksuele stimulatie test vrij vroeg in het onderzoek. En dat is terecht omdat het, zoals ik zojuist heb laten zien, vrij simpel en snel zeer relevante informatie op kan leveren. Helaas blijkt in de praktijk dat het op vele plaatsen niet gebeurt. Het lijkt erop -en ik kan me dat goed voorstellen- dat artsen er zelf moeite mee hebben deze test uit te voeren. Illustratief is wellicht het volgende citaat⁹ uit een interview met een uroloog die hier eerlijk voor lijkt uit te komen:

“Na de anamnese en het lichamelijk onderzoek moet eigenlijk worden begonnen met visuele seksuele stimulatie in de vorm van een pornofilm. De patiënt en de arts kunnen daarbij vaststellen of er sprake is van erectiele dysfunctie. Het staat in het diagnostisch schema bovenaan. In de klinische werksfeer levert dat nogal eens moeilijkheden op: pornografie is met een taboe omgeven en kan, hoewel de methodiek praktisch is en snel tot een diagnose zou kunnen leiden, dikwijls ethisch niet haalbaar zijn”

De uroloog vervolgt dan:

“Een groot probleem is dit evenwel niet, aangezien veel patiënten thuis een videorecorder hebben en al pornofilms hebben uitgeprobeerd. Zo kom je in de anamnese dit diagnostisch middel al tegen”.



Fig. 9. Folder betreffende realistische erotische films van Candida Royale.

Twee opmerkingen naar aanleiding van het voorgaande. Het is u wellicht opgevallen dat ik steeds heb gesproken over een "erotische video". Naar mijn mening dient het woord "pomofilm" vermeden te worden, aangezien het nog teveel een taboe-woord is, en wellicht allerlei ongewenste fantasieën en of angsten oproept (mogelijk zowel bij patiënt als arts). De erotische video moet met zorg worden uitgekozen. Inhoudelijk dienen allerlei seksuele handelingen te zien te zijn, open en bloot!, in een aangename sfeer, waarbij betrokkenen er plezier in lijken te hebben.

De laatste jaren zijn er enkele goede voorbeelden van zulke video's geproduceerd, zoals uit bijgaande figuur moge blijken.

Een tweede kanttekening bij het citaat. Patiënten die ethische bezwaren hebben tegen het kijken naar een erotische video in de kliniek, hebben dat thuis toch ook? Overigens, ik ben het zelf in de afgelopen jaren uiterst zelden tegengekomen dat iemand niet wilde kijken. Als het gebeurt dient het volledig gerespecteerd te worden! Naar mijn idee hangt het er heel erg van af hoe vanzelfsprekend en gewoon de behandelend arts of onderzoeker hiermee omgaat.

Poliklinisch psychofysiologisch onderzoek

Recent hebben wij er voor gepleit dat urologische en seksuologische poliklinieken overgaan tot routinematige toepassing van eenvoudig psychofysiologisch onderzoek, in een voor seksuele opwindings positieve atmosfeer^{9,10}. Overigens, vooraanstaande centra in het buitenland gebruiken de visuele stimulatie test routinematig, al dan niet gecombineerd met papaverine injectie in de penis^{11,12}.

Vanaf deze plaats wil ik er ook voor pleiten dat de nachtelijke metingen (NPT-meting in de beslisboom) vroeg in het onderzoek geschieden, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de simpele erectiometers. Dit levert dan in zeer veel gevallen vroeg in het differentiaal-diagnostisch proces uiterst relevante informatie op.

Het nut van psychofysiologisch onderzoek

Het diagnostisch doch ook het therapeutisch nut van erotische video en nachtelijke metingen moge blijken uit het volgende. Wij hebben recent¹³, via een schriftelijke enquête, een vervolgonderzoek gedaan onder de eerste 59 patiënten; 73% (43) deed mee. Het bleek dat de oorspronkelijke respons op de erotische video en het hebben van goede, frequente ochtenderecties een relatief hoge voorspellende waarde had wat betreft seksueel functioneren nu (2 - 4 jaar later). Hoe beter de video-respons toen en hoe vaker goede ochtend-erecties toen, hoe tevredener men nu was. Uiteraard ging dit niet voor alle mannen op! Verder was het opvallend dat

de tevredenheid nu, niet of nauwelijks bleek af te hangen van behandeling of therapie, somatisch dan wel psychologisch! Dit laatste geeft wellicht te denken. Momenteel is bij een tweede groep patiënten opnieuw vervolgonderzoek gaande.

Papaverine injecties

Nu 10 jaar geleden¹⁴ werd voor het eerst melding gemaakt van het feit dat een injectie met ± 40 mg papaverine in één zwellichaam van de penis een volledige erectie kan veroorzaken welke geruime tijd (soms vele uren!) aanhoudt. Papaverine werkt als een neurotransmitter welke de vaatreacties aanzet nodig voor het zwellen van de penis. Aanvankelijk werd dit als een diagnostisch middel gebruikt om na te gaan of de erectieproblematiek het gevolg was van een stoornis in de bloedvaten. Sinds een jaar of 5 echter, gaat men er meer en meer toe over mannen te leren

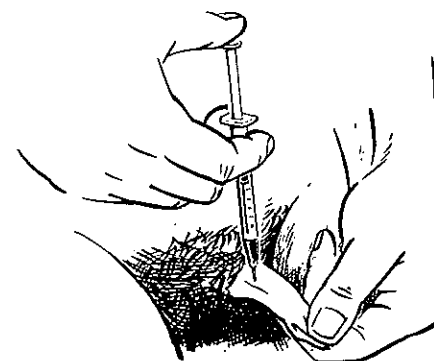


Fig. 10. De wijze van zelf-injectie met papaverine in één zwellichaam aan de basis van de penis (uit Moors en Slob, 1991).

zichzelf te injecteren en zo een artificiële erectie te krijgen, waarmee tot tevredenheid kan worden gevrijd^{11,12,15,16}. Een onverwacht gunstig effect van deze behandeling is dat nogal wat mannen na korte tijd rapporteren de injecties niet meer nodig te hebben en weer spontane erecties te hebben tijdens vrijen met de partner. Het is dus meer dan een "chemische erectie prothese", zoals Brindley¹⁷ zei. Of om Virag te citeren die recent rapporteerde¹¹ over zijn 8 jarige ervaringen met 615 mannen met papaverine zelfinjecties:

"Verbetering in spontane erecties tijdens vrijen werd bereikt bij 65% van de mannen: 15% had zelfinjecties niet meer nodig en 50% gebruikte het af en toe. 35% van de patiënten bleef van de injecties afhankelijk"^{11,p.287}.

Papaverine respons en psychologische factoren

Tijdens recent psychofysiologisch onderzoek¹⁸ naar de gevoeligheid van de penis voor en na papaverine-injectie, deden wij enkele interessante waarnemingen. Eén papaverine-injectie (40 of 50 mg) veroorzaakte een gedeeltelijke of volledige erectie bij seksueel volledig functionerende mannen (controles, n=7) en bij mannen met erectiestoornissen (n=13). De duur van de erectie bleek echter sterk te verschillen:

ERECTIEDUUR NA PAPAVERINE-INJECTIE			
	aantal	gemiddeld	spreiding
Patiënten	13	1.7 uur	20 min - 6 uur
Controles	7	8.6 uur	30 min - 15 uur

Tabel 4. Erectieduur na papaverine-injectie bij patiënten en controles.

patiënten rapporteerden een gemiddelde erectieduur van bijna 2 uur, terwijl de controlemannen gemiddeld ruim 8.5 uur een gehele of gedeeltelijke erectie hielden. Het verschil zou nog groter zijn geweest als niet bij 3 controle mannen de erectie was gecoupeerd met een injectie van adrenaline na 10, 15 en 15 uur. Behalve de lange erectieduur is ook de extreme variabiliteit in respons opvallend. Eén controle-man, 1e keer 15 uur, kreeg 2 en 3 weken later nogmaals een injectie welke slechts gedeeltelijke erecties veroorzaakten, en bovendien van korte duur: 20 en 30 minuten. De vraag rijst waarom de respons bij de controle mannen zoveel groter was dan bij de patiënten en waarom de variatie bij één persoon zo groot kan zijn. Wij vermoeden dat de mate van reageren te maken heeft met de verwachtingen van de desbetreffende persoon. In ons onderzoek waren alle controle mannen sterk gemotiveerd om mee te doen voor wat betreft deze voor hen nieuwe ervaring. De patiënten daarentegen werden geïnjecteerd gedurende de diagnostische procedure om achter de oorzaak van hun erectiestoornis te komen en verwachtten niet noodzakelijkerwijs een erectie. De controle man die 3 maal een injectie kreeg was na de langdurige erectie van de eerste keer behoorlijk onzeker over de mogelijke gevolgen van de latere injecties.

De betekenis van verwachtingen kan verder geïllustreerd worden aan de hand van de ervaringen van een 45-jarige gescheiden man met psychogene erectiestoornis, die gedurende een jaar papaverine zelf-injecties toepaste. Tijdens vrijen met verschillende vriendinnen ervoer deze man dat de effectiviteit van de papaverine-injecties varieerde met de seksuele gevoelens die hij koesterde voor de vriendin. Als hij zich (eigenlijk) niet seksueel aangetrokken voelde tot een vriendin, dan volgde er geen erectie na papaverine-injectie. Voelde hij zich wel aangetrokken, dan volgde een prima erectie. Dit wijst erop dat psychologische factoren

kunnen verhinderen dat een fysiologische respons optreedt na papaverine-injectie. Een intrigerende veronderstelling voor een psychofysioloog, welke zeker verder onderzoek behoeft.

Naar aanleiding van deze waarnemingen lijkt het overduidelijk dat ook diagnostische papaverine-injecties poliklinisch gegeven dienen te worden in een voor seksuele opwindings positieve atmosfeer. Dat zal het optreden van fout-negatieve resultaten belangrijk kunnen verminderen. Zodoende hebben wij de volgende procedure voorgesteld.

Nadat de uroloog de papaverine-injectie heeft gegeven, al dan niet met de suggestie om te masturberen, wordt de patiënt gedurende 20 minuten ongestoord alleen gelaten in een rustige kamer. In deze kamer is seksueel stimulerend materiaal aanwezig: een erotische video-band en erotische lectuur, waarvan de patiënt gebruik kan maken indien hij dat wil. Na circa 20 min kan de uroloog de mate van erectie-respons vaststellen. Een dergelijke aan de seksuele beleving aangepaste procedure zal het optreden van een erectie na papaverine-injectie sterk bevorderen. Dan behoeven minder patiënten terug te komen voor een 2e papaverine-injectie met hogere dosis of voor meer invasieve diagnostische onderzoeken als arteriografie, cavernosometrie en cavernosografie. De eerste resultaten met patiënten bevestigen onze verwachtingen. Tot nu toe, dwz tot en met januari 1992, werden 15 patiënten onderzocht volgens de

EROTISCHE VIDEO + PAPAVERINE				
Subjectieve penis respons	Erotische video		Erotische video + papaverine	
	aantal	toename	aantal	toename
geen erectie	6	1 mm	2	6 mm
	9	7 mm	13	15 mm

Tabel 5. Penis-respons na erotische stimulatie +/- papaverine.

volgende procedure: eerst erotische video 1, dan papaverine-injectie, circa 10 min wachten, erotische lectuur, waarna erotische video 2 wordt vertoond. Bij de erotische video 1 waren er 9 patiënten (60%) met subjectief een goede penis-respons (objectief: gemiddeld 7 mm toename in omtrek), 6 rapporteerden geen respons. Tijdens de tweede erotische video na papaverine-injectie hadden 13 (87%) subjectief een goede penis reactie (met gemiddeld 15 mm toename in omtrek) en 2 niet (waarvan 1 een toename van 12 mm vertoonde).

Psychofysiologie en hulpverlening

Mannen met erectieproblemen die hulp vragen bij een arts zijn over het algemeen geneigd te denken dat er lichamenlijk iets mis is. Immers, "hij

doet het niet meer, terwijl ik heel graag wil". Dus wordt geopperd dat het aan de medicijnen ligt, aan de zenuwen, aan de bloedvaten, aan de suiker, aan de doorgemaakte operatie, enzovoort. Dat seks en seksuele opwinding tussen de oren zit en dat daar de centrale computer binnenkomende en uitgaande signalen kan verstoren, wordt meestal niet overwogen. Bij goed uitvragen blijken vaak psychologische, sociale en/of relationele zaken te spelen waarvan bekend is dat ze seks-fysiologisch remmend kunnen werken. Na uitgebreid psychofysiologisch onderzoek bij de patiënten

MANNEN MET ERECTIEPROBLEMEN (1988-1991, N=190)		
Meest waarschijnlijke diagnose:		
• Lichamelijk	5	3%
• Lichamelijk + psychogeen	33	17%
• (Waarschijnlijk) psychogeen	148	78%
• Onduidelijk	4	2%

Tabel 6. Mannen met erectieproblemen, meest waarschijnlijke diagnose.

in 1991 (n=126) speelden bij 91 (78%) duidelijk psychologische zaken, bij 22 (18%) lichamelijke zowel als psychologische factoren, en bij 4 (3%) duidelijk lichamelijke zaken. Dit lijkt in tegenspraak met berichten van de laatste jaren waarin men in toenemende mate lichamelijke "afwijkingen" verantwoordelijk stelt voor de erectie-problematiek^{19,20,21}. In interviews met dagblad journalisten leidt dit tot mijns inziens onjuiste uitspraken van urologen: "dankzij de verfijnde medische diagnostiek waarover wij nu beschikken, kunnen wij aantonen dat erectiestoornissen heel vaak een duidelijk organische oorzaak hebben"²² of: "tachtig procent van de erectiestoornissen hebben geen psychische, maar een lichamelijke oorzaak"²³. Naar mijn mening is het heel waarschijnlijk dat bij zeer uitgebreid lichamelijk onderzoek van mannen met erectiele dysfunctie iets afwijkends gevonden zal worden. Maar of dat dan ook de "oorzaak" is van de klacht, dient nog te worden aangetoond.

Bij mannen met erectieproblemen zou ik willen pleiten voor een in eerste instantie betrekkelijk eenvoudig onderzoek, dat circa anderhalf uur vraagt. Begin met een uitgebreide anamnese, wees zowel alert op psychosociale en relationele factoren, als op lichamelijke en medicamenteuze factoren die mogelijk seks-remmend zijn. Vraag naar situaties waarin nog wel eens behoorlijke erecties optreden, hoe zeldzaam misschien ook! Indien mogelijk wordt een lichamelijk en genitaal-seksuologisch onderzoek verricht. Uitsluitend op indicatie wordt bloed afgenomen voor eventuele later te verrichten hormoon bepalingen^{2,24}. In een positieve atmosfeer wordt de visuele stimulatie test gedaan en, indien geen respons, wordt deze gecombineerd met (een lage dosis) papaverine¹¹. Indien geen ochtenderecties

(meer) optreden dienen nachtelijke metingen uitgevoerd te worden²⁵.

Ik durf te stellen dat in zeer veel gevallen hiermee voldoende informatie wordt verkregen om de diagnose te stellen. Naar mijn overtuiging zal het veelvuldig zijn: psychogeen of overwegend psychogeen. Zulk een diagnose vraagt om psychologische hulpverlening. Dat is om een aantal uiteenlopende redenen vaak niet mogelijk. Te weinig seksuologisch geschoolde

PROBLEMEN MET PSYCHOLOGISCHE HULP:
• té weinig seksuologisch geschoolde therapeuten
• financiële drempels
• taal- en cultuurverschillen: alloctonen
• onwilligheid / onvermogen van cliënt (en/of partner)
• tijdrovend en soms weinig succesvol

Tabel 7. Mogelijke problemen bij psychologische hulpverlening.

therapeuten; financiële drempels; taal of cultuurverschillen (in 1991 waren 47 van de 127 patiënten (dat is 37%) van allochtone afkomst); onwilligheid of onvermogen van de patiënt. Bovendien is sekstherapie lang niet altijd succesvol²⁶⁻³¹.

Somatisch-psychologische aanpak van erectieproblematiek

Door de ervaringen opgedaan met het psychofysiologisch onderzoek in de afgelopen jaren wil ik bij mannen met erectie-problematiek pleiten voor een somatische, niet al te invasieve aanpak. Dit gecombineerd met enkele gesprekken met huisarts of maatschappelijk werk. Veel (echt)paren zijn in een vicieuze cirkel terecht gekomen. Enkele goede ervaringen met papaverine-erecties kan het zelfvertrouwen van de man en zijn partner enorm doen toenemen, ze doorbreken de "probeer-cirkel" en kunnen weer met plezier vrijen. Voor het ontdekken van andere vrij-manieren en technieken kan het goed zijn mensen informatieve video aan te raden (of uit te lenen). Ik denk hierbij aan de uitstekende serie video-banden³² "Sex, je lust en je leven" van Jelto Drenth en Goedele Liekens



Fig. 11. Folder over "Sex, je lust en je leven", 5 videobanden gepresenteerd door Liekens en Drenth.

Wanneer gebrek aan seksuele zin of opwindings- of vaginistische problemen is daar nog niet veel over bekend. Wellicht dat in de toekomst zal blijken dat ook bij vrouwen met bepaalde seksuele dysfuncties psychofysiologisch onderzoek nuttige informatie verschaft aan arts, onderzoeker en cliënt. Het weten dat lichamelijk en psychoseksueel alles normaal kan functioneren is dan voor de vrouw een steun in de rug op de weg naar het oplossen van haar probleem. Hopelijk dat in de toekomst onderzoek in die richting kan gaan starten.

Onderzoek bij vrouwen

Tot nu toe is uitsluitend over resultaten van onderzoek bij mannen gesproken. Vanwege de tijd heb ik mij daartoe beperkt. Dat wil echter niet zeggen dat er geen resultaten van onderzoek bij vrouwen zijn te melden. Dankzij de enthousiaste medewerking van twee vrouwelijke medische studenten werden in de afgelopen jaren enkele studies gedaan bij vrouwen^{6,7}.

Zo werd door Jacqueline Koster aangetoond dat vrouwen met suikerziekte (n=24) psychofysiologisch op een zelfde wijze reageerden op een erotische video als gezonde vrouwen (n=10). Voorts bleek dat er geen verschillen waren tussen de groepen vrouwen in seksuele activiteit, in tevredenheid met hun relatie, in tevredenheid met hun seks-leven, of in het voorkomen van seksuele moeilijkheden. Een tweede studie bij vrouwen (n=24), van Martien Ernste, behelsde de relatie tussen de fase van de menstruele cyclus en psychoseksuele opwindings- of vaginistische problemen (temperatuurstijging van een binnenste schede-lip) door een erotische video. Vrouwen werden twee maal getest: één maal folliculair, dwz in het begin van hun cyclus, en één maal luteaal, dwz aan het eind. Tijdens de eerste keer testen in het laboratorium bleken vrouwen die in het begin van hun cyclus waren meer opgewonden te worden dan vrouwen die aan het eind van hun cyclus waren. Dit gold zowel voor vrouwen die een natuurlijke cyclus hadden als vrouwen die de pil gebruikten. Het verschijnsel bleek ook thuis nog door te werken: 6 van de 12 folliculaire vrouwen rapporteerden meer zin te hebben gehad in vrijen, tegen 1 van de 12 vrouwen in de eindfase van hun cyclus. Van die vrouwen die daadwerkelijk hadden gevrijd, was het initiatief daartoe genomen door 5 van de 8 "folliculaire vrouwen", en slechts door 1 van de 11 "luteale vrouwen". Fascinerende bevindingen die vragen om meer onderzoek op het terrein van menstruatiecycclus en seksualiteit.

Een blik op de toekomst

Ik hoop er in geslaagd te zijn u een beeld te geven van de potentie van psychofysiologisch onderzoek. Onderzoek dat enerzijds antwoord geeft op fundamenteel wetenschappelijke vragen op het terrein van de menselijke seksualiteit, en anderzijds ook heel praktisch van nut kan zijn bij mannen en vrouwen met seksuele problemen. Voor mannen met erectie- en ejaculatieproblemen is dat hopelijk duidelijk geworden. Voor vrouwen met

opwindings- of vaginistische problemen is daar nog niet veel over bekend. Wellicht dat in de toekomst zal blijken dat ook bij vrouwen met bepaalde seksuele dysfuncties psychofysiologisch onderzoek nuttige informatie verschaft aan arts, onderzoeker en cliënt. Het weten dat lichamelijk en psychoseksueel alles normaal kan functioneren is dan voor de vrouw een steun in de rug op de weg naar het oplossen van haar probleem. Hopelijk dat in de toekomst onderzoek in die richting kan gaan starten.

Reflectie

Aan het eind gekomen van deze rede een enkel persoonlijk woord. Allereerst gaat mijn dank uit naar de Vereniging Trustfonds Erasmus Universiteit Rotterdam, voorheen de Stichting Universiteitsfonds Rotterdam, voor het vestigen van de bijzondere leerstoel en mijn benoeming tot bijzonder hoogleraar in de fysiologie en pathofysiologie van de seksualiteit. De leden van het College van Bestuur, de Rector Magnificus, en de leden van het bestuur van de Medische Fakulteit ben ik zeer erkentelijk voor hun goedkeuring aan deze benoeming. Zeer grote dank ben ik verschuldigd aan de leden van de benoemingscommissie. Speciaal wil ik daarvan noemen de secretaris, de hoogleraar Van der Does. Goede Emiel, het verheugt mij dat jij als huisarts de seksuologie zo'n warm hart toedraagt. In de loop der jaren heb ik veel van je geleerd, voornamelijk goede dingen. Ik hoop nog lang van je te mogen leren, plezier met je te mogen hebben, en te mogen genieten van je blijde levensinstelling.

Hooggeleerde Van der Werff ten Bosch, goede Koos, nu bijna 25 jaar geleden, per 1 mei 1967, nam je mij in dienst. Had jij toen gedacht dat ik ooit hiér zou komen te staan? Vast niet. Van deze plaats wil ik je recht heel hartelijk danken voor de vele kansen, steun, vertrouwen en vriendschap die je me in de loop der jaren hebt gegeven. Onuitwisbaar is de degelijke wetenschappelijke programmering die ik van jou heb meegekregen. Heel bijzonder waardeer ik onze samenwerking, welke nog steeds bestaat, in het samen schrijven van artikelen. Ik ben er trots op dat jij mijn leermeester was en ik jouw leerling mocht zijn.

Zeergeleerde Blom en Hooggeleerde Schröder, beste Jan en Frits, en andere urologen van de afdeling Urologie van Dijkzigt, jullie wil ik hartelijk danken voor de enorme inzet en de vruchtbare samenwerking die ik in de loop der jaren heb mogen ondervinden. Het doet mij veel plezier dat jullie zeer gemotiveerd en toch medisch-technisch terughoudend omgaan met patiënten met erectie-problematiek.

Geachte leden van de vakgroep Endocrinologie & Voortplanting.

Onder de enthousiaste leiding van onze Instituutsbeheerder, de Hooggeleerde Grootegoed, zijn wij sinds een kleine 2 jaar bezig een hecht werkverband, een team, te worden. Ik heb er groot vertrouwen in dat dit zal lukken en dat wij met elkaar, nationaal en internationaal, een behoorlijke

wetenschappelijke steen zullen bijdragen aan de fascinerende wereld van hormonen, seks (liefde, als u wilt) en voortplanting. De belangstelling en steun, soms ook de sympathieke spot, die ik ondervind voor het seksuologisch onderzoek aan mens en dier waardeer ik zeer. Tot slot vind ik het leuk, maar ook heel belangrijk, om al diegenen te bedanken uit mijn vrienden-, vriendinnen- en kennissenkring, die telkens weer bereid zijn om aan nieuw psychofysiologisch onderzoek mee te doen. Of het nu een papaverine injectie in de penis is, of kijken naar een erotische video met een thermistorclipje aan een binnenste schede-lip, of het uitproberen van een masturbatie-apparaat voor hand-gehandicapten, altijd zijn er enthousiastelingen bereid om mee te werken!

Nog eenmaal terug naar het begin, naar het citaat van Nelson³⁴: "Aan de zachtheid van onze penis gaat onze aandacht voorbij. Toch is het maar goed dat de meeste mannen het merendeel van de tijd een slappe hebben. De onderwaardering van genitale zachtheid en overwaardering van de fallus hebben de wereld tot een gevaarlijke plaats gemaakt voor mannen. De prijs voor die onderwaardering, is het verlies van een wezenlijke spirituele energie en kracht." Ik zou er aan toe willen voegen: Zó aankijken tegen en omgaan met "impotentie" opent voor mannen misschien de weg naar die verloren energie en kracht.

Ik heb gezegd.

Literatuur

1. Davidson J (1984) Response to 'Hormones and human sexual behavior' by John Bancroft, MD. J Sex Mar Therap 10: 23- 27.
2. Bancroft J (1989) Human sexuality and its problems. Churchill Livingstone, Edingburgh.
3. Stoeckart R, AK Slob & M Moors-Mommers (1992) Fysiologie en anatomie van de seksuele respons. In: AK Slob, CW Vink, JPC Moors & W Everaerd (red) Seksuologie voor de arts. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem.
4. Slob AK, JHM Blom & JJ van der Werff ten Bosch (1990) Erection problems in medical practice: differential diagnosis with relatively simple method. J Urol 143: 46-50.
5. Henson, DE, HB Rubin, C Henson & JR Williams (1977) Temperature change of the labia minora as an objective measure of female eroticism. J Behav Ther Exp Psychiat 8: 401-410.
6. Slob AK, J Koster, JK Radder & JJ van der Werff ten Bosch (1990) Sexuality and psychophysiological functioning in women with diabetes mellitus. J Sex Mar Therap 16: 59-69.
7. Slob AK, M Ernste & JJ van der Werff ten Bosch (1991) Menstrual cycle phase and sexual arousability in women. Arch Sex Behav 20: 567-577.
8. Leliefeld HHJ (1991) Oorzaken en diagnostiek van erectiestoornissen. Patient care sept: 60-77.
9. Slob AK, DL Rowland, JHM Blom & JJ van der Werff ten Bosch (1991) Psychologische factoren beïnvloeden de erectiele respons op papaverine-injectie. Ned T Geneesk 135: 1924-1925; 2349.
10. Slob AK, DL Rowland, JHM Blom & JJ van der Werff ten Bosch (1991) Psychologic factors affect erectile response to papaverine. Urol 38: 294-295.
11. Virag R, K Shoukry, J Floresco, F Nollet & E Greco (1991) Intracavernous self-injection of vasoactive drugs in the treatment of impotence: 8-year experience with 615 cases. J Urol 145: 287-293.

12. Buvat J, M Buvat-Herbaut, A Lemaire, G Marcolin & E Quittelier (1990) Recent developments in the clinical assessment and diagnosis of erectile dysfunction. Ann Rev Sex Res 1: 265-308.
13. Slob AK, EJ Leentvaar, JHM Blom & JJ van der Werff ten Bosch (1992) Predictive significance of erotic video response and nocturnal erections in a follow-up study of men with erectile dysfunction. J Urol submitted for publication
14. Virag R (1982) Intracavernous injection of papaverine for erectile failure. Lancet ii: 938.
15. Brindley GS (1988) Treatment of erectile impotence by intracavernosal injection. Br J Sex Medic 15: 20-24.
16. Van Driel MF, JJ Mooibroek, HBM van de Wiel & HJA Mensink (1991) Intracavernous pharmacotherapy: psychological, sexological and medical aspects. Int J Impot Res 3: 95-104.
17. Brindley GS (1983) Cavernosal alpha-blockade: a new treatment for investigating and treating erectile impotence. Br J Psych 143: 332-337.
18. Rowland DL, EJ Leentvaar, JHM Blom & AK Slob (1991) Changes in penile sensitivity following papaverine-induced erection in sexually functional and dysfunctional men. J Urol 146: 1018-1021.
19. Spark RF, RA White & PB Connolly (1980) Impotence is not always psychogenic. J Am Med Ass 243: 750-755.
20. Slag MF, JE Morley, MK Elson et al (1983) Impotence in medical clinic outpatients. J Am Med Ass 249: 1736-1740.
21. Melman A, L Tiefer & R Pedersen (1988) Evaluation of first 406 patients in urology department based center for male sexual dysfunction. Urol 32: 6-10.
22. Crul H (1989) Niet gek of gestoord. Elsevier 8 april.
23. Blankensteijn H (1990) Penis doet het weer met spuit of pomp. Trouw 22 aug.
24. Kropman RF, RM Verdijk, AAB Lycklama à Nyeholt & F Roelfsema (1991) Routine endocrine screening in impotence: significance and cost-effectiveness. Int J Impot Res 3: 87-94.
25. Slob K (1986) Een eenvoudige nieuwe methode bij het diagnostisch onderzoek van erectiestoornissen. T Seksuol 10: 90-91.
26. Masters WH & VE Johnson (1970) Human Sexual Inadequacy. Little Brown, Boston.
27. Spence SH (1991) Psychosexual Therapy. Chapman & Hall, London.
28. Hawton, K, J Catalan, P Martin & J Fagg (1986) Long-term outcome of sex therapy. Behav Res Ther 24: 665-675.
29. Williams G & A Gregoire (1988) Psychosexual counselling: is it still justifiable in the treatment of impotence? Two comments. Sex Marit Ther 3: 145-147.
30. Kilman PR, JP Boland, SP Norton, E Davidson & C Caid (1986) Perspectives of sex therapy outcome: a survey of AASECT providers. J Sex Mar Ther 12: 116-138.
31. Everaerd W (1983) Onderzoek over seksuologische hulpverlening. In: M. Moors-Mommers et al (red) Handboek Seksuele Hulpverlening. Van Loghum Slaterus, Deventer.
32. Liekens G & J Drenth (1991) Sex, je lust en je leven. Movies Select Video, Amsterdam.
33. Royalle C (1991) De realistische erotische film. Videonetwerk, Laren (NH).
34. Nelson JB (1992) De seksuele en spirituele belevingswereld van de man. T Seksuol 16: 1-10.
35. Moors JPC & AK Slob (1991) Seks en diabetes: hoop voor de toekomst. Diabetes Vereniging Nederland, Amersfoort.

AANDACHTSPUNTEN

Seks moet niet, seks kan, als je er zin in hebt.

Seksueel (dys)functioneren is een school-voorbeeld van de interactie tussen psyche en soma, tussen geest en lichaam.

Bij mannen met erectieproblemen kan eenvoudig psychofysiologisch onderzoek veel informatie verschaffen.

Eenvoudig psychofysiologisch onderzoek dient tot de standaard-uitrusting van elke zichzelf respecterende urologische en seksuologische polikliniek te behoren.

Bij mannen met erectieproblemen wordt geregeld té veel en té kostbaar lichamenlijk onderzoek gedaan.

Artsen hebben er moeite mee hun patiënten naar een erotische video te laten kijken. Patiënten hebben zelden bezwaren daartegen.

Erectieproblemen hebben nog steeds overwegend een psychologische, sociale dan wel relationele oorzaak.

Wanneer bij een man met een erectieprobleem "iets" lichamenlijks wordt gevonden hoeft dat niet de oorzaak van het probleem te zijn.

De diagnose "psychogene erectieproblematiek" dient gesteld te worden op grond van psychogene aanwijzingen en niet bij gebrek aan lichamenlijke oorzaken.

Het is van groot belang dat mannen met erectieproblemen, die zeggen nooit nachtelijke of ochtenderecties te hebben, zelf gedurende enkele nachten eenvoudige metingen verrichten.

Mannen met erectieproblemen die goede nacht/ochtend erecties hebben of met een behoorlijke erectie reageren op een erotische video zijn als "functioneel seksueel potent" te beschouwen.

Bij "psychogene" erectieproblematiek kan een "biologische" aanpak uiterst effectief zijn.

Realisatie van deze uitgave werd mede mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van Schering Nederland bv.