

Van geremde zaadlozing tot onvermogen om klaar te komen: een overzicht van ejaculatiestoornissen

Walter Vandereycken*

In tegenstelling tot de voortijdige zaadlozing (ejaculatio praecox) bestaat er weinig literatuur over ejaculatiëremming. Er blijkt bovendien in de publikaties een grote verscheidenheid van termen gebruikt te worden en bepaalde begrippen, zoals 'retarded ejaculation', worden verwarrend gehanteerd. Om een beter zicht te krijgen op dit probleemveld wordt een classificatiesysteem voorgesteld met drie hoofdgroepen: onbevredigende timing van ejaculatie, onvermogen tot (intravaginaal) ejaculeren, en ejaculatie zonder bevrediging. Van elke groep worden vervolgens verschillende vormen (met hun talrijke synoniemen) besproken waarbij vooral aandacht besteed wordt aan de ejaculatiëremmingen. Tenslotte wordt betoogd dat een zuiverder terminologie in verband met seksuele moeilijkheden noodzakelijk is voor wetenschappelijk onderzoek en ook belangrijke consequenties heeft voor de behandeling.

Inleiding

Als hulpverlener werd ik in een korte tijdsspanne geconfronteerd met enkele bijzondere gevallen van geremde of afwezige ejaculatie die niet zo eenvoudig te behandelen bleken. Ik ging de vakpers raadplegen maar ontdekte al snel hoe pover en verwarrend de literatuur hieromtrent is. Er is inderdaad nog niet zo veel over ejaculatiëremming gepubliceerd, laat staan systematisch onderzoek gedaan, dit in tegenstelling tot de problematiek van ejaculatio praecox of voortijdige zaadlozing. Verder is de literatuur – voor een overzicht zie: Munjack en Kanno (1979), Shull en Sprenkle (1980) – gekenmerkt door een onnauwkeurige terminologie. Verwarrend is vooral de Engelse uitdrukking 'retarded ejaculation', die zowel kan verwijzen naar vertraagde of bemoeilijkte zaadlozing als naar het totaal onvermogen tot ejaculeren.

* Psychiater, adjunct-kliniekhoofd van het Universitair Psychiatrisch Centrum St. Jozef, Leuvensesteenweg 517, B-3070 Kortenberg, België.

Twee recente Nederlandse publikaties vormden het uitgangspunt van deze bijdrage. Hoogduin (1981) beschreef een succesvolle directieve therapie bij een jongeman met een 'onvermogen om klaar te komen' (anejaculatie). Deze casuïstiek liet me toe om enkele ideeën en vragen te ordenen (Vandereycken, 1981). De gevalbeschrijving van Slob en Pisa-Minderman (1982) roept gelijkaardige vragen op, maar stelt ook een therapeutisch interessante kwestie aan de orde: waarom lijkt hun patiënt zo snel en gemakkelijk te behandelen vergeleken met die van Hoogduin, al zou het om hetzelfde 'onvermogen' gaan? Ook hier duikt de terminologie weer op, met name een verschillende probleemomschrijving die tot uiting komt in een verschillend behandelingsdoel.

In dit artikel wil ik daarom duidelijk maken, dat een nauwkeuriger omschrijven en definiëren van ejaculatiestoornissen niet louter een kwestie van terminologisch puritanisme is, maar belangrijke consequenties heeft voor onderzoek en hulpverlening.

Classificatie en definitie van ejaculatiestoornissen

Ook op het terrein van de seksuologie kan een kritisch onderzoeker of hulpverlener het belang van een heldere wetenschappelijke taal niet ontkennen. Een discussie over de voordelen en beperkingen van bepaalde diagnostische schema's en classificaties van seksuele moeilijkheden valt evenwel buiten het bestek van dit artikel (zie hiervoor: Vandereycken, 1983). Zonder pretentie van volledigheid of originaliteit, heb ik gepoogd de ejaculatiestoornissen te schematiseren tot een, naar ik hoop, logische en klinisch bruikbare indeling. Met het gevaar soms te gaan gelijken op een medisch woordenboek, heb ik bovendien om didactische redenen gepoogd zoveel mogelijk in de literatuur gebruikte (Latijnse of Engelse) synoniemen te groeperen. Tabel 1 geeft de hoofdindeling van ejaculatiestoornissen weer.

Tabel 1. Hoofdgroepen van ejaculatiestoornissen

<i>I. Onbevredigende timing van ejaculatie</i>
Voortijdige ejaculatie
Geremde ejaculatie
<i>II. Onvermogen tot (intravaginaal) ejaculeren</i>
Partieel onvermogen
Compleet onvermogen
<i>III. Ejaculatie zonder bevrediging</i>
Anorgastische ejaculatie
Pijnlijke ejaculatie

Groep drie, 'ejaculatie zonder genot', is wellicht de minst bekende. In feite wijst deze erop, dat de uitdrukking 'onvermogen om klaar te komen' misleidend is: de elementen zaadlozing en orgasme kunnen immers gedissocieerd zijn. Om dezelfde reden moet men de term 'anorgasmie' bij mannen voorzichtig gebruiken. Zoals we verderop zullen zien, is de dissociatie ook in andere zin mogelijk, bij het zogenaamd 'droog' orgasme waar er geen (uitwendige) ejaculatie optreedt.

In groep drie spreken we van '*anorgastische ejaculatie*', met als synoniemen 'ejaculatory anhedonia' (Dormont, 1975) en impotentia satisfactionis (te onderscheiden van impotentia satisfaciendi: het onvermogen om de partner seksueel te bevredigen). Het gaat dus om een fysiologisch normale zaaduitstorting zonder genot of bevrediging. Een zeldzame variant, die dikwijls somatische afwijkingen doet vermoeden, is de '*pijnlijke ejaculatie*'.

We willen nu vooral aandacht schenken aan de andere hoofdgroepen. Hier blijken zoveel synoniemen te bestaan dat het hoog tijd wordt om een meer gelijkvormige en ondubbelzinnige terminologie te gebruiken.

In tabel 2 groepeerden we de belangrijkste synoniemen. Hierbij valt te noteren, dat de veel gebruikte uitdrukking 'retarded ejaculation' in de Angelsaksische literatuur ook als een (foutief) synoniem geldt voor het onvermogen tot ejaculeren, hetgeen reeds taalkundig onzuiver is.

Tabel 2. Synoniemen voor subgroepen van ejaculatiestoornissen

Voortijdige of te snelle ejaculatie:

ejaculatio praecox
 premature ejaculation (discharge, emission)
 precipitate ejaculation

Geremde of moeizame ejaculatie:

ejaculatio retardata (retardata)
 retarded ejaculation
 delayed ejaculation

Onvermogen tot ejaculeren:

anejaculatie, aspermie, aspermatismus, asemia
 ejaculatory impotence (incompetence, inability)
 impotentia ejaculandi (ejaculationis)
 ejaculatio deficiens (nulla)
 lack (loss, failure, inability) of ejaculation
 non-emissive erection

In feite moeten vele van de genoemde ejaculatiestoornissen niet als afzonderlijke, losse entiteiten beschouwd worden, maar eerder als een reeks op een bepaalde

dimensie. Zo kan de eerste hoofdgroep, 'onbevredigende timing van ejaculatie', gezien worden als een continuum in verband met problemen in de *onvrijwillige remming* van de ejaculatiereflex: bij voortijdige of te snelle zaadlozing gaat het dan om een onvrijwillig gebrekkige remming, en bij geremde of moeizame ejaculatie om een te sterke onvrijwillige remming.

Via een leerproces kan men in meerdere of mindere mate de ejaculatie onder *bewuste of vrijwillige controle* brengen. Dit werd zelfs een contraceptieve methode, de coitus reservatus (coïteren zonder ejaculeren). In bepaalde culturen wordt zulke zelfbeheersing, een zo lang mogelijk onderdrukken van de ejaculatie ondanks seksuele stimulatie, hoog gewaardeerd. Ook de prestatieseks volgens Zweedse variatiercepten of kamasutra-acrobatieën heeft zulke beheersing gepropageerd om het eigen genot of dat van de partner te maximaliseren. Vergeten we tenslotte niet, dat in de oude kerkelijke moraal de man slechts kon ontsnappen aan het verwijt van egoïstische zelfbevrediging door ervoor te zorgen gelijktijdig met zijn vrouw klaar te komen.

Wanneer we nu spreken van '*onbevredigende timing*' van ejaculatie, lijkt het me moeilijk en zelfs zinloos om hier een zogenaamd objectieve norm voor 'normale' of 'ideale' timing te hanteren. Nochtans meent O'Connor (1976), bijvoorbeeld, dat men van 'retarded ejaculation' mag spreken wanneer de man er niet in slaagt te ejaculeren binnen 45 minuten na vaginale penetratie. Dergelijke criteria riskeren juist het prestatie-aspect van coïtale seks te overaccentueren en reduceren de seksuele interactie tot seksuele atletiek. Problemen bij timing van ejaculatie moeten essentieel gebaseerd zijn op de subjectieve onvrede van de betrokken persoon en/of partner. Waarom neemt men trouwens de tijdsduur van coïtale stimulatie als referentiepunt? Sommige mannen blijken slechts met veel moeite en na lange inspanning te ejaculeren bij masturbatie terwijl ze dat intravaginaal moeiteloos voor elkaar brengen. Wie bepaalt nu of dit een 'normale' reactie is en het omgekeerde een 'afwijking'?

Konden we de problemen met timing van ejaculatie als een subjectief gekleurde dimensie van onvrede over de controle van de zaadlozing beschouwen, dan is de idee van een continuum ook voor andere ejaculatiestoornissen toepasselijk. Zo kunnen de diverse vormen van partieel of compleet onvermogen tot ejaculeren in het verlengde geplaatst worden van de geremde ejaculatie en dit naar ernst van de ejaculatie-inhibitie. De meest extreme vorm van ejaculatierekking is het *primaire en totaal onvermogen tot ejaculeren*: het gaat om mannen die nog nooit en in gelijk welke omstandigheden ertoe gekomen zijn bewust te ejaculeren en dit zowel intra- als extravaginaal. De prikkeling of opwinding bij masturberen, vrijen of coïteren is niet intens genoeg geweest, of de persoon kan zich ondanks sterke seksuele stimulatie niet 'laten gaan', om een bewuste en vrijwillige zaadlozing mogelijk te maken. Nachtelijke en dus onbewuste ejaculaties kunnen daarente-

gen wel aanwezig zijn (niet zelden nadat men 's avonds tevergeefs 'zijn best heeft gedaan').

Een minder ernstige variant van deze dysfunctie is de secundaire vorm, d.w.z. wanneer het onvermogen optreedt na een periode van normaal seksueel functioneren. Daarnaast bestaat er een hele reeks vormen van *partieel of gedeeltelijk onvermogen tot ejaculeren*, zoals beknopt weergegeven in tabel 3.

Tabel 3. *Partieel onvermogen tot ejaculeren*

1. *Selectief onvermogen tot intravaginaal ejaculeren*

- ejaculatio sejuncta, impotentia ejaculandi in cohabitatione: onvermogen tot intravaginaal ejaculeren ongeacht de partner;
- onvermogen tot intravaginaal ejaculeren afhankelijk van de partner en/of het moment en/of de situatie;

2. *Pseudo-ejaculatie of ejaculatio incompleta* (Steen, 1978)

het ejaculaat bevat slechts prostaatvocht met soms enkele spermatozoa

3. *Partial ejaculatory incompetence* (Kaplan, 1974)

ejaculatie zonder expulsie-contracties zodat het zaad enkel naar buiten 'sijpelt'

4. *Retrograde ejaculatie (retrospermie, ejaculatio interna)*

het ejaculaat gaat niet door de urethra maar komt elders (meestal in de blaas) terecht

De eerste groep omvat een grote variëteit aan partiële stoornissen waarbij het *intravaginaal* ejaculeren hetzij totaal onmogelijk is (terwijl bij masturbatie wel een zaadlozing optreedt), hetzij onmogelijk bij een bepaalde partner en niet een andere, of bij een zelfde partner in een bepaalde periode of situatie en niet in andere ogenblikken of omstandigheden. In elk van deze gevallen moet dus blijken dat er wel een fysiologisch normale ejaculatie buiten de coïtus mogelijk is, en dus geen sprake is van lichamelijke afwijkingen als oorzaak.

Het probleem van de 'ejaculatio praecox ante portas', d.w.z. dat er bij het vrijen een snelle zaadlozing optreedt nog vóór vaginale penetratie plaats grijpt, kan in zekere zin ook beschouwd worden als een onvermogen om intravaginaal te ejaculeren. Dit geeft aan hoe relatief een bepaalde terminologie in dit opzicht is.

Bij de drie overige groepen van partieel onvermogen gaat het meestal om een *stoornis in de fysiologie* van het ejaculatieproces: vorming, samenstelling of transport van het ejaculaat kunnen dan om verschillende redenen (anatomisch, neurologisch, farmacologisch) gestoord zijn. Steeno (1978) vermeldt wel dat ook stress, emotionele of andere psychologische factoren kunnen meespelen in de pseudo-ejaculatie ('sham-ejaculation'). En van yogis wordt beweerd dat ze over zulke sfinctercontrole kunnen beschikken dat ze bewust het ejaculaat in hun

blaas doen terechtkomen in plaats van het door de urethra naar buiten te laten stromen (Shull en Sprenkle, 1980). Retrograde ejaculatie is evenwel steeds te beschouwen als een somatisch bepaalde 'mechanische' stoornis. Hierbij kan wel een orgastische sensatie aanwezig zijn, vandaar de uitdrukking 'droog klaarkomen' (dry-run orgasm, plaisir sec, orgasmus/ejaculatio sicca).

Tot slot van dit overzicht moet vermeld worden dat ejaculatiestoornissen geïmparad kunnen gaan met erectiestoornissen die hetzij reeds vooraf, hetzij gelijktijdig, hetzij later optraden. Vergeten we ook niet dat er in sommige gevallen ejaculatie kan optreden zonder voorafgaande erectie.

Slotbedenkingen

Ondanks of juist omwille van de grote verscheidenheid aan vormen van geremde of afwezige ejaculatie is er weinig over deze stoornissen bekend. Of is dit juist een teken van hun zeldzaam voorkomen? Masters en Johnson (1970) konden slechts bij vier procent van de door hen onderzochte 448 seksueel dysfunctionerende mannen de diagnose van 'ejaculatory incompetence' stellen. Kaplan (1974) en O'Connor (1976) hadden evenwel de indruk dat vooral de 'milde' vormen van geremde ejaculatie veel frequenter voorkomen dan men geneigd was te denken. Met name in fertiliteits(poli)klinieken zouden deze ejaculatiestoornissen heel wat vaker gediagnostiseerd worden (Schellen, 1968; Steeno, 1978). Een schatting van de frequentie in de doorsneebevolking is tot nog toe weinig betrouwbaar bij gebrek aan goed epidemiologisch onderzoek en omwille van de hoger gesignaleerde verwarring in het gebruik van uiteenlopende termen.

Een ondubbelzinnige etikettering van een seksuele klacht, een duidelijke diagnostische omschrijving, is niet enkel nuttig en noodzakelijk voor vergelijkbaar onderzoek, maar heeft ook belangrijke consequenties voor de behandeling. Wanneer bijvoorbeeld een koppel in een fertiliteitskliniek terecht komt wegens onvervulde kinderwens, kan het probleem van gestoorde ejaculatie louter in functie van de vruchtbaarheid bekeken worden: hoe kunnen we dit koppel voortplantingsmogelijkheden bieden? In dat geval zal de behandeling niet zelden 'technisch' zijn, zoals toepassing van vibrator (om sperma te bekomen) en kunstmatige inseminatie.

In de geciteerde casus van Slob en Pisa-Minderman (1982) bleek anderzijds hoe allerlei technische onderzoeken tot niets geleid hadden en hoe enkele eenvoudige adviezen een verandering bewerkten. Deze auteurs omschreven het probleem als een 'niet kunnen klaar komen' bij masturbatie en beschouwden de behandeling als succesvol toen dit wel lukte. Blijft echter de vraag of het ook zal lukken tijdens het vrijen, want zover was hun cliënt nog niet. Hoogduin (1981), hoewel geconfronteerd met een gelijkaardige symptomatologie als in het geval

van Slob en Pisa-Minderman, wilde ertoe komen en bewerkte ook dat zijn cliënt tijdens coïtus kon ejaculeren. Het is hier m.a.w. duidelijk dat een probleemdefiniëring mede in functie staat van het behandelingsdoel: wil de therapeut de cliënt er louter toe brengen hoe dan ook te kunnen ejaculeren, of wil men de cliënt helpen bij het realiseren van een bevredigende heteroseksuele relatie met een orgastische intravaginale zaadlozing?

Literatuur

- Dormont, P., Ejaculatory anhedonia. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 1975, 9 (2), 32-48.
- Hoogduin, K., De behandeling van een man met het onvermogen tot ejaculeren. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 1981, 1 (3), 269-278.
- Kaplan, H.S., *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1974.
- Masters, W.H., Johnson, V.E., *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown en Co., 1970; (Ned. vert.: *Sexuele stoornissen bij man en vrouw*. Amsterdam-Brussel: Paris/Manteau, 1971).
- Munjack, D.J., Kanno, P.H., Retarded ejaculation: a review. *Archives of Sexual Behavior*, 1979, 8, 139-150.
- O'Connor, J.F., Effectiveness of psychological treatment of human sexual dysfunction. *Clinics in Obstetrics and Gynecology*, 1976, 19, 449-464.
- Schellen, T.M.C.M., Induction of ejaculation by electrovibration. *Fertility and Sterility*, 1968, 19, 566-569.
- Shull, G.R., Sprenkle, D.H., Retarded ejaculation; reconceptualization and implications for treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1980, 6, 234-246.
- Steen, O., Niet-psychogene potentiële stoornissen. In: Musaph, H., Haspels, A.A. (red.), *Potentiële stoornissen bij de man*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1978, 36-62.
- Vandereycken, W., Over het onvermogen tot ejaculatie. Commentaar bij het artikel van Kees Hoogduin. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 1981, 1 (3), 278-283.
- Vandereycken, W., Het hulpverleningsproces: van verkenning tot interventie. In: Moors-Mommers, M.C.T., Bezemer, W., Frenken, J., de Regt, W., Roelofs, G., Vandereycken, W. (red.), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983.

Summary

From retarded to absent ejaculation: a survey of different forms of ejaculatory inhibition.

The literature on ejaculatory inhibition is still very limited. Moreover, the writings on this subject are confusing especially with regard to description and definition of ejaculatory dysfunctions (e.g. the inconsistent use of the term 'retarded ejaculation'). The author therefore presents a classification system which comprises three major groups of ejaculatory disorders: unsatisfactory timing of ejaculation (premature and retarded ejaculation), absence of ejaculation (partial or complete ejaculatory inability), and ejaculation without pleasure (ejaculatory anhedonia, painful ejaculation).