

UIT DE PRAKTIJK: ENKELE VOORBEELDEN VAN DE MULTICAUSALITEIT BIJ ERECTIEZWAKTE. SUGGESTIES VOOR EEN MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK^o

J.P.C. Moors*

Aan de hand van twee praktijkvoorbeelden, een oudere man van 55 jaar en een jonge man van 21 jaar, wordt ingegaan op somatische, psychische en sociale aspecten van erectiezwakte. Beide hebben min of meer een sluipend verlies van tumescentie en rigiditeit van hun penis. Ze kunnen, naar hun gevoel, hun penis niet lang genoeg stijf houden om een coïtus te voleindigen. Ze zijn door hun respectievelijke huisartsen verwezen naar een uroloog. Ze hadden een goede reactie op 30 of 50 mg papaverine-injectie in de penis. Ook kon in beide gevallen lichamelijk geen ernstige afwijking gevonden worden. In de eerste casus werd, in een klein aantal gesprekken, eerst met de man alleen, gevolgd door gesprekken met de partner erbij, inzicht verkregen in de cirkelgang van lichamelijke klacht – faalangst – invloed partner en anderen in de naaste omgeving – meer klachten en soms veranderingen in het klachtenbeeld – meer faalangst – minder goede erectie – tot tenslotte staken van pogingen een coïtus te willen hebben. Via streeloefeningen, coïtus-stop, praten over ervaringen tijdens het strelen en ervaren van intimiteit zonder coïtus, kon een bevredigende seksualiteit bereikt worden. Daarvoor waren 4 tot 8 zittingen van een uur nodig. Besproken wordt de meerwaarde van een aanpak, waarbij een uroloog en seksuoloog in eenzelfde setting werkzaam zijn.

Erectiezwakte lijkt langzamerhand een louter medisch probleem te zijn geworden. Daar kan ik vrede mee hebben. Zij het, dat ik het begrip medisch niet gelijk zou willen stellen met somatisch. Het onderzoek en de behandeling van een man met erectiezwakte is mijns inziens tenslotte geen louter medisch-technisch probleem (Drenth, 1987). Om de diagnose erectiezwakte terecht te stellen, dient men inzicht te hebben in het functioneren van het lijf van de man. Speciaal de seksuele organen en hun fysiologie moeten deskundig onderzocht worden. Daarnaast zijn er bijna altijd ook belangrijke psychische aspecten, die onze aandacht vragen. Tenslotte blijkt een behandeling vaak te stranden door de sociale omstandigheden waarin de man leeft, of omdat er in zijn relatie iets fundamenteels mis is.

* Dr. J.P.C. Moors, huisarts/seksuoloog. Debussylaan 3, 5242 HH Rosmalen.

^o Voordracht gehouden voor de Ned. Ver. voor Impotentie Onderzoek (NIVO), Bilthoven, 8 dec. 1990. Geaccepteerd voor publicatie 30 januari 1991.

Hoe kunnen we het beste tot een voldoende onderbouwing van ál deze aspecten van erectiezwakte komen?

Als er sprake is van **multicausaliteit**, dan is voor een bevredigende behandeling van de patiënt en eventueel zijn partner een **multidisciplinaire** aanpak te prefereren (Moors, 1989).

Voorbeeld 1.

Een onderaannemer van 55 jaar bezoekt zijn huisarts omdat hij sinds meer dan vijf jaar problemen met zijn erectie heeft. Steeds vaker komt het voor dat zijn penis niet stijf wordt of, naar zijn zin, niet lang genoeg stijf blijft. Hij blijkt wel geregeld nachtelijke erecties te hebben. De huisarts onderzoekt de man en kan geen afwijkingen vinden. Onlangs werd hij ook nog door een cardioloog gezien. Deze kon op zijn terrein ook geen afwijkingen constateren. De erectieproblemen blijven hem echter plagen. De man vraagt zijn huisarts of er geen tabletten of injecties zijn, die hem kunnen helpen. De huisarts laat deze vraag voorlopig onbeantwoord en verwijst hem naar een uroloog. Deze doet ook weer een routineonderzoek, waaronder een injectie van 50 mg papaverine. De penis wordt na twintig minuten meer dan voldoende stijf. De erectie houdt drie en een half uur aan. In het nagesprek biedt de uroloog de man aan hem te leren zichzelf te injecteren. Ook maakt hij de man attent op een seksuoloog in de buurt. Onze patiënt vraagt bedenktijd. Hij wil een en ander met zijn vrouw overleggen. Pas een half jaar later vraagt hij of hem het inspuiten met papaverine geleerd kan worden. Aldus gebeurt. Weer ánderhalf jaar later belt onze man de uroloog op met de vraag om het precieze adres van de seksuoloog. Hij blijkt zichzelf slechts éénmaal ingespoten te hebben. De coïtus die daarop volgde was geen succes.

Als seksuoloog neem ik natuurlijk opnieuw een anamnese af. Daaruit blijkt dat de man al veel langer moeilijkheden met zijn erectie heeft. Zijn penis werd meestal niet écht stijf. Vaak kwam hij ook al klaar voordat hij goed en wel aan een coïtus toe was. Er is duidelijk sprake van enige vorm van ejaculatio praecox. Uit de heteroanamnese blijkt dat zijn vrouw het niet erg vond. Zij waardeert haar man vooral als een harde werker, die moeilijk met zijn gevoelens kan omgaan. Ze heeft hem een jaar of tien geleden wel verdacht van een verhouding met z'n secretaresse. Ze heeft daarover nooit zekerheid kunnen krijgen. Hun twee kinderen zijn getrouwd en sinds een paar jaar zijn ze grootouders. De laatste tijd hebben ze slechts sporadisch seksueel verkeer. Ze halen elkaar ook bijna niet meer aan. De man zegt daar geen behoefte aan te hebben en de vrouw laat het maar zo. Hun relatie is tegenwoordig koud te noemen. Feitelijk doen ze niets meer samen. De aanleiding om indertijd de huisarts te raadplegen, bleek te liggen in een poging van de vrouw hem tot een coïtus te leiden. Dat mislukte grotelijks. Hij heeft zich dat erg aangetrokken. Nu na drie jaar kan de man zich nog steeds opwinden over een neerbuigende blik die hij in haar ogen meende te bespeuren. Hij heeft zich nog nooit zo vernederd gevoeld als toen. Zijn vrouw begrijpt dat niet. Ze wilde hem alleen helpen en dacht dat hij een initiatief van haar kant op prijs zou stellen. Kortom, er komt een klein drama aan het licht, waarover

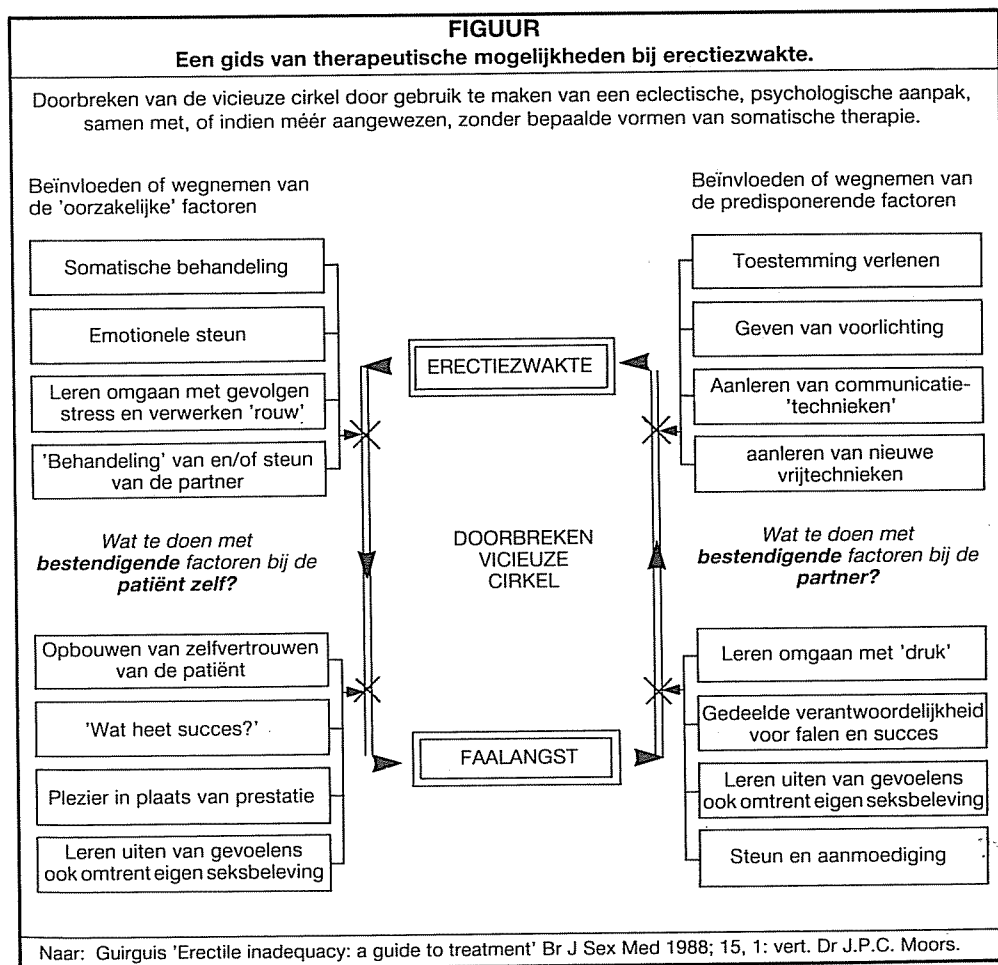
overigens nog tijdens dit eerste consult gesproken kon worden.

Mijn voorlopige conclusie is, dat we te maken hebben met een 55 jarige man, die zijn hele leven al lijdt aan enige vorm van ejaculatio praecox en die sinds enige jaren geconfronteerd wordt met toenemende erectiezwakte. Hij lijdt overigens min of meer ernstig onder gevoelens van minderwaardigheid. Het echtpaar beantwoordt de gewetensvraag of ze in de toekomst nog iets met elkaar zouden willen, volmondig met ja. Ze krijgen een aanbod om in een vijftal gesprekken, van drie kwartier, nader te bezien welke therapeutische mogelijkheden er voor hen zijn. Deze gesprekken zullen om de veertien dagen gehouden worden. Er wordt overeengekomen dat het paar twee avonden per week voor elkaar beschikbaar houdt. De man zorgt dat hij die avonden niet door zijn werk gestoord wordt. De vrouw maakt dan geen visite-afspraken. De zogenaamde oefenavonden verlopen volgens een vast stramien. Na het avondeten bespreken ze samen een bepaald opgegeven thema. De eerste keer was dat thema in dit geval het uitpraten van het misverstand rond de vernedering. Vervolgens bespreken ze hoe ieder van hen over de aanstaande vervroegde pensionering van de man denkt. Als het goed is, hebben beide echtelieden van te voren, ieder voor zich nadacht over het aangekondigde gespreksonderwerp. Aan het verzoek een dagboek bij te houden, heeft de man niet voldaan. De vrouw wel. Tegen negen uur gaan ze in een verwarmde kamer streel oefeningen doen. Ieder streeft de ander gedurende twintig minuten, volgens een plan dat tijdens de consulten besproken is. Daarna praten ze met een glas wijn na over hoe ze die strelingen ervaren hebben. Bij deze strelingen worden in het begin de zogenaamde erogene zones gemeden. Het paar heeft, in aanwezigheid van de therapeut, afgesproken gedurende de eerste zes weken geen coïtus pogingen te doen. Daarmee wordt voorkomen dat bij man en vrouw angst om te falen de kop op kan steken. Bij ieder volgende bezoek wordt eerst verslag gedaan hoe de streel oefeningen de afgelopen weken verlopen zijn. Daarna wordt nader ingegaan op het thema en op de inhoud van de gesprekken na het strelen. Ik zal nu verder het therapieplan laten voor wat het is. Ons paar heeft besloten met elkaar, zonder hulp van derden, verder te praten over de invulling van de vrije tijd na de VUT. Het strelen werd overigens iedere week intenser. In de derde sessie noemden ze spontaan het strelen vrijen. Ze betreurden niet eerder iets dergelijks geprobeerd te hebben. Na tien weken slaagde hun eerste coïtus poging slechts gedeeltelijk. Dat vonden ze toen beiden toch niet zo erg. Tijdens het laatste consult spraken man en vrouw af ieder jaar een korte vakantie op de Canarische eilanden te houden, waarin ze hun onderling functioneren zullen evalueren.

Deze methode is er op gericht man en vrouw de gelegenheid te geven helder te krijgen welke omvang hun problematiek heeft. Soms komen daarbij heel grote problemen aan het licht, die een psychotherapie vragen [Musaph, 1978]. Soms wordt de mens slechts geleerd hoe om te gaan met zelfinjecties. Meestal blijken vijf tot acht zittingen van een uur voldoende om een beter zicht te krijgen op wat er precies aan de hand is. Mijns inziens is het essentieel de mensen kleine opdrachten te laten uitvoeren. Ze hebben dan iets tastbaars waar ze thuis samen mee aan de slag kunnen. Heel vaak blijken deze oefeningen een uitdaging in te houden om nieuwe wegen in

te slaan. Tenslotte is niemand te oud om te leren. Soms moeten idealen uit de jeugd bijgesteld worden, of zijn ze achterhaald door de werkelijkheid van alle dag. Een andere keer blijkt dat men zo ver uit elkaar gegroeid is, dat de relatie beter beëindigd kan worden.

Ik hanteer bij het kiezen van de gespreksonderwerpen graag het schema van Guirguis (1988, zie ook figuur). Aan de hand van dat schema uit de British Journal of Sexual Medicine beschik ik over een gidsje van enkele theoretische oorzaken van erectiezwakte. De vicieuze cirkel waarin de man en zijn partner zijn geraakt zijn **faalangst** ↔ **erectiezwakte**, wordt doorbroken door een eclecticische aanpak met, indien aangewezen, bepaalde vormen van somatisch onderzoek en/of therapie.



Achteraf mag gesteld worden, dat als de seksuoloog in het ziekenhuis met de uroloog zou samenwerken, dit paar veel eerder geholpen had kunnen worden (Van Lunsen & Stam, 1990).

Voorbeeld 2

In het volgende voorbeeld zullen we zien, dat een gezamenlijk onderzoek soms wél tot een diagnose leidt, maar nog geen garantie is voor een onmiddellijke oplossing van alle problemen.

Een 21-jarige jongeman wordt door zijn huisarts verwezen naar een uroloog. Patiënt heeft sinds twee jaar erectiezwakte. Hij zou geen noemenswaardige ochtend-erectie hebben. Sinds een jaar heeft hij een vriendin. Vanwege de erectiezwakte vond nog geen samenleving plaats. Bij onderzoek worden geen afwijkingen gevonden. Hij kreeg Sustanon voorgeschreven, overigens zonder resultaat. Patiënt werd verwezen naar een seksuoloog. De uroloog schrijft: "Ik stel voor via gedragstherapie te komen tot verbetering van de klachten. Indien er over drie maanden geen verbetering is opgetreden, dan stel ik voor het onderzoek uit te breiden met een vasculair onderzoek door collega L."

In een paar gesprekken die ik met de jongeman kon hebben, bleek dat hij altijd al vanaf zijn vroege puberteit problemen met de grootte van zijn penis heeft. Hij vindt die veel te klein. Hij durfde als tiener niet met andere jongens te douchen. Het frenulum is volgens hem ook te kort, daarvan krijgt hij pijn als de penis soms wél stijf wordt. Toen hij 16 jaar was heeft hij voor het eerst gemasturbeerd, met gebruik van een pornoblaadje, dat hij van een vriendje gekregen had. Hij heeft daar schuldgevoelens over. In de verkering eiste zijn vriendin op alle terreinen van het leven veel van hem. Daar kon hij niet aan voldoen. Zij besprak de erectiezwakte van haar vriend met haar ouders. De jongeman voelde zich verraden. Haar ouders hebben haar aangeraden de verkering te verbreken als het binnen een paar maanden niet beter werd. Dat is uiteindelijk ook gebeurd. Zijn faalangst is er begrijpelijkerwijs alleen maar groter door geworden. Hij verloor op achtjarige leeftijd zijn moeder. Hij treurt daar als het ware nog over. Sindsdien leeft hij samen met zijn vader op een kleine boerderij. Zijn vader is nooit hertrouwd en heeft ook geen vriendin. Ze doen alles samen. Na school werkt hij mee op de boerderij. Hij wil geen boer worden.

Mijn conclusie was dat we in de eerste plaats te maken hebben met een *verstoorde lichaamsbeleving*. Vanwege de schuldgevoelens, die hij daarover krijgt, masturbeert patiënt zelden. We hebben dus misschien ook te maken met een gestoorde seksuele ontwikkeling. Deze lieve jongen, met een ingehouden agressiviteit, raadde ik uiteindelijk ernstig aan psychotherapie te gaan zoeken.

Hij wilde liever eerst nog nader lichamelijk onderzoek in een ander ziekenhuis laten doen. Dat heeft inmiddels plaats gevonden. Er wordt bij dit onderzoek een uitstekend pulserende arteria dorsalis gezien. Bij Dopplersonderzoek was de arteria cavernosa links ook uitstekend hoorbaar, terwijl de arteria cavernosa rechts matig pulsaties liet zien. Ondanks de anamnese heeft collega L., zoals hij schijft, het gewaagd 30 mg Papaverine te geven. Hierop trad een bijna complete erectie op, welke twee uur heeft aangehouden. Tot verbazing van de dokter was onze patiënt echter hevig teleurgesteld over de kwaliteit van de erectie. Daarmee was het probleem, zo mogelijk, nog duidelijker. Bij navraag blijken zijn erecties altijd van een kwaliteit als na de papaverine injectie. L. raadt hem aan contact met een psychotherapeut op te nemen. De jongeman is zeer teleurgesteld weer naar huis gegaan. Hij heeft tot op

dit moment nog niet tot een therapie kunnen besluiten. Deze reactie doet bij mij de vraag rijzen: "Hoe zouden we, door intensievere samenwerking, kunnen bereiken dat meer mensen zich in iedere geval geholpen voelen?" Ik denk dat daartoe een structurele samenwerking tussen uroloog en seksuoloog noodzakelijk is. Als ik de gelegenheid had gehad in het ziekenhuis van de betreffende uroloog mijn anamnese af te nemen, was dit door de patiënt als vanzelfsprekender ervaren, dan hij nu deed. Bovendien had ik na de papaverine injectie samen met de uroloog de betekenis van de resultaten van het onderzoek kunnen helpen uitleggen. Het betrof hier een schoolvoorbeeld van een *slecht-nieuws gesprek*. Slecht-nieuws verwerken kost tijd. Het blijkt dat de patiënt pas na twee of drie gesprekken de werkelijke betekenis kunnen laten doordringen. Ondertussen kan aandacht geschonken worden aan gevoelens die het slechte nieuws oproepen. Ik wil vandaag niet nader op dit aspect van de medische behandeling ingaan. Mijns inziens tillen we te licht aan, in de ogen van onze patiënten, onbevredigende onderzoeksresultaten.

Besluit.

Met deze voorbeelden heb ik willen aangeven dat erectiezwakte zich prima leent voor een geïntegreerde aanpak. De medicus, in dit geval de uroloog, kan zich beperken tot zijn eigen deskundigheid. Een maatschappelijk werkende of een psycholoog kan van de andere kant zoveel mogelijk aspecten, die van belang kunnen zijn, aan het licht brengen. Om een goed resultaat te krijgen is het mijns inziens nodig dat de "ogen" seksuologisch onderlegd en getraind zijn. Een medisch seksuoloog zou de anamnese én het onderzoek geheel in eigen hand kunnen houden. Als twee mensen samenwerken moeten na hun onderzoek de uitkomsten besproken worden en wordt er een behandelingsplan gemaakt. Uiteindelijk worden de resultaten in aanwezigheid van beide hulpverleners gezamenlijk aan de patiënt meegedeeld. Overwegen de somatische aspecten, dan kan de uroloog [eerst] zijn werk doen. Overwegen de psychische of relationele aspecten dan moet de seksuoloog zijn deel met de patiënt en eventueel zijn partner uitwerken. Ik weet dat deze werkwijze in de meeste ziekenhuizen organisatorische problemen met zich brengt. Het openen van een impotentiepolikliniek is een van de mogelijke oplossingen. In het ideale geval zou daar het eerste deel van het onderzoek *altijd* door een medisch seksuoloog gedaan moeten kunnen worden. Een tweede beste oplossing zou kunnen zijn dat een speciaal getrainde psycholoog of maatschappelijk werkende met een vervolgopleiding het intakegesprek voert. Misschien kunnen degenen die met zulke samenwerking ervaring hebben, hun mening ook eens geven.

Literatuur

- Drenth, J.J. (1987). Seksuele problemen en stoornissen bij mannen. In: Slob, A.K., C.W. Vink, J.P.C. Moors & W. Everaerd [red.], *Seksuologie voor de arts*. Stafleu Studie, Samsom Stafleu, Alphen aan den Rijn.
- Guirguis, W.R. (1988). Erectile inadequacy: a guide to diagnosis. *British Journ. of Sexual Medicine*, 15:5-7.
- Guirguis, W.R. (1988). Erectile inadequacy: a guide to treatment. *British Journ. of Sexual Medicine*, 15:12-18.
- Lunsen, R. van en L. Stam (1990). Dyspareunie, de multidisciplinaire benadering van een pijnlijk probleem. In: Moors, J.P.C. [red.]. *Vaginisme en Dyspareunie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen.
- Moors, J.P.C. (1989). Huisartsbenadering van erectiezwakte. *The Practitioner, Nederlandse uitgave*, 6:525-534.
- Musaph, H. (1978). Iatrogene potentiestoornissen. In: Musaph, H. & A.A. Haspels, [red.]. *Potentiestoornissen bij de man*. Van Loghum Slaterus, Deventer.