

SEKSUELE PROBLEMEN VAN MANNEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK. VOÓRKOMEN, DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING^o

Woet L. Gianotten*

De man heeft geen erg goede naam als hulpvrager bij seksuele problemen. De combinatie van zijn specifieke anatomie en fysiologie, zijn mannelijke socialisatie en zijn manier van reageren in het hulpverleningscontact vragen om een eigen benadering. Met achterwege laten van de erectieproblemen worden hier de seksuele dysfuncties bij de man beschreven: problemen in de libido en de orgasme-fase en pijn tijdens seks. De incidentie wordt bekeken vanuit de twee taken die de huisarts bij seksuele problemen heeft: als meldpunt voor problemen en als begeleider van de patiënt die (door ziekte, medicatie of operatie) een reële kans heeft een seksuele dysfunctie te ontwikkelen. In dit kader wordt per somatische tractus gekeken naar eventuele risico's. Na anamnese en onderzoek wordt voor de verscheidene dysfuncties aandacht geschonken aan de oorzaken, variatie en eventuele oplossingen. De geïnteresseerde huisarts kan veel seksuele problemen zelf behandelen omdat het grotendeels gaat over gewone problemen die met gezond verstand zijn te begrijpen en op te lossen.

Dit artikel houdt zich bezig met de relatief vaak voorkomende problemen en vragen op het gebied van seksuele dysfuncties bij de man. Daarmee bedoelen we stoornissen in de gevoelens en lichamelijke reacties bij een seksuele gebeurtenis. Dat kan gelden voor seks alleen of voor seks samen met een man of vrouw. Het artikel houdt zich niet bezig met andere problemen op seksueel gebied (zoals vragen rond seksuele oriëntatie of seksuele identiteit). Uitgebreid wordt ingegaan op de problemen die kunnen optreden met de libido en met de ejaculatie of het orgasme. Omdat pijn zo specifiek bij de huisarts thuishoort wordt veel aandacht geschonken aan dyspareunie. De erectieproblemen worden niet apart besproken. Deze komen elders in dit tijdschrift aan bod (zie p. 115). Om verschillende redenen is het de moeite waard aparte aandacht te schenken aan "Seksuele problemen van mannen":

1. Vanwege de biologische realiteit. Mannen hebben hun eigen specifieke hormonen, geen cyclus en een penis die kan weigeren stijf te worden.
2. Vanwege de specifieke verwachtingen. Mannen hebben vaak uitgesproken ideeën over wat er van hun penis wordt verwacht. Ook als de partner of hulpverlener het tegendeel beweert is de man moeilijk van dat idee af te brengen.
3. Mannen hebben vaak hun eigen specifieke reactie bij een seksueel probleem. Voor veel hulpverleners zijn seksuele problemen bij mannen moeilijker te hanteren dan bij vrouwen (Drenth, 1992). Mannen neigen relatief sterk tot rationalisatie en afstandelijk blijven en zij zoeken vooral naar technische oplossingen. Ze lijken ook niet erg bereid iets van een ander aan te nemen.

* Drs W.L. Gianotten, arts-psychotherapeut, Afdeling Medische Seksuologie, AZU, Utrecht; Afdeling Gynaecologie, AZR Dijkzigt, Rotterdam. Rutgers Stichting, Utrecht. Thuisadres: Heemskerkstraat 4, 1212 CD Hilversum.

^o Geaccepteerd voor publicatie 25 februari 1993.

Mede als gevolg van de seksuele revolutie en de grote informatiestroom over seksuele zaken is er meer ruimte gekomen om te praten over seks. De wensen op seksueel gebied zijn ook explicieter geworden. Mensen accepteren nu steeds minder dat het in bed "niet goed gaat".

Voor veel mensen hangt het succes van en het geluk binnen de (huwelijks-)relatie in belangrijke mate af van de seksuele aspecten van de relatie. Mensen van nu hebben er ook minder vrede mee dat seks ophoudt bij ziekte, handicap of ouderdom. Naarmate de mens langer in leven blijft, mogen we verwachten dat het thema "kwaliteit van leven" steeds belangrijker wordt. De huisarts heeft daarbij een belangrijke rol.

De rol van de huisarts

De huisarts *als aanspreekpunt* is enerzijds degene waar mensen met een seksueel probleem kunnen heenstappen. Patiënten die professionele hulp willen voor seksuele problemen komen doorgaans in eerste instantie bij de huisarts terecht (Frenken et al., 1988).

Toch vinden veel patiënten het niet gemakkelijk om bij een seksueel probleem hulp te vragen. De huisarts die *als begeleider*, weet bij welke ziektes, medicijnen en operaties er een reële kans is op seksuele bijwerkingen, kan hierbij te hulp komen. Juist de huisarts kent als geen ander de medische en vaak ook de sociale situatie van de patiënt. Er is veel voor te zeggen om bij verondersteld risico actief te vragen naar seksuele problemen. De afwachtende houding uit het verleden, soms verklaard vanuit respect voor de persoonlijke levenssfeer van de patiënt, lijkt plaats te gaan maken voor deze meer actieve opstelling. Bij vermoeden op een (achterliggend) erectieprobleem bleek 41% van de huisartsen zich inderdaad "actief" op te stellen en dóór te vragen (Broekman, 1991).

Daarnaast fungeert de huisarts *als beoordeler en behandelaar* die, met anamnese en onderzoek, de ernst van een probleem bekijkt en vervolgens zorgt voor adequate behandeling of verwijzing.

Seksueel beleven en functioneren is voor de patiënt niet louter een lichamelijk fenomeen, maar ook gekleurd door zijn emoties, ervaringen, waarden en de visie op seksualiteit. Het arts-patiënt contact bij een seksueel probleem is daarnaast ook gekleurd door de emoties, ervaringen, waarden en visie op seksualiteit van de huisarts zelf. Wie vooral de (traditioneel) mannelijke seksbeleving onderschrijft zal er meer toe neigen om de prestatiebehoefte van de man te honoreren. Wie zich daarentegen meer thuis voelt bij (traditioneel) vrouwelijke seksbeleving zal eerder benadrukken hoezeer er te genieten valt van een minder doelgerichte aanpak. Voor alle duidelijkheid: Er is niets mis met de (traditioneel) vrouwelijke, noch met de (traditioneel) mannelijke seksbeleving en bij een redelijk deel van de relaties combineren deze verschillende standpunten tot een plezierig geheel. Echter, wie star vasthoudt aan de ideeën over de traditioneel mannelijke beleving, loopt waarschijnlijk een grotere kans op het ontwikkelen van seksuele problemen. Bovendien is er zeker minder kans om, als éénmaal een probleem is ontstaan, dat probleem op te lossen.

Een voorbeeld: Een man van 55 jaar is al 31 jaar gehuwd. Bij het vrijen nam hij altijd het initiatief, hij deed het werk en hij zorgde er voor dat zij tijdens/door de coïtus een orgasme kreeg. Sinds 2 jaar is zijn vrouw in de overgang. Zij kreeg pijn bij de coïtus en het lukte haar niet meer een orgasme te krijgen. Hij heeft enige maanden erg zijn best gedaan om haar toch nog tot een hoogtepunt te brengen. Dat lukte niet en uiteindelijk kon hij geen erectie meer krijgen. Ze vrijen nu helemaal niet meer.

Veel seksuele problemen van mannen worden gekleurd door de specifieke mannelijke visie op seksualiteit en op de veronderstelde rol van de man. Veel van die stereotiepe

ideeën zijn door Zilbergeld* zeer overtuigend en herkenbaar beschreven als de "mythen van de mannelijke seksualiteit" (1992). Deze mythen gelden voor veel van onze patiënten en dus ook voor veel mannelijke artsen.

De seksuele dysfuncties bij de man

Bij de anamnese helpt het als we de dysfuncties bekijken vanuit de opbouw zoals die bij de seksuele respons cyclus loopt.

1. Stoornis in de libido waarbij ook de angst voor het vrijen wordt gerekend.
2. Stoornis in de opwinding, zich uitend in slechte, afwezige of niet blijvende erectie.
3. Stoornis in de fase van zaadlozing, orgasme en bevrediging.
4. Pijn tijdens de erectie of ejaculatie en pijn tijdens de coïtus.

Het seksuele functioneren verloopt meestal via libido naar opwinding en zonodig naar orgasme. Veel problemen ontstaan omdat de man zich dit mechanisme niet bewust is.

Een voorbeeld: de man die geen zin heeft om te vrijen, maar vindt dat hij het toch maar moet doen, loopt een gereede kans dat hij geen erectie zal krijgen.

Dit kan ook andersom werken: als het vrijen in een latere fase van de cyclus steeds fout gaat, kan op den duur een daarvoor liggende fase problemen gaan opleveren.

Een voorbeeld: de man die steeds weer te vlug klaarkomt, zich schuldig voelt naar zijn partner en zich daarvoor schaamt. Op den duur kan dat tot erectieproblemen leiden.

Het goed doorlopen van de opwindingsfase hoeft overigens niet persé met een erectie gepaard te gaan. Veel mannen met een organische erectiestoornis en ook veel oudere mannen kunnen een normaal orgasme en ejaculatie beleven zonder dat een erectie optrad.

Hoe vaak komen seksuele dysfuncties voor in de huisartspraktijk?

Eerst kijken we naar problemen die bij de huisarts *als aanspreekpunt* zouden kunnen komen. Veel mensen blijken niet echt tevreden met hun seksuele leven. Frenken (1976) onderzocht 17 jaar geleden in Nederland de 18-55 jarigen uit de middenklasse en vond bij 26% van de mannen problemen met tevredenheid of opwinding. Vennix (1989) herhaalde dat in 1981. Bij 4% van de mannen bleek het vrijen regelmatig echt tegen te staan en 19% van de mannen bleek ontevredenheid over het enthousiasme van de partner. Echter, ontevreden zijn betekent niet altijd een seksuele dysfunctie. Niet iedereen vraagt trouwens hulp als er een seksueel probleem is. Hoe vaak stapt men naar de huisarts toe? Recent verschenen drie publikaties over Nederlands onderzoek. Frenken et al., (1988) vroegen aan 137 huisartsen welke seksuele problemen of dysfuncties in de voorgaande week waren gemeld. Wigersma (1990) bekeek over een periode van één jaar van 13 huisartsen de contactregistratieformulieren wat betreft seksuele problemen. Broekman (1991) ondervroeg 90 huisartsen naar het voorkomen van erectieproblemen in het voorgaande jaar. De combinatie van hun conclusies geeft aan dat er per 1000 patiënten per jaar zich melden: 1.4-2 mannen met vermindering van de libido; 1.5-1.8 mannen met een erectieprobleem; 1.8 mannen met een probleem rond ejaculatie of bevrediging.

* Zilbergeld gaf in zijn zeer begrijpelijke boek 'Mannen en Seks' (1982; Masureelfonds, Gent) uitgebreid inzicht in de seksuele socialisatie, problemen en hun oplossing. Recent (1992) kwam uit 'The new male sexuality' met daarin ook veel aandacht voor communicatie, conflictoplossing, en de man alleen.

Problemen passend binnen de tweede taak van de huisarts *als begeleider* zijn minder gemakkelijk in kaart te brengen. Hoewel nog fragmentarisch, is er inmiddels veel bekend over de relatie tussen seksualiteit en ziektes, operaties, medicijnen en handicaps. Bij sommige patiënten zal hierover weinig twijfel bestaan: na een dwarslaesie, na een grote operatie ivm blaascarcinoom of bij hypogonadisme. Bij andere patiënten is die relatie minder eenduidig: bij gebruik van beta-blokkers of bij diabetes mellitus. Bij weer andere patiënten wordt die relatie vaak vergeten: bij huidafwijkingen, bij nierziekten of bij reuma. Een tweede belangrijk gegeven is de verwarring over "de oorzaak". De oorsprong van de meeste seksuele dysfuncties ligt in een combinatie van factoren, waarbij in wisselende mate een stoornis in de benodigde fysieke functies meespeelt. Niet alleen absolute fysieke onmogelijkheid, maar ook vermoeidheid, pijn en algemene teleurstelling als gevolg van de ziekte zullen hun tol eisen.

Het resultaat van dat "niet goed gaan" wordt vervolgens ingebed in de mogelijkheden van de man en zijn ideeën over seksueel functioneren. Ook de reactie van de partner en hun communicatie zal meebepalend worden voor het verloop van de seksuele gebeurtenissen. Vaak blijken die ervaringen vervolgens een eigen leven gaan te leiden omdat ze een vast patroon vormen; een patroon dat op zichzelf al reden genoeg is voor het seksueel niet goed functioneren.

Bij een seksueel probleem gebruiken we dan ook niet een óf-óf, maar een én-én model. Ter illustratie:

De man met de bijna perfecte lichamelijke conditie kan "falen" als hij zijn partner als afwerend en onaantrekkelijk beleeft en iets teveel gedronken heeft.

De man met neuropathie en angiopathie kan soms nog een goede erectie krijgen en houden als hij goed uitgerust is en zijn partner ervaart als sexy, willig en verliefd op hem.

Schover en Jensen (1988) en Moors-Mommers (1992) gaan uitgebreid in op die multicausaliteit.

Effecten van ziekten, medicijnen en operaties

Wat zijn in de medische praktijk de categorieën patiënten met een reële kans op het ontstaan van seksuele problemen? Anders gezegd: wat zijn de patiënten, waarbij het verstandig lijkt te vragen naar het seksuele functioneren? Uit de boeken van Bancroft (1989), Schover en Jensen (1988) en Slob et al. (1992), volgt hier een (onvolledige!) lijst van medische problematiek en hun mogelijke seksuele consequenties. Let wel: een bepaald percentage in deze lijst wil niet zeggen dat die bepaalde functie fysiek verder onmogelijk is. Het percentage is de weergave van wat de combinatie van lichamelijke, psychische, sociale en relatie-factoren met een man doet. De grote marge (bvb 5-40%) geeft soms aan dat in de ene onderzoeksgroep de mannen goed voorgelicht en/of begeleid waren en in de andere groep niet. Bovendien zit in de meeste getallen ook de groep ingesloten die tevoren al een probleem had.

Circulatie: Na een *myocard infarct* treedt een sterke daling van seksuele activiteit op. 10-45% krijgt (of had tevoren reeds!) erectieproblemen. Naderhand blijkt een groot deel van de mannen en hun partners bang te zijn voor acute hartdood tijdens de coïtus. In werkelijkheid gebeurt dit bijna nooit.

Angina pectoris kan ook tijdens het vrijen optreden en kan daarmee leiden tot vermijdingsgedrag.

Ook zonder medicatie zou *hypertensie* 10% toename geven wat betreft erectieproblemen en 10% wat betreft ejaculatieproblemen. Afhankelijk van het werkingsmechanisme kunnen veel antihypertensiva dat min of meer versterken.

Claudicatio intermittans gaat bij 45% van de mannen gepaard met erectieproblemen.

Respiratie: Bij COPD (chronische obstructieve longaandoeningen) ervaart 20-60% een negatief effect op het seksuele functioneren (Eekhof, et al., 1991). Bij astma bvb kan seksuele opwinding bronchospasme oproepen. Vrijen kan dan leiden tot een vicieuze cirkel van angst-dyspnoe met als gevolg verminderde libido.

Urogenitale tractus: *Chronische nierziekten* verlagen bij 90% van de mannen de libido. Bij mannen met uremie heeft tot 80% erectieproblemen; bij de dialyse groep vindt men erectieproblemen in 50-60% en na niertransplantatie nog in 10-40%.

Prostaat: Bij acute prostatitis vermindert doorgaans de libido, zoals dat het geval is bij de meeste acute infecties. Bij chronische prostatitis kan het hele scala aan dysfuncties optreden, inclusief dyspareunie. De operaties voor prostaathypertrofie leiden in 55-100% tot een retrograde ejaculatie. Afhankelijk van de toegepaste techniek vindt men bij 5-20% erectieproblemen. Bij de TURP is de kans het kleinst. Ook goede voorlichting vooraf houdt de kans op erectieproblemen laag! Bij prostaatcarcinoom volgt meestal een radicale prostatectomie, waarna door zenuwbaanbeschadiging de erectie onmogelijk wordt. Bij vroege ontdekking kan via een zenuwsparende operatie een deel van de mannen nog een erectie houden. Bij late diagnose gaat dat niet meer. Bovendien is dan vaak ook (chemische) castratie nodig waardoor de kans op libidoproblemen heel groot wordt. Dit wordt mede beïnvloedt door het rouwproces.

Ook na *testiscarcinoom* (bvb seminoom) met resectie, speelt het rouwproces een belangrijke rol. Daarnaast bepaalt de mate van bestraling en/of lymfeklierresectie in hoeverre er nog een mogelijkheid tot erectie of ejaculatie blijft.

Bij een *urinstoma* vindt men, afhankelijk van de leeftijd bij operatie (jong vs oud), in 20-80% erectieproblemen, in 20-60% retrograde ejaculatie en in 30-70% verlies van ejaculatie. Schaamte over het stoma kan ook de libido beïnvloeden.

Infertiliteit wordt deels veroorzaakt door seksuele dysfuncties. Aan de andere kant kan de behandeling van infertiliteit er ook toe leiden. In 15-50% van de paren met infertiliteit is sprake van seksuele problemen, waarvan een deel episodisch. Met name het verplicht seksueel functioneren op een bepaalde tijd kan bij de man leiden tot falen en tot verdwijnen van de libido.

Kanker in het kleine bekken (blaas, darm, prostaat) leidt meestal tot operaties die door hun uitgebreidheid doorgaans volledig erectieverlies geven. Bij radiotherapie ontwikkelt 50% van de mannen erectieproblemen, die vaak vasculair en/of neurogeen bepaald zijn. Bijkomende behandeling met hormonen kan de libido onderdrukken. De hierdoor veroorzaakte gynaecomastie kan ook de libido remmen. Cytostatica veroorzaken bij 40-50% van de mannen libidoverlies.

Bij een *darmstoma* krijgt, afhankelijk van de aard en uitgebreidheid van de operatie, 15-40% van de mannen erectieproblemen, 5-50% retrograde ejaculatie en 10-40% verlies van ejaculatie. Het colostoma scoort daarbij het slechtst. Schaamte en het rouwproces hebben, vooral in het begin, invloed op de libido. Hierbij is vooral ook de reactie van de partner belangrijk.

Neurologische beelden: MS geeft bij 70% verandering in de seksuele beleving terwijl 50% erectieproblemen krijgt. Het CVA (vooral in de dominante hersenhelft) geeft libidoproblemen. Epilepsie gaat overigens niet gepaard met een toename van seksuele dysfuncties!

Chronische pijn: Bij reuma treedt bij 75% van de relaties vermindering van de seksuele activiteit op. Bij mannen rapporteert 30% een ejaculatieprobleem en 35% een erectieprobleem. Zij komen dan doorgaans in de toeschouwersrol terecht.

Diabetes Mellitus: Zowel bij type I als bij type II vindt men in 30% verlies van libido

en in 30% erectieproblemen. Vooral hier is het belangrijk te melden dat we er niet van uit moeten gaan dat een erectieprobleem het irreversibele gevolg van de organische beschadiging is.

Medicijnen en genotmiddelen: Een lichte mate van *alcoholisme* geeft in 10% problemen met de erectie. Bij ernstiger vormen vindt men bij 60% seksuele dysfuncties, te weten: bij 45% libidodaling; bij 45% ejaculatio praecox en bij 25% vertraging van het orgasme. Wellicht is dit deels het (irreversibele) gevolg van neuropathie. Maar in die cijfers zit ook dat deel van de mannen die al, vooraf aan hun verslaving, seksuele problemen had.

Heroïne-achtige producten (en ook methadon) veroorzaken een algehele demping van het zenuwstelsel. Ook de seksuele behoefte en reactie wordt dus geremd.

Cocaïne heeft de, overigens niet geverifieerde, naam prestatie en plezier te verbeteren. Chronisch gebruik vermindert de libido en waarschijnlijk ook de erectie. Daarentegen zou cocaïne bij mannen met dwangmatig hyperseksueel gedrag juist de frequentie en intensiteit van het seksuele gedrag versterken.

Marihuana veroorzaakt vooral de verwachting dat de seksuele ervaring plezieriger is. Men beleeft niet zozeer betere erecties of orgasme, maar meer ontspanning en het gevoel op één lijn te zitten met de partner. Als de partner niet meegebruikt werkt het dan ook averechts. Bij chronisch gebruik krijgt 20% erectieproblemen.

Amfetamine en pepmiddelen verhogen in lage dosis de libido en mogelijk de intensiteit van het orgasme, maar dat effect gaat teniet zodra men meer gebruikt. Chronisch gebruik levert doorgaans seksuele dysfuncties op.

Medicijnen: met name antihypertensiva, antipsychotica, tricyclische antidepressiva, beta-blokkers, alfa-blokkers, H₂-receptorblokkers en hypnosedativa kunnen libidoverlies, erectieproblemen en ejaculatieproblemen veroorzaken.

Zoals ook elders in de geneeskunde, zien we vaak combinaties van factoren, die de kans op seksuele dysfuncties zullen doen toenemen. Bijvoorbeeld: de man die een myocardinfarct doormaakte, diabetes mellitus type II en hypertensie heeft, teveel alcohol drinkt en antihypertensiva slikt.

Diagnostiek bij de man

Anamnese. Als we nog niet weten of er een seksueel probleem is, willen we weten of de seksuele responscyclus normaal kan worden doorlopen (libido, erectie, ejaculatie, bevrediging en eventuele aanwezigheid van pijn). Indien hierdoor een seksuele dysfunctie boven water komt, of indien de patiënt hier zelf al mee komt, vragen we gedetailleerd naar de verschillende fases uit de responscyclus zoals bij een tractus anamnese. Hoe ontstaan? Wat trad het eerste op? Kan de responscyclus nog doorlopen worden bij andere condities (bv als de man alleen is)? Duidelijkheid is hier erg belangrijk. ("Wat bedoelt u precies?") Is er in de voorgeschiedenis sprake van bepaalde feiten die vaak seksuele problemen veroorzaken (zoals verlies, verlating, angst voor SOA of seksueel misbruik)? Wat is het effect op de partner, op de relatie en op het vrijpatroon? Aan het eind wordt geverifieerd of het probleem goed begrepen is en of dit het werkelijke probleem is ("De zaadlozing blijft wel weg, maar eigenlijk vind ik het veel erger, dat we elkaar nu niet meer aanraken").

Algemeen lichamelijk onderzoek, indien nodig, komt pas na de anamnese en wordt eventueel gecombineerd met een specifiek seksuologisch onderzoek. Dat laatste dient: 1. ter informatie over de anatomie en fysieke conditie; 2. ter informatie over het gedrag van de man t.o.v. zijn eigen lichaam; 3. ter geruststelling; 4. als voorlichting

voor de patiënt. Vanwege de emotionele lading van dit onderzoek is het verstandig gelijktijdig uitgebreid informatie te geven over wat gedaan wordt en over wat gevonden wordt. We letten op:

- * Uitingen van de werking van androgene hormonen (beharig, vetverdeling) en van prolactine (gynaecomastie).
- * De conditie van de penis: kromstand of harde plaques? Voorhuid (vraag: "Kan de voorhuid over de eikel in stijve toestand?"), toompje (vraag: "Is dit pijnlijk in stijve toestand?").
- * De conditie van het scrotum: pijnlijke zwellingen. Zijn de testikels (te) klein?
- * Alleen bij pijn tijdens orgasme of ejaculatie is een rectaal toucher aangewezen om een infectie van prostaat of vesicula seminalis vast te stellen.
- * Bij verdenking op een neurologische stoornis kunnen een afwezige anusreflex en een eenzijdige afwezige cremasterreflex die verdenking versterken.

Aanvullend laboratorium onderzoek is eigenlijk alleen nodig als daar, vanuit anamnese of lichamelijk onderzoek, aanwijzingen voor zijn. Bij de mogelijkheid van diabetes mellitus de nuchtere bloedsuiker; bij verschijnselen van hypogonadisme de ochtend-waarde van het serum-testosteron; bij galactorroe of gynaecomastie het serum-prolactine.

Behandeling

Helpen bij seksuele moeilijkheden is doorgaans niet zo ingewikkeld. De huisarts met affiniteit tot de seksuologie zal ervaren dat het uitermate dankbaar werk is dat op den duur ook heel leuk kan zijn. Rustig ervoor gaan zitten en goed luisteren vormt niet zelden al de helft van de therapie. Als het iets ingewikkelder wordt kan overleg en consultatie bij een seksuoloog veel steun betekenen. Vaak blijkt dat een verwijzing niet nodig is. In de groepspraktijk kan, na uitsluiten van organische oorzaken, de behandeling trouwens ook uitgevoerd worden door de maatschappelijk werkende of psycholoog die affiniteit heeft met seksuologische hulpverlening. Bij een te ingewikkeld probleem is het verstandig adequaat te verwijzen naar de seksuologische tweede lijn (zie hiervoor Moors, 1986).

Bij een niet-seksueel probleem wordt doorgaans ná anamnese en onderzoek de diagnose gesteld en pas daarna volgt een behandeling. Bij een seksueel probleem loopt dat wat vaker door elkaar. Onze manier van vragen helpt de patiënt vaak al op een andere manier naar het probleem te kijken, onze openheid over seks kan de communicatie weer op gang brengen en bij vermeend onbegrip geven we vaak direct informatie (dus voorlichting). Het aangrijpingspunt in een behandeling wordt bepaald door de mate waarin specifieke oorzaken meespelen en uiteraard ook door die thema's waarin de arts zich het beste thuisvoelt.

We kijken nu achtereenvolgens naar de drie aandachtgebieden: problemen met de libido; problemen met orgasme of ejaculatie; en dyspareunie.

Libidoproblemen

Toen de man nog alle initiatief hoorde te nemen, was 'geen zin' een typisch vrouwenprobleem. Als de vrouw niet meer enkel afwacht zal duidelijker worden wanneer de man geen of weinig zin heeft. Deze klacht neemt m.i. dan ook toe. Zin in seks, en dus ook vermindering of afwezigheid daarvan, wordt bepaald door een complex van

factoren waaronder: lichamelijke conditie, hormonen, het algemeen welbevinden, opvoeding en ervaringen in het verleden, prikkels uit de omgeving en de betekenis die men aan het vrijen geeft. Helaas ontbreekt vaak de wijsheid om zich die samenhang te realiseren. De man die net een fikse griep heeft gehad of erg verdrietig is omdat een collega kanker blijkt te hebben, snapt wél heel goed dat hij geen zin heeft om gezellig te gaan eten of de vrolijke pias uit te hangen, maar niet waarom zijn zin om te vrijen weg is. Vennix (1989) vond dat lichamelijke vermoeidheid, zorgen en neerslachtigheid bij een kwart van de mannen regelmatig de seksuele motivatie remden.

Alvorens te kijken naar diverse oorzaken en oplossingen van libidoproblemen staan we even stil bij "normale zin". Eerst kwantitatief: wat hoort min of meer bij deze man? En wat verwacht zijn partner? Met 3x per week "zin hebben" zal de ene man tekortschieten en de ander beleefd worden als bijna oversekst. Geen zin binnen een relatie is dus een relatief gegeven. Relatief is ook waarin hij geacht wordt zin te hebben. Wat wordt met geen zin bedoeld: geen zin in knuffelen, in vrijen, in de coïtus of in klaarkomen? Het kost soms moeite dat helder te krijgen, vooral binnen de seksuele interactie. De man geeft aan zin te hebben terwijl er in die situatie geen enkele opwinding volgt. De zin komt dan kennelijk niet "uit de buik" maar "uit het hoofd" of "uit het hart". Zin uit het hoofd is bedachte zin. Bijvoorbeeld: "Laten we het proberen" (bij een fertiliteitsprobleem of een seksuele disfunctie) of "Laten we het nu doen, want we zullen elkaar de komende vijf dagen niet zien". Vaak levert dergelijke "zin" onvoldoende opwinding op. Zin uit het hart is zin om de ander ("Laat ik het voor haar doen, want ze is zo lief"). Ook dat is niet altijd voldoende opwindend. Veel opwindingsproblemen zijn in feite een uiting van onvoldoende zin hebben bij mannen die dat niet herkennen of willen herkennen.

Is de libido er nooit geweest of is hij later verloren gegaan?

Primaire libido problemen: Als er nooit libido was, dienen we uit te zoeken of er een lichamelijke oorzaak is; bv aangeboren of vroeg verworven hypogonadisme. Het kan ook het gevolg zijn van emotionele mishandeling of seksuele traumatisering in de jeugd. Ook bij mannen komt dat frequent voor! Voor de behandeling van een primair libidoprobleem is het verstandig te verwijzen naar de tweede-lijns seksuologie. Van de libidoproblemen is overigens slechts een klein deel primair.

Secundaire libido problemen: Bij verloren gegane libido kijken we eerst of het geeneraliseerd voorkomt. In dat geval zoeken we naar lichamelijke oorzaken zoals trauma of degeneratie van de testis; intoxicatie met lood, alcohol of drugs; medicatie zoals cytostatica of beta blokkers; depressie; ziekte zoals diabetes; of algemene malaise. We zoeken ook naar later ontstane psychische nood. We vinden dit bv bij groot verdriet zoals bij kanker, een ernstig ongeval, overlijden of verkrachting van de partner of een gezinslid. Het komt ook voor na rouw of krenking zoals bij verlating, gedwongen ontslag, ernstige ziekte of kanker van de man zelf. Bij de meeste van deze niet-organische oorzaken gaat het eigenlijk om een gezond fenomeen. Uitleg en geruststelling is dan vaak een goede behandeling. Bij een deel van deze situaties kan de arts in de rol als begeleider een seksueel probleem veronderstellen en het voortouw nemen om over seksualiteit te praten.

Soms blijkt de libido alleen maar situatief afwezig. Er is dan bijvoorbeeld wel behoefte tot solo-seks en niet tot samen-seks. Dat kan liggen aan de partner, die niet meer als aantrekkelijk of stimulerend wordt ervaren, of aan de (re-)acties van de partner die de draak steekt met hem of zijn seksuele functioneren. Het kan ook liggen aan de man zelf die zich schaamt over zijn eigen onaantrekkelijkheid (bijvoorbeeld bij een stoma) of aan zijn vermeende falen op seksueel gebied. In dat geval ontstaat

nogal eens een vicieuze cirkel waarbij beide partners een groeiend aandeel hebben in het onderhouden van "te weinig zin in seks". De een claimt of eist steeds meer, de ander vermijdt of schaamt zich steeds meer.

Veel libidoproblemen zijn ontstaan vanuit een ander seksueel probleem (zoals geen erectie, te vlug klaarkomen of geen zaadlozing) waarbij keer op keer de desillusie van wéér falen de zin beneemt. In dat geval is met uitleg en opbouw van de motivatie eerst een mate van herstel van de zin nodig om vanuit dat punt te kunnen gaan werken aan de oorspronkelijke dysfunctie. Het zal duidelijk zijn dat in bijna al deze gevallen het gesprek beter samen met de partner kan worden gevoerd.

Te veel zin of satyriasis. Hierbij gaat het slechts zelden om een absoluut teveel. Dit vindt men soms bij neurologische stoornissen op het niveau van hypothalamus of temporaalkwab en bij degeneratie. Vaker treedt het op bij psychiatrische ziektebeelden zoals manie en schizofrenie. Het kan ook een gevolg zijn van ernstige emotionele of seksuele traumatisering op jonge leeftijd. Het seksuele gedrag kan daarbij zeer dwangmatig worden. Soms wordt dit nog versterkt door afhankelijkheid van cocaïne. Slechts zeer zelden, bij volkomen onbeheersbaar gedrag, lijkt medicatie met antian-drogene hormonen nodig. Deze behandeling wordt soms verzocht door justitie en wordt altijd gecombineerd met een vorm van psychotherapie.

Veel vaker is "te veel zin" een relatief teveel, waarbij vooral de omgeving last ervaart. Soms betreft dat de verzorgers (bvb van de verstandelijk gehandicapte man). Soms gaat het om de partner die minder zin heeft, of op andere tijden of op andere manieren. In een hetero-relatie kan zij hem dan als overseksst beleven en hij haar als frigide. Vaak hebben beiden intussen ook schaamte over hun te veel of te weinig zin. De oplossing is dan niet gemakkelijk. Het lukt daarbij uiteraard niet om zin bij één van de twee te vermeerderen of verminderen. Een mogelijkheid is om te leren respect te krijgen voor beider wensen en voor hun verschil en van daaruit te leren onderhandelen. Meestal komen dan oplossingen voorhanden waar beiden redelijk tevreden mee kunnen zijn.

Problemen in de fase van ejaculatie en orgasme.

Hier gaat het om vier verschillende aspecten. De ejaculatie bestaat uit de *emissie* (opstuwen van het zaad tot in de prostaat) en de *expulsie* (ritmisch naar buiten persen). Het subjectief (en meestal positief) ervaren daarvan is het *orgasme*. Daarbij, maar ook soms los daarvan komt het gevoel van *bevrediging*. Ieder van deze fases kan ontbreken of een hapering te zien geven. Daarnaast zijn er problemen van logistische aard, waarbij het niet lukt om het proces op de goede tijd of op de goede plaats te laten plaatsvinden. Infertiliteit kan hiervan een gevolg zijn.

Vóór de expulsie moet de kringspier naar de blaas zich sluiten. Doet deze dit niet, dan verloopt de ejaculatie retrograad, dus naar de blaas. De man ervaart *wel* de plezierige contracties van het orgasme maar er komt geen zaad ("droog orgasme"). Als hij snel daarna plast, ziet hij vaak vlokken in de urine. Dit kan leiden tot gestoorde fertiliteit en soms gekwetste mannelijke trots, maar meestal vooral tot ongerustheid. Het komt voor na prostaatoperaties, na zenuwbeschadiging bij operatieve ingrepen in het kleine bekken, bij diabetische neuropatie en bij bepaalde medicijnen. Een enkele keer lijkt het toch een uiting te zijn van een psychologisch probleem. De behandeling bestaat uit voorlichting en soms medicatie (bv imipramine). Fertilitieitslaboratoria hebben meestal een eigen aanpak om toch tot zwangerschap te komen (urine

met NaHCO_3 , alkaliseren, post-orgasme snel uitplassen in IVF-medium, het sperma afcentrifugeren en daarmee intracervicaal insemineren).

De emissie treedt soms op zonder expulsie (en dus zonder orgasmegevoel). Het zaad sijpelt daarbij naar buiten. Dit kan een uiting zijn van een neurologische stoornis maar ook wel van sterke geremdheid van de man.

Anejaculatie: Volledige afwezigheid van de ejaculatie is bij de jongere man een belangrijke oorzaak van fertiliteitsproblemen. Een deel van deze mannen mist kennelijk het orgasme niet zozeer totdat er kinderwens is (zoals ook gebeurt bij het vaginisme). Er zijn diverse mogelijkheden. Als het orgasme de ene keer wel komt en de andere keer niet, dienen we te kijken naar de remmende en/of stimulerende condities die voor hem gelden voor plezierig vrijen. Tegenwoordig komt dit nogal eens voor juist op het moment als bij zijn vrouw na ingewikkelde endocrinologische interventie eindelijk een ovulatie tot stand is gekomen. Soms lukt een zaadlozing wel bij masturbatie, maar niet tijdens het gezamenlijk vrijen of de coïtus. Dat kan een gevolg zijn van faalangst, angst voor zwangerschap of angst voor de vrouw (bv na seksueel misbruik in het verleden). Een deel van de mannen met anejaculatie heeft enerzijds moeite om zich "te laten gaan" en anderzijds om het "zorgen voor de ander" los te laten. Zij menen dat ze dan erg egoïstisch zouden zijn. Deze combinatie komt nogal eens voor bij mannen uit streng religieuze milieus. Bij adolescenten kan de behandeling nog eenvoudig zijn met voorlichting, ontspanningsoefeningen en ruimte voor opwinding. Bij de wat ouderen blijkt volledig afwezige ejaculatie vaak moeilijk te genezen. In extremo zoekt men soms naar hulpmiddelen (electro-vibrator) om toch zelf een zwangerschap te kunnen verwekken.

Bij de ouder wordende man is vermindering in de frequentie van ejaculatie een normale ontwikkeling. De behoefte hieraan wordt minder, ook als de behoefte tot coïtus niet vermindert. Als op latere leeftijd de mogelijkheid tot ejaculatie helemaal verdwijnt, blijkt er vaak een somatische oorzaak (zoals diabetes mellitus, MS of medicatie). Voorlichting is dan erg belangrijk. Een deel van de mannen voelt zich zonder ejaculatie namelijk vooral tekortschieten ten opzichte van de partner. De meeste vrouwen hebben daar geen enkel probleem mee, terwijl een enkele vrouw zijn ejaculatie juist nodig heeft als bewijs van eigen aantrekkelijkheid.

Ejaculatio praecox

Vlug is pas te vlug als men het als een probleem ervaart. Dit kan een probleem zijn voor de man die het jammer vindt slechts zo kort te kunnen genieten van het vrijen of de coïtus. Het kan een probleem zijn voor de man met hoge verwachtingen die meent dat zijn (langdurige) erectie voor één of meer orgasmen van zijn partner moet zorgen. Het kan ook een probleem zijn voor de vrouwelijke of mannelijke partner die zich afgescheept voelt met een vluggertje door de man die zich daarna omdraait en niets meer aan naspel doet. Te vlug klaarkomen is een probleem met veel onkunde, verdriet en spanningen. Een uitgebreide anamnese kan hierin veel helderheid verschaffen. Sommige mannen zijn echt zeer "prikkelbaar" en komen bij de geringste aanraking al tot een ejaculatie. Deze mannen hebben vaak geleerd om iedere vorm van passief geknuffeld worden te vermijden. Het kan lang duren en veel huiswerk oefeningen vragen, voordat de man zonder onrust aangeraakt kan worden en hij controle gaat krijgen over zijn ejaculatie.

Veel vaker is het probleem een gevolg van zijn leerproces (ook masturbatie deed

hij altijd vlug), de behoefte de partner een penetraal orgasme te bezorgen (dus de verplichting lang stijf te blijven), teleurstelling (als het weer niet lukt) en steeds meer faalangst. Na de ejaculatie zijn de meeste mannen enige tijd helemaal uitgeteld ("het zwarte gat") en fysiek niet erg in staat tot actie. Als daar ook nog de schaamte en deceptie van de te snelle ejaculatie bijkomt, kan hij zich geheel gaan terugtrekken. De partner krijgt dan de indruk dat de man alleen maar aan zichzelf denkt. De vlug klaarkomende man is bij het vrijen doorgaans vooral gespannen, maar meent dat het snelle klaarkomen ontstaat door teveel opwindning. Hij gaat dan ook aan afleidende dingen denken (zoals braaksel of moeilijke sommen) en is zich daardoor nog minder bewust van wat er in zijn lichaam gebeurt. Daardoor leert hij dus niet wat en hoe het gevoel is in het stadium vooraf aan het "point of no return" van het orgasme. Het proces om dat (weer) te leren lijkt sterk op de zindelijkheidstraining van vroeger. Bij de behandeling hoort veel uitleg en voorlichting. Daarnaast komen huiswerk oefeningen. Alleen of samen met de partner gaat hij leren ontspannen te knuffelen en dan vrijen waarbij hij in toenemende mate zijn opwindning laat stijgen tot net onder het punt van klaarkomen. Dan stopt de stimulatie totdat de opwindning voldoende is gezakt om weer te kunnen doorspelen. Na enige start-stop cycli wordt bewust naar een orgasme toegewerkt waarbij de man volop aandacht aan de sensaties in zijn lichaam besteedt. Via een stapsgewijze aanpak lukt het de man meestal om weer controle te krijgen. In lang bestaande relaties, als het probleem een onderdeel van de machtsstrijd is geworden, zal oplossen heel moeilijk worden.

Regelmatig blijkt het probleem vlug klaarkomen schuil te gaan achter een erectieprobleem. In dat geval is het beter eerst het te vlug klaarkomen aan te pakken.

Een enkele keer komt een man klagen over *geen bevrediging* bij het vrijen, terwijl hij wel opwindning ervaart en ook een orgasme. Dit kan optreden als de man zich de seksuele interactie laat ontfutselen of als hij slechts zijn plicht vervult. Meestal gaat het hierbij om een ingewikkelde persoonlijkheidsstructuur.

Dyspareunie

Bij de man ontstaat dyspareunie meestal vanuit een organische afwijking. Als dit langdurig onbehandeld blijft, of als hij de pijn niet begrijpt, kan door angst, anticipatie en vermijdingsgedrag de libido dalen. Bovendien bestaat het risico dat de pijn blijft bestaan, ook nadat de organische oorzaak lijkt opgelost.

Pijn in de eikel kan ontstaan door pijnlijke retractie van de te nauwe voorhuid, waarbij soms verklevingen tussen glans en preputium zijn opgetreden. Ook bij masturbatie wordt de eikel niet ontbloot. Dit gaat vaak gepaard met angst voor de coïtus. Als het bindweefsel van de omslagplooi niet stug is, zoals bij de echte phimosis, kan de man proberen zelf geleidelijk op te rekken. Het alternatief is chirurgisch klieven of volledige circumcisie. Pijn in de eikel kan ook het gevolg zijn van balanitis bij infecties (bvb herpes) of dermatologische syndromen (bvb M. Reiter). Pijn direct na het orgasme is bij sommige mannen slechts een vorm van hypergevoeligheid. Dit kan zo extreem zijn dat de man bang wordt om klaar te komen, vooral bij een partner die deze overgevoeligheid niet begrijpt.

Pijn in het te korte toompje treedt op bij coïtus en/of masturbatie. Soms ook scheurt het frenulum met als gevolg een fikse bloeding en grote schrik. Met een kleine chirurgische ingreep kan de verkorting verholpen worden.

Pijn in de schacht tijdens opwindning zit vaak op de plaats van harde plaques zoals bij M. Peyronie en gaat dan meestal gepaard met een knikstand.

Pijn in het scrotum en in de penis treedt op bij langdurige opwinding zonder dat resolutie optreedt. Dit treedt meestal op als men niet klaar "mag" komen. De therapie voor deze hypercongestie ("blue balls") is voorlichting en daarmee eventueel 'toestaan' van het orgasme.

Pijn tijdens opwinding kan ook dieper in het kleine bekken zitten met soms krampen in het anale gebied. Vaak is dit het gevolg van al dan niet specifieke ontstekingen in het prostaat gebied. Naast de prostatitis bestaat het beeld van prostatose of prostadynie. Deze "stuwingsprostaat" wordt kennelijk veroorzaakt door het ontbreken van goede orgasmes, doorgaans bij mannen met een ingewikkeld karakter. Alle ontstekingen in het traject tussen testis en uitgang kunnen pijn geven bij of direct na de emissie. Indien we geen duidelijke organische oorzaak voor de dyspareunie vinden is het verstandig te vragen naar negatieve seksuele ervaringen. Vaak blijkt dan dat in het verleden sprake is geweest van seksueel misbruik.

Er zijn ook niet genitale vormen van dyspareunie zoals hoofdpijn bij of na het orgasme, rugpijn door een hernia en cardiale pijn bij angina pectoris (advies: vrijen in een warm bed; niet na het eten; en vooraf een tablet nitroglycerine). Doorgaans zijn dergelijke klachten goed hanteerbaar voor de huisarts die het thema durft te bespreken.

Epiloog

Mannen met seksuele dysfuncties zijn niet altijd gemakkelijk als patiënt, ze benaderen de seks vanuit een prestatie-ideaal en gaan met hun seksuele probleem afstandelijk en technisch om. Toch kan hun duidelijkheid en typische mannelijke benadering voor de huisarts ook zijn charme hebben. Zeker voor de mannelijke huisarts, die waarschijnlijk vaak zichzelf zal herkennen. Bij echte of vermeende seksuele problemen kan de huisarts veel doen als hij of zij bij anamnese en diagnose in staat is om zowel de lichamelijke als de emotionele factoren, zowel de factoren uit de relatie als uit de mannelijke socialisatie en daarnaast ook het opgebouwde patroon te laten meetellen. De geïnteresseerde huisarts kan een groot deel van de problemen zelf behandelen indien zij of hij open kan praten over seksualiteit. Want uiteindelijk gaat het grotendeels over gewone problemen die met gezond verstand zijn te begrijpen en op te lossen.

Summary

Sexual problems of men in general practice; incidence, diagnosis and treatment.

Men do not have a very good reputation as patient with sexual problems. The combination of man's particular sexual anatomy and physiology, his male socialization and his response pattern when he needs help, ask for a special approach. Omitting erection problems (see Slob and Vink, 1993), the male sexual dysfunctions are described here: problems in the libido-phase, orgasm-phase and dyspareunia. The incidence is looked upon, proceeding from the two tasks the general practitioner has in sexual matters: as a reporting station for problems and as a counsellor of the patient who (through disease, medication or operation) has a reasonable risk of developing a sexual dysfunction. Per group of diseases the risks are briefly indicated.

After history-taking and physical examination attention is paid to the causes, variety and solutions for the various dysfunctions. The motivated general practitioner can treat many sexual problems on his/her own, because to a large extent sexual problems are quite frequently ordinary problems which with common-sense can easily be understood and solved/treated.

Literatuur

- Bancroft, J. (1989). *Human Sexuality and its problems*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Broekman, C.P.M. (1991). *Patiënten met erectieproblemen bij de huisarts*. NISSO Studies Nr. 9. Eburon, Delft.
- Drenth, J.J. (1992). Seksuele problemen en stoornissen bij mannen. In: A.K. Slob e.a. (red). *Seksuologie voor de arts*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Eekhof, J.A.H., J. van Selm, C. Tombrock, G. Hoogslag en A. Kaptein (1991). De seksualiteitsbeleving van oudere patiënten met COPD. *Huisarts en Wetenschap*, 34: 527-530.
- Frenken, J. (1976). *Afkeer van seksualiteit; sociaal-seksuologisch onderzoek onder 600 gehuwden*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Frenken, J., K. Rodenburg en B. van Stolk (1988). *Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Moors, J.P.C. (1986). Verwijzen. *The Practitioner (Ned. uitgave)* 3: 979-984.
- Moors-Mommers, M.A.C.T. (1992). Seksuele moeilijkheden van zieke mensen. In: A.K. Slob e.a. (red). *Seksuologie voor de arts*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Schover, L.R., en S.B. Jensen (1998). *Sexuality and chronic illness; A comprehensive approach*. The Guilford Press, New York.
- Slob, A.K. en C.W. Vink (1993). Diagnostiek en therapie van erectiezwakte. *Tijdschrift Seksuologie*, 17: 115-120.
- Slob, A.K., C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd (1992). *Seksuologie voor de arts*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Vennix, P. (1989). *Seks en sekse*. Proefschrift, Rijks Universiteit Groningen.
- Wigersma, L. (1990). *Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorganen en de seksualiteit*. Proefschrift. MEDitekst, Lelystad.
- Zilbergeld, B. (1992). *The new male sexuality*. Bantam Books, New York.