

DILEMMA'S IN DIFFERENTIAAL-DIAGNOSTISCH ONDERZOEK BIJ MENSEN MET SEKSUELE PROBLEMEN^o

Woet L. Gianotten* en A. Koos Slob**

In de medische setting blijkt het verleidelijk om bij mensen met seksuele problemen uitgebreid lichamelijk en/of medisch-technisch onderzoek te (laten) verrichten. In dit artikel wordt ingegaan op de achtergrond van die neiging tot het sterk-somatische onderzoek en de eventuele nadelen daarvan.

Voorlopig lijkt de uitgebreidheid van de mogelijkheden bij de vrouw geringer dan bij de man. Bij beiden lijkt zulk uitgebreid lichamelijk onderzoek slechts in bijzondere gevallen op zijn plaats. Een goede anamnese naar de organische en de psychologische factoren (zowel die de klacht veroorzaakten als die de klacht onderhouden), blijft van onschatbare waarde en zal, samen met eenvoudig psychofysiologisch onderzoek, in verreweg de meeste gevallen voldoende informatie opleveren voor de diagnose en een therapievoorstel.

Bij mensen met seksuele problemen is er frequent sprake van multicausaliteit, met een belangrijke plaats voor psychosociale aspecten. De patiënt(e) neigt er toe de eigen seksuele problemen te ervaren als een lichamelijke stoornis. Het bezoek aan de huisarts of medisch specialist illustreert dit. De arts, die vooral somatisch is opgeleid, heeft vervolgens de neiging eerst de somatische kant terdege uit te zoeken. Bij seksuele problemen kan dit leiden tot zinloos onderzoek (zie bv Slob & Pisa-Minderman, 1982), somatische fixatie en andere nadelen. Het artikel begint met achtergronden van de behoefte tot uitgebreid onderzoek en de mogelijke nadelen daarvan. Daarna wordt gekeken naar dilemma's van de hulpverlenende bij de differentiele diagnostiek (dit is het in kaart brengen van de mogelijke oorzaken van een probleem).

Vanwaar de neiging tot vergaand somatisch onderzoek?

Er zijn diverse verklaringen waarom met name artsen bij mensen met seksuele problemen vergaand somatisch onderzoek verrichten of laten verrichten:

In de jaren '80 trad een sterke groei op in de medisch-technische mogelijkheden op diagnostisch gebied. Uit die tijd stammen vele publikaties die stellen dat er "vaak" een biologische basis is voor seksuele problematiek (bv Smals, 1986). Bij erectieproblematiek varieerden de cijfers voor de verhouding tussen psychogeen en fysiek bepaald tussen 20:1 en 1:7

- * Drs. W.L. Gianotten, arts-seksuoloog. Afdeling Gynaecologie & Obstetrie, Academisch Ziekenhuis "Dijkzigt", Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.
- ** Prof. Dr. A.K. Slob, medisch fysioloog. Vakgroep Endocrinologie & Voortplanting, Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.
- o Bewerking van een voordracht gehouden tijdens de 18e Erasmus Endocrinologie Nascholings Cursus te Rotterdam dd 25-11-92. Geaccepteerd voor publicatie 16 februari 1994.

(Wagner, 1981). Afhankelijk van de bron werd bij erectiele dysfunctie bij 17-35% een endocrinologische oorzaak gevonden, bij 68% een arteriële afwijking (Smals, 1986) en bij 76% vond men in een algemene polikliniek een organische afwijking (Slag, Morley & Elson, 1983). Misschien gemakshalve wordt nogal eens het getal van 80% genoemd (bv Leliefeld, 1991).

Deze grote variatie wordt deels bepaald door het eigen werkkader. Waar kijkt men naar? Laten we als voorbeeld de patiënt met een erectieprobleem nemen. Als hij bij een internist-endocrinoloog komt zal deze waarschijnlijk hormoonwaarden bepalen (en mogelijk enige afwijkingen vinden), de neuroloog zal de zenuwbanen bekijken (en mogelijk enige afwijkende waarden vinden), de uroloog of de cardioloog zal het hemodynamische systeem bekijken (en mogelijk afwijkende aan- of afvoer vinden) zoals ook de psychotherapeutisch geschoolde hulpverlenende ervaringen, gedragspatroon, cognities en de relatie zal bekijken (en mogelijk daarin afwijkingen vinden). Bijna geen patiënt(e) is gevrijwaard van enige emotionele "handicaps" die als oorzaak zouden kunnen worden gezien voor een seksueel probleem. Bovendien is, zeker bij het klimmen der jaren bijna niemand gevrijwaard van een organisch smetje dat als verklaring zou kunnen dienen voor datzelfde seksueel probleem. De te organisch georiënteerde hulpverlenende heeft doorgaans onvoldoende inzicht in de psychische aspecten en de te psychologisch geschoolde hulpverlenende mist doorgaans kennis over de organische aspecten.

De grote verschillen in percentages "organisch" versus "psychologisch" lijken soms ook het gevolg van een belangenstrijd tussen de verschillende groepen beroepsbeoefenaren. Met enige regelmaat dreigt die polarisatie weer de kop op te steken (zie bv Gianotten, Bak, Drogendijk & vdMeijden, 1988; Slob, 1992).

Met de verbeterde diagnostiek werd in de tachtiger jaren ook een aantal technieken ontwikkeld om een gevonden fysieke afwijking te repareren of te omzeilen. Eindelijk leek de arts wat te kunnen bieden.

Vanuit de "organisch" versus "psychogeen" polemiek lijkt zich het adagium te hebben ontwikkeld dat een fysieke behandeling slechts dan "mag" worden uitgevoerd als er ook een fysieke afwijking is vastgesteld. Een toename in fysieke behandelmogelijkheden (zoals te zien bij erectiele dysfunctie) leidt dan vanzelfsprekend tot het verlangen om fysieke afwijkingen te vinden.

De behoefte tot allerlei lichamelijk onderzoek heeft ook te maken met het feit dat veel artsen, ondanks alle seksuele openheid, nog steeds niet zo gemakkelijk praten over de emotionele aspecten van seksuele problemen.

Het medische model heeft in onze maatschappij -in ieder geval bij de patiënt(e)- de illusie gecreëerd dat voor alles een verklaring en vooral ook een oplossing te vinden is. Waarom zou dit dan ook niet gelden voor een seksueel probleem?

Waarschijnlijk neigt de arts ook tot somatisch onderzoek vanuit de teneur in veel opleidingen om "niets te missen". Enerzijds zet de opleidingshierarchy hier toe aan ("En hoe is de . . . -waarde?"). Anderzijds dreigt er een toename van "defensieve geneeskunde" door het toenemen van juridische procedures bij medische fouten (zie bv Treffers, 1993, p 144).

Ondanks (of dankzij) alle pogingen om ook psychische factoren begrijpelijk en geaccepteerd te laten zijn, willen veel artsen en ook veel patiënten daar niet aan. Beiden lijken daarbij hetzelfde spel te spelen: "Het 'weten' dat de impotentie organisch was gaf voordeel aan mannen met diabetes. Hun 'mannelijkheid' trof zodoende geen blaam" (Moors & Slob 1986, p 576); "The patients were extremely relieved to have the stigma of psychogenic impotence

removed!" (Barry & Hodges, 1978, p. 578).

Er zijn dus vele redenen, waarom lichamelijk onderzoek (te) uitgebreid kan worden gedaan of aangevraagd. Er zijn ook diverse argumenten aan te voeren die manen tot voorzichtigheid, aangezien er nadelen verbonden kunnen zijn aan al dan niet (te) vergaand somatisch onderzoek. Deze nadelen kunnen liggen op het gebied van diagnostiek, van behandeling en van de verhouding kosten-baten.

Diagnostiek

In de praktijk zien we hier twee soorten fouten maken. Enerzijds vanuit het óf-óf principe (zie ook Hengeveld, 1986; Gianotten, 1994). Verondersteld wordt dat een probleem óf organisch óf psychogeen bepaald is. Dit kan bij de medicus leiden tot veronachtzamen van de psychologische componenten van een probleem. Men zoekt bijvoorbeeld bij de patiënt(e) met een medisch-organisch probleem alleen naar een organische oorzaak. Als dan "de organische oorzaak" is gevonden wordt vergeten dat bijna altijd ook psychologische aspecten een rol spelen.

Anderzijds vanuit de behoefte aan een concrete verklaring. Een afwijking wordt gevonden; deze wordt vervolgens beschouwd als "de oorzaak" van het seksuele probleem. Zeer bekend zijn voor ons de situaties waar een afwijkende waarde werd gevonden bij vasculair, neurologisch, laboratorium- of ander onderzoek en waar de patiënt(e) achteraf, na counseling of sekstherapie, toch nog een goede seksuele functie bleek te hebben. Patiënt(e) en arts zouden erbij gebaat zijn om vaker het begrip *mede-oorzaak* of het besef *multicausaliteit* te gebruiken.

Diverse onderzoeken hebben op zichzelf al een nadeel. Het vaginale onderzoek is bv voor veel vrouwen met vaginisme erg beangstigend. Sommige onderzoeken, vooral invasieve ingrepen zoals cystoscopie, biopsie en arteriografie kunnen fysieke schade berokkenen. Zelfs een eenvoudige proefdosering met papaverine (of ander middel) kan leiden tot fikse bloedingstoring en priapisme (dit is een urenlange aanhoudende, gevaar opleverende erectie). Artsen willen nog wel eens over het hoofd zien dat die ingrepen ook beangstigend zijn voor veel patiënten. Hoeveel mannelijke artsen zouden bijvoorbeeld zelf bereid zijn een intracaverneuze papaverine-injectie in hun penis te (laten) geven?

Behandeling

Een deel van de patiënten is er in sterke mate bij gebaat om niet te worden geconfronteerd met problemen in de sfeer van hun relatie, hun persoonlijke falen of hun angsten. Zij vertalen hun probleem in een lichamelijke klacht en ontkennen - vaak onbewust - via die weg wat er werkelijk aan de hand is. Dit is somatisatie. De patiënt(e) zoekt een somatische benadering en probeert dan ook (uiteraard niet erg bewust) de arts op een dwaalspoor te brengen. De arts die zich te zeer tot die somatische benadering laat verleiden wordt een onderdeel van het somatisatieproces. Juist de arts zou de patiënt(e) hiertegen dienen te beschermen.

Als een dergelijke patiënt(e), na eerst uitgebreid het somatische circuit te hebben doorlopen, vervolgens te horen krijgt dat er niets is gevonden, zal voor hem of haar acceptatie van

"een psychische oorzaak" moeilijk zijn. Met het aanbod van uitgebreid somatisch onderzoek reikt de arts illusies aan over een verklaring van het probleem en over een eventuele genezing. Als dat niet leidt tot een oplossing, kan de arts de geloofwaardigheid verliezen, die juist zo nodig blijkt bij de verdere uitleg, begeleiding of verwijzing. Juist het onderzoek (en de manier waarop) heeft daarmee de weg naar een adequate behandeling bemoeilijkt.

Verhouding kosten-baten

De gezondheidszorg is gebaat met een optimale verhouding tussen kosten en baten. Sommige somatische onderzoeken kosten veel geld terwijl zij zelden een uitslag leveren, waar wat mee gedaan kan worden. Zo werd nog niet zo lang geleden beschreven hoe volstrekt nutteloos het is om *routinematig* te screenen op endocrinologische afwijkingen bij mannen met erectiezwakte (Kropman, Verdijk, Lycklama à Nijeholt & Roelfsema, 1992). Bij de kosten-baten analyse dienen overigens ook andere aspecten te worden bekeken zoals tijdsinvestering, emotionele investering, lichamelijke risico's en invloed van een bepaalde aanpak op de relatie.

Richtlijnen voor differentiaal diagnostisch onderzoek

Met het besef dat er nadelen zijn verbonden aan (te) uitgebreid onderzoek, kunnen we ons afvragen hoe we idealiter dienen te handelen bij het differentiaal diagnostisch onderzoek (ter differentiëring van mogelijke oorzaken) van patiënten met seksuele problemen. Onze uitgangspunten bij de aanpak zijn:

Een *uitgebreide anamnese* is onmisbaar. Het is essentieel de klacht en het klachtenpatroon helder en duidelijk te krijgen. Daarbij dient men zowel oog te hebben voor de organische als voor de psychologische factoren. Naast de factoren die de klacht veroorzaakten, zoeken we naar de factoren die de klacht onderhouden en naar het complex van vicieuze cirkels veroorzaakt door organische en psychologische factoren en factoren uit de relatie (Hengeveld, 1986). Slechts op geleide van anamnestiche gegevens en het lichamenlijk onderzoek zou men aanvullend onderzoek moeten overwegen (Kropman et al, 1992).

Welk *laboratoriumonderzoek* dient te worden uitgevoerd, blijft een punt van discussie. Waar sommigen pleiten voor uitgebreid laboratoriumonderzoek (Smals, 1986) adviseren anderen steeds duidelijker een beperkte en op strikte indicatie aangevraagde laboratoriumdiagnostiek (Bancroft, 1989; Kropman et al, 1992).

Specialistisch onderzoek is slechts in bijzondere gevallen gerechtvaardigd. Geavanceerd vasculair en neurologisch onderzoek levert regelmatig onvoldoende relevante informatie op (Bemelmans, 1992; Buvat, Buvat-Herbaut, Lemaire, Marcolin & Quittelier, 1990). Als er iets "afwijkends" gevonden wordt, wat voor betekenis heeft dat voor de behandeling van de patiënt(e)?

Moed (en waarschijnlijk ook zelfvertrouwen) is nodig voor de medicus om op bepaalde momenten af te zien van verder onderzoek.

Een *beslisboom* voorkomt voor de arts teveel dilemma's bij de differentiaal diagnostiek. Zo ontwikkelde de Nederlandse Vereniging voor Impotentie Onderzoek een beslisboom voor

erectieproblemen (Leliefeld, 1991; Slob, 1992). Een beslisboom is doorgaans gebaseerd op een medisch en economisch verstandige logistiek.

Bij welke seksuele problemen van vrouwen en van mannen is (eventueel uitgebreid) somatisch onderzoek gewenst?

Bij de *vrouwelijke patiënt* met seksuele problematiek komen we in het kader van diagnostisch onderzoek eigenlijk niet veel dilemma's tegen. Er zijn weinig specifieke onderzoeksmogelijkheden ontwikkeld en er zijn weinig klachten waar ingewikkeld onderzoek voor is gewenst.

Bij primair vaginisme is het vaginale onderzoek vaak zeer bedreigend. Omdat hierbij slechts uiterst zelden sprake is van organische pathologie kan onderzoek (voorlopig) beter achterwege blijven. Bij dyspareunie en secundair vaginisme zal onderzoek van vulva en vagina vaak noodzakelijk zijn. Nogal wat patiëntes voelen zich bedreigd door dat onderzoek (en als gevolg daarvan zal waarschijnlijk pijn ontstaan). De noodzaak om dat onderzoek snel uit te voeren zal daarom moeten afhangen van de informatie uit de anamnese. Als de noodzaak voor snel onderzoek niet groot lijkt kan dit dilemma omzeild worden door de vrouw zelf een gedeelte van dat onderzoek te laten doen in de haar vertrouwde thuissituatie. Bij oppervlakkige dyspareunie zal soms kolposcopisch en bacteriologisch onderzoek nodig zijn (oa. ter opsporing van infecties). Bij diepe dyspareunie (bv tgv endometriose) kan echoscopisch onderzoek zinvol zijn. Soms zal laparoscopisch onderzoek nodig zijn om helderheid te verschaffen over de oorzaak (bv verklevingen). Diepe dyspareunie gaat vaak gepaard met chronische pijn in de onderbuik. Als bij die klacht geen duidelijke oorzaak gevonden wordt bij anamnese en vaginaal onderzoek blijkt laparoscopie geen meerwaarde te hebben in de diagnostiek, terwijl uitragen van seksuele misbruikervaringen daarentegen wel veel meerwaarde heeft (Walker, 1988). Het nut van laboratoriumonderzoek is nogal onduidelijk. Er zijn geen aanwijzingen dat diabetes mellitus bij vrouwen tot seksuele dysfuncties leidt (Slob, Koster, Radder & Van der Werff ten Bosch, 1990).

Het bepalen van het gehalte van de vrouwelijke geslachtshormonen in het bloed kan informatie geven over het (ab)normale van de maandelijkse cyclus en over de fase van het climacteriële proces, maar niet over het seksuele functioneren. Door de menopauze zelf worden doorgaans geen seksuele klachten veroorzaakt, behoudens atrofie van het vaginale slijmvlies. Deze uiting van het 'oestrogen deficiency syndrome' in het climacterium is bij anamnese en eenvoudig lichamelijk onderzoek vast te stellen. Na cytostatica-gebruik en/of bilaterale oöforectomie treedt soms het 'female androgen deficiency syndrome' op, met als verschijnselen een globaal verdwijnen of ernstig verminderen van de libido, van de opwindbaarheid en van het orgasme (Kaplan & Owett, 1993). In dat geval dient de testosteron-concentratie in het bloed te worden bepaald.

Vooralsnog kan psychofysiologisch onderzoek (meten van de doorbloeding tijdens visuele erotische stimulatie) bij vermeende opwindingsstoornis van de vrouw slechts plaatsvinden in enkele onderzoekscentra.

Bij de *mannelijke patiënt* is de laatste jaren een uitgebreid scala aan onderzoeksmogelijkheden ontwikkeld. Van diverse kanten wordt gebruik hiervan gepropageerd (Leliefeld, 1991), dan wel kritisch besproken (Slob & Vink, 1992). Hier kunnen dus veel dilemma's ontstaan bij het proces van informatieverwerving voor de differentiaal diagnose. Het lijkt verstandig er

eerst op te wijzen dat ook bij mannen de meeste seksuele problemen op zijn minst een belangrijke psychologische component hebben (Slob, 1992). Dit is doorgaans reeds via de anamnese te traceren. Men zou het een kunstfout kunnen noemen indien uitgebreid of invasief lichamelijk onderzoek wordt gedaan als niet eerst is gevraagd naar erecties tijdens de REM-slaap (oa ochtendstijfheid), tijdens masturbatie, tijdens erotische prikkeling (bv bij een seksfilm), bij een eventuele andere partner en tijdens niet-coïtaal vrijen. Genitaal onderzoek dient om oorzaken voor pijn op te sporen. Samen met algemeen lichamelijk onderzoek kan het aanwijzingen geven voor hypogonadisme, bv in geval van verminderde libido. Testosteronbepaling hoort men pas te doen als er aanwijzingen zijn voor hypogonadisme en *eventueel* bij mannen boven de 50 jaar wanneer er sprake is van onverklaard libido-verlies. FSH en LH bepalen heeft alleen zin bij hypogonadisme (Kropman et al, 1992; Vermeulen, 1991).

Slechts als er bij een erectieprobleem ook sprake is van gynaecomastie (mannelijke borstontwikkeling) of galactorrhoe (melkuitvloed) denken we aan bepaling van het prolactinegehalte. Hyperprolactinemie kan namelijk erectiestoornissen geven (Schwartz, Bauman & Masters, 1982; Bancroft, O'Carroll, McNeilly & Shawet, 1984). Nuchtere bloedglucose bepaalt men bij secundaire erectiestoornis en bij onverklaarde retrograde ejaculatie. De relatie tussen diabetes mellitus en erectiele dysfunctie is overigens veel minder eenduidig dan algemeen wordt verondersteld (Moors & Slob, 1986). Bij erectiezwakte is het verstandig om de seksuele respons op een expliciet erotische video te bepalen, al dan niet in combinatie met vibratie. Pas als hierop geen reactie komt, lijkt een intracaverneuze injectie met papaverine en/of andere vasoactieve stof adviseerbaar, respectievelijk acceptabel. Indien anamnestic iedere vorm van erectie ontbreekt zijn nachtelijke metingen geïndiceerd. Eerst met een erectiometer in de thuissetting (Slob, 1992) en, indien dit onvoldoende informatie oplevert, tijdens een nachtelijke opname waarbij gebruik wordt gemaakt van de Rigiscan (Meuleman, 1991). Vasculair onderzoek wordt pas gedaan indien er duidelijke aanwijzingen zijn voor gestoorde arteriële toevoer of veneuze afvoer. Neurologisch onderzoek lijkt pas adviseerbaar als daartoe uit de anamnese aanwijzingen komen.

Summary

Dilemmas in differential diagnosis of patients with sexual problems

In medical practice there is a great temptation to do (or to apply for) an extensive physical and/or medical technical work-up for patients with sexual problems. This article discusses the backgrounds for this preference for the physical aspects of the assessment and discusses possible disadvantages. In women with sexual problems, compared to men with sexual problems, the possibilities for a technical approach are relatively few. Both for men and women extensive physical assessment is only appropriate in specific cases. Proper history taking, which includes both the possible psychological and organic factors which could cause and maintain the sexual problem, is an absolute prerequisite. Together with a simple psychophysiologic investigation, such information, in most cases, provides enough information to reach a diagnosis and come to a treatment proposal.

Literatuur

- Bancroft, J., R. O'Carroll, A. McNeilly en R.W. Shaw. (1984). The effects of bromocriptine on the sexual behaviour of hyperprolactinaemic man: a controlled case study. *Clinical Endocrinology*, 21: 131-137.
- Bancroft, J. (1989). *Human Sexuality and its problems*. Churchill Livingstone, Edinburgh London.
- Barry, J.M. en C.V. Hodges. (1978). Impotence: a diagnostic approach. *Journal of Urology*, 119: 575-578.

- Bemelmans, B.L.H. (1992). *Towards a clinical neuro-uropsychology. Possibilities and limitations of neurophysiological investigatory techniques for clinical urological practice*. Academisch proefschrift. Nijmegen.
- Buvat, J., M. Buvat-Herbaut, A. Lemaire, G. Marcolin en E. Quittelier. (1990). Recent developments in the clinical assessment and diagnosis of erectile dysfunction. *Ann Rev Sex Research*, 1: 265-308.
- Gianotten, W.L., A.P. Bak, A.C. Drogendijk en W.I. van der Meijden. (1988). Focale vulvitis en focale vestibulodynie; een vorm van pijn bij het vrijen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 12: 181-188
- Gianotten, W.L. (1994). Seksuologische behandeling van erectiestoornissen. In: *Seksuologische problemen in de huisartsenpraktijk*. PAOG/LHV Boerhaave Cursus, Leiden.
- Hengeveld, M.W. (1986). Erectile dysfunction: Diagnosis and choice of therapy. *World J Urology*, 3: 249-252.
- Kaplan, H.S. en T. Owett. (1993). The female androgen deficiency syndrome. *J. Sex & Marital Therapy*, 19: 3-24.
- Kropman, R.F., R.M. Verdijk, A.A.B. Lycklama à Nijeholt en F. Roelfsema. (1992). Is routinematig screenen op endocriene afwijkingen bij impotentie zinvol? Een kosten-baten analyse. *Ned Tijdschr Geneeskde*, 136: 1625.
- Liefveld, H.H.J. (1991). Oorzaken en diagnostiek van erectiestoornissen. *Patient Care*, Sept: 60-77.
- Meuleman, E.J.H. (1991). *Recent progress in the diagnosis of erectile dysfunction*. Academisch proefschrift. Nijmegen.
- Moors, J.P.C. en A.K. Slob. (1986). Seksualiteit en suikerziekte. *Ned Tijdschr Geneeskde*, 130: 576-578.
- Schwartz, M.F., J.E. Bauman en W.H. Masters (1982). Hyperprolactinemia and sexual disorders in men. *Biological Psychiatry* 17: 861-876.
- Slag, M.F., J.E. Morley, M.K. Elson et al. (1983). Impotence in medical clinic outpatients. *JAMA*, 249: 1736-1740.
- Slob, A.K. en J.L.Y. Pisa-Minderman. (1982). "Niet kunnen klaarkomen": een rondgang door de geneeskunde. *Ned Tijdschr Geneeskde*, 126: 1484-1487.
- Slob, A.K., J. Koster, J.K. Radder en J.J. Van der Werff ten Bosch. (1990). Sexuality and psychosexual functioning in women with diabetes mellitus. *J. Sex & Marital Therapy*, 16: 59-69.
- Slob, A.K. en C.W. Vink. (1992). Diagnostiek en therapie van erectiezwakte. *T. Huisartsen Geneeskunde*, 9: 729-736.
- Slob, A.K. (1992). De potentie van psychofysiologisch onderzoek. *Tijdschr. v. Seksuologie*, 16: 84-98.
- Smals, A.G.H. (1986). Impotentie. *Ned Tijdschr Geneeskde*, 130: 675-680.
- Spark, R.F., R.A. White en P.B. Conolly. (1980). Impotence is not always psychogenic. New insights into hypothalamic-pituitary-gonadal dysfunction. *JAMA*, 243: 750-755.
- Treffers, P.E. (1993). Misleid door zwangerschap; de verwijtbaarheid van een gemiste diagnose. In: J. Van Everdingen (red.), *Smetten op de witte jas*. Belvedere/Boom, Amsterdam
- Vermeulen, A. (1991). Editorial. *Int J Impotence Res*, 3: 85-86.
- Wagner, G. (1981). Methods for differential diagnosis of psychogenic and organic erectile failure. In Wagner, G. en R. Green (Eds.), *Impotence*. Plenum Press, New York.
- Walker, E. (1988). Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry*, 145: 75-80.