

SILDENAFIL (VIAGRA®) VOOR MANNEN EN VROUWEN: ONDERZOEK, DIAGNOSTIEK EN PSYCHOSOCIALE IMPLICATIES^o

Ellen Laan*

In dit artikel wordt aandacht besteed aan het effect van sildenafil (Viagra®) bij de behandeling erectiestoornissen, en gespeculeerd over de mogelijke effectiviteit van het middel bij de behandeling van opwindingsstoornissen bij vrouwen. Het effect van sildenafil op erectiele functie is zonder precedent. Dat neemt niet weg dat er nog steeds een belangrijke rol is weggelegd voor zorgvuldige diagnostiek. Over de mogelijke effecten van sildenafil voor vrouwen met opwindingsstoornissen is de auteur terughoudend. Seksuele opwindning bij vrouwen is van veel meer factoren afhankelijk dan van een soepel functionerend genitaal apparaat. De mate waarin sildenafil een gunstig effect heeft op de verhouding tussen seksuele partners lijkt afhankelijk te zijn van de veerkracht van de relatie. De eerste casussen zijn inmiddels gepubliceerd waarin aannemelijk wordt gemaakt dat zelfs bij seksuele stoornissen met organische etiologie psychosociale aspecten niet genegeerd kunnen worden.

Sildenafil heeft alle records gebroken, records in termen van verkoopcijfers, aandelenkoersen en mediabelangstelling. Nog nooit heeft een geneesmiddel zo snel de markt veroverd en zoveel stof doen opwaaien. Niet alleen de aandacht van de schrijvende pers was overweldigend; op internet telde ik half november 1998 met slechts één zoekmachine al ruim 142.000 sites waarin sildenafil wordt genoemd. Ook het aantal grappen over sildenafil is enorm.

In dit artikel zal ik kort ingaan op de werking van sildenafil, en de effecten bij mannen zoals gerapporteerd in de belangrijkste publicatie in het *New England Journal of Medicine* (Goldstein, Lue, Padma-Nathan, Rosen, Steers, & Wicker, 1998). Staat nu werkelijk vast dat sildenafil het seksueel verlangen niet versterkt? Sinds 5 oktober 1998 is sildenafil in Nederland verkrijgbaar, wat zijn de eerste ervaringen? Is uitgebreide diagnostiek nu niet meer nodig? Wat zijn de denkbare gevolgen van het gebruik van sildenafil door mannen voor hun vrouwelijke partners? Wat zijn de mogelijke effecten van sildenafil voor vrouwen en, tenslotte, wat zouden de gevolgen zijn voor de mannen van deze vrouwen?

Sildenafil: hoe werkt het?

Hoe werkt sildenafil ook weer? Het slimme van het middel is dat de werking afhankelijk is van seksuele prikkeling, en wel als volgt. Bij seksuele prikkeling komt stikstofmonoxide vrij dat op z'n beurt zorgt voor een verhoogde productie van cyclisch guanosinemonofosfaat (cGMP). Deze stof zorgt voor relaxatie van het gladde spierweefsel in de corpora cavernosa. De enzymen die cGMP weer afbreken heten fosfodiesterases. In de penis is een bepaald type fosfodiesterase sterk vertegenwoordigd: type 5, en het is vooral dat type dat door sildenafil wordt geblokkeerd. Hierdoor kunnen het vrijgekomen stikstofmonoxide en cGMP dus beter hun werk doen (Meuleman, van Berkel, Rabsztyń & Damen, 1998).

Sildenafil blokkeert echter niet alleen maar fosfodiesterase type 5 (Boolell, Allen, Ballard, Gepi-Attee, Muirhead, Naylor, Osterloh & Gingell, 1996), maar ook type 1 en type 6. Er zijn al geneesmiddelen in ontwikkeling die veel selectiever zijn en vrijwel alleen maar fosfodiesterase type 5 remmen. Daarmee zouden ze in theorie potenter zijn met minder bijwerkingen, omdat met een lagere dosis kan wor-

* Dr E. Laan, psychologe. Onderzoeksschool Experimentele Psychopathologie; Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam. De auteur is lid van de internationale adviesraad van Pfizer, Sandwich, Engeland.

^o Dit artikel is een bewerking van een lezing gehouden op 19 november 1998 ter gelegenheid van het afscheid van Mária Schopman als directeur van MR'70.

Geaccepteerd voor publicatie 22 januari 1999.

den volstaan.

Voor de gebruiker is het van belang te weten dat een uur na inname de concentratie van het middel in het bloed het hoogst is. Het effect zal dan het sterkst zijn. Maar nogmaals: alleen maar als er ook seksuele stimulatie is. Dat de werking na een uur het sterkst is, is waarschijnlijk bij velen wel bekend, maar over kennis van de noodzaak van seksuele stimulatie heb ik zo m'n twijfels, daar kom ik later nog op terug. Het is niet nodig een wekker te zetten: volgens de fabrikant zou er zo'n 4 tot 5 uur na inname nog steeds een merkbaar effect moeten zijn (Pfizer Nederland, 1998).

Sildenafil en erecties

De effectiviteit van sildenafil op erectiele functie is zonder precedent. Er zijn verschillende getallen in omloop, afhankelijk van de effectmaat, maar ze zijn allemaal onveranderlijk hoog. Ik presenteer hier enkele gegevens uit het artikel uit de *New England Journal of Medicine*, dat uitkwam in mei 1998, vlak nadat de Food and Drug Administration (FDA) het middel op de Amerikaanse markt had toegelaten (Goldstein e.a., 1998). In dit artikel worden twee studies gerapporteerd: een dosis-respons studie met 532 mannen die 24 weken lang placebo, 25, 50 of 100 mg gebruikten een uur voordat ze seksueel actief wilden zijn. De andere studie was een dosis-escalatie studie en werd gedaan met 329 mannen die begonnen met een dosering van 50 mg, en die afhankelijk van de effectiviteit en bijwerkingen een andere dosering konden krijgen, 25 mg of 100 mg. Deze tweede studie duurde 12 weken.

'Global efficacy' (globale effectiviteit) is de maat waar de FDA en Pfizer het grootste belang aan hechten. Deze maat bestond uit 1 item: 'verbeterde de behandeling uw erecties'? En de mannen konden antwoorden met een eenvoudig 'ja' of 'nee'. Uit de dosis-respons studie bleek een duidelijke relatie tussen dosering en het percentage mannen dat verbetering rapporteert. Zesenvijftig procent van de mannen met 25 mg rapporteerde verbetering, 77% deed dat bij een dosis van 50 mg, en 84% rapporteerde een verbetering met 100 mg. De bijwerkingen zijn overigens ook dosisafhankelijk en daarom is de door de fabrikant aanbevolen dosering 50 mg (Nederlands huisartsen bevelen echter een startdosis van 25 mg aan, zie Meuleman e.a., 1998). Precies een kwart van de mannen rapporteerde echter ook een verbetering met placebo. De belangrijkste andere effectmaten hadden betrekking op de stijfheid van de penis nodig voor vagi-

nale penetratie, en de mate waarin de penis stijf blijft tijdens geslachtsgemeenschap. Negenenzestig procent van de mannen rapporteerde succesvolle pogingen tot geslachtsgemeenschap met sildenafil, 22% met placebo.

De vraag is wie die 25 à 30% van de mannen zijn die niet reageren op sildenafil. Dat kunnen de mannen zijn met ernstige onherstelbare organische pathologie, of de psychogene mannen die niet seksueel geprikkeld kunnen raken en voor wie sildenafil dus ook niet werkt. En ongeveer 25% van de mannen doet het ook goed op placebo.

Sildenafil en seksueel verlangen

De claim is dat sildenafil louter perifeer werkt. Het brein zou er helemaal niet toe doen, behalve dan voor het waarnemen van prikkels met een seksuele betekenis, en voor het sturen van een signaal via het ruggemerg naar de penis dat er stikstofmonoxide aangemaakt moet worden. Die claim is, dat zult u begrijpen, ook nogal belangrijk. Een middel dat lustbevorderend werkt, zou kunnen leiden tot schadeclaims van verkrachters en hun slachtoffers. Het argument van de verkrachter zou kunnen zijn: "Ik deed het niet zelf; ik was onder invloed van sildenafil". Het slachtoffer, geconfronteerd met een rechter die valt voor dit argument, zou de fabrikant voor de rechter kunnen slepen met een gelijklopende redenering.

Het is echter niet zo zeker dat de rol van het brein zo bescheiden is als hier wordt voorgesteld. Fosfodiesterase type 5 en stikstofmonoxide worden ook elders in het lichaam aangetroffen, wat ook de bijwerkingen als hoofdpijn, duizeligheid, blozen, een verstoorde spijsvertering en de bekende veranderingen in het gezichtsvermogen verklaart (Goldstein e.a., 1998). Maar belangrijker is dat stikstofmonoxide en fosfodiesterase type 5 ook in het ruggemerg en de hersenen zijn aangetroffen, onder andere in de amygdala, een gebied in de hersenen dat een belangrijke rol speelt bij seksualiteit (K. McKenna, persoonlijke mededeling, 23 oktober 1998). Sildenafil is vetoplosbaar en kan derhalve de hersenbloedbarrière passeren. Een mogelijk centrale werking van sildenafil is daarmee niet uitgesloten; de fabrikant heeft deze mogelijkheid eenvoudigweg niet onderzocht.

In plaats daarvan worden gegevens uit de bovengenoemde dosis-escalatiestudie aangevoerd als bewijs voor de louter perifere werking van sildenafil (Goldstein e.a., 1998). De redenering is dat een middel dat geen effect heeft op seksueel

verlangen dus ook niet centraal werkt. En dat lijkt inderdaad het geval. De 329 mannen uit deze studie rapporteerden even sterke gevoelens van seksueel verlangen aan het begin en aan het eind van de studie, of ze nu placebo kregen of sildenafil. Wat echter niet vergeten moet worden is dat deze mannen juist waren geselecteerd op de afwezigheid van problemen met zin. Ze hadden geen problemen met seksueel verlangen, dus wat zou er dan moeten verbeteren? Anders gezegd, ze rapporteerden al voor aanvang van de studie een seksueel verlangen van gemiddeld rond en boven de 7 op een schaal van 2 tot 10, en konden niet zo vreselijk veel meer stijgen. Dat is wat we eenvoudigweg een plafond-effect noemen. Het bewijst bovendien ook helemaal niet dat sildenafil niet effectief zou zijn bij mannen met gering seksueel verlangen. Dat zouden we pas weten als die groep zou worden onderzocht, en tot nu toe is dat door de fabrikant zorgvuldig vermeden.

Diagnostiek niet meer nodig?

Sinds 5 oktober 1998 kan sildenafil in Nederland worden voorgeschreven. De Nederlandse patiënt lijkt gereserveerd te reageren. Men maakt zich zorgen om de bijwerkingen, en velen zijn niet bereid om de pillen zelf te betalen (E. Meuleman, persoonlijke mededeling, 2 november 1998). Het geneesmiddel is duur: 69 gulden voor 4 tabletten van 25 mg, ruim 77 gulden voor vier tabletten van 50 mg. Ook de media-aandacht voor sildenafil lijkt verstomd. Hoe anders was de ontvangst in de VS. Tot eind augustus was het middel voorgeschreven aan ongeveer 2.9 miljoen mannen. In een artikel van de Canadese krant *Daily News* van 16 juni 1998 valt te lezen dat er mannen zijn die tegen de arts liegen over hun hartkwaal om het middel maar voorgeschreven te krijgen. Het is de vraag of Nederlandse mannen bereid zijn om zo'n risico te lopen voor het verkrijgen van een erectie.

De algemene verwachting is dat in Nederland vooral huisartsen het grootste aandeel voor hun rekening zullen nemen in het uitschrijven van recepten (Hengeveld, 1998). Mogelijk krijgen urologen vooral te maken met de categorie non-responders. Dat kan in de urologische kliniek zowel leiden tot minder patiënten in absolute zin of meer patiënten in absolute zin, en dat laatste vooral omdat de beschikbaarheid van sildenafil meer mannen zou kunnen aanzetten tot het zoeken van behandeling voor hun erectiestoornis. Het is heel goed denkbaar dat urologen steeds méér in plaats

van minder met mannen te maken krijgen die uitgebreidere diagnostiek behoeven dan nu gemiddeld het geval is (Janssen, 1998).

Omdat sildenafil lijkt te werken voor psychogene en somatogene erectiestoornissen en problemen met gemengde etiologie (Goldstein e.a., 1998) zou je kunnen denken dat diagnostiek niet meer zo nodig is. Het omgekeerde zou wel eens het geval zou kunnen zijn als inderdaad blijkt dat urologen in de toekomst vooral met de non-responders te maken krijgen. Er zijn echter nog voldoende andere redenen waarom goede diagnostiek onontbeerlijk blijft. (1) Het is niet ongevaarlijk om niets te weten van de onderliggende oorzaak van erectiestoornissen. Soms zijn problemen met erecties het eerste signaal van diabetes of cardiovasculaire problemen. En als bloeddrukverlagende medicatie de oorzaak is van de erectiestoornis kun je beter op een ander merk medicijnen overgaan dan sildenafil gebruiken (Rosen, 1998). (2) Bekend is natuurlijk het gevaar van het gebruik van nitraten naast sildenafil. Het probleem is nu juist dat de groep mannen voor wie sildenafil goed zou kunnen helpen, de oudere mannen, tegelijkertijd de grootste kans hebben op cardiovasculaire stoornissen. In de VS wordt meer dan 80% van de recepten uitgeschreven voor mannen van 50 jaar en ouder (O'Leary, 1998). Ook hier reden genoeg voor een goede diagnose. (3) De komst van sildenafil zal leiden tot een toename van de neiging, zowel bij patiënten als bij artsen, om seksuele problemen lichamelijk te verklaren en te behandelen, en dus tot somatisering van seksuele dysfuncties (Hengeveld, 1998). Erectiestoornissen kunnen uiteraard ook veroorzaakt worden door psychische of relationele problemen; het lijkt zinniger die aan te pakken dan sildenafil te slikken. (4) De rol en/of houding van de partner met betrekking tot de seksuele problemen zou ook onderdeel van de diagnostiek moeten zijn. In het verleden bleek maar al te vaak dat de mate waarin patiënten afhaken bij medisch-technische interventies voor de behandeling van erectiestoornissen samenhangt met een gebrek aan begeleiding van patiënt en partner (Althof, Turner, Levine, Risen, Kursh, Bodner & Resnick, 1989; Tiefer, Pedersen & Melman, 1988). Er lijkt consensus te zijn dat de partner niet persé expliciet toestemming hoeft te geven voor een behandeling met sildenafil, dat wordt betuttelend gevonden, maar wat doe je als je het middel introduceert in een partnerrelatie waarbij de partner niet op de hoogte is? Als de partner plotseling weer erecties heeft en alleen nog maar geslachts-gemeenschap wil? Hier wordt in de volgende pa-

ragraaf dieper op ingegaan. (5) En dan zijn er nog de spijtoptanten. Mogelijk is er een groep mannen die wel verbeterde erecties heeft met sildenafil maar weinig tot geen seksueel plezier beleeft. In alle empirische artikelen over sildenafil zult u niets aantreffen over het effect op seksuele beleving of seksueel plezier. Zolang mannen geen erectie kunnen krijgen kun je je voorstellen dat ze gefixeerd blijven op het uitblijven ervan. Maar als erecties weer mogelijk zijn dan worden andere zaken zoals gering seksueel gevoel of plezier weer belangrijk, wat satisfactie op de langere termijn weer negatief kan beïnvloeden (Janssen, 1998). Mogelijk meldt deze groep zich weer aan bij de seksuoloog. Ook de paren waarin op zich succesvol gebruik van sildenafil leidt tot problemen in de partnerrelatie zouden in principe een nieuwe doelgroep kunnen vormen voor de seksuoloog.

Gevolgen voor de partner van de mannelijke sildenafil-gebruiker

Ik noem hier slechts enkele mogelijke gevolgen van de introductie van sildenafil in een heteroseksuele relatie. Het gebruik van sildenafil door de man kan bij zijn vrouwelijke partner het gevoel oproepen dat zij (opnieuw?) altijd beschikbaar moet zijn. Zeker bij de oudere generatie waarin seks ook gezien wordt als een huwelijkse plicht kan dit een rol spelen. Bij vrouwen die toch al onzeker zijn over hun rol als minnares of die hun seksuele relatie ervaren als weinig intiem, kan de introductie van sildenafil in de relatie die onzekerheid en dat gebrek aan intimiteit alleen maar doen toenemen. "Heeft hij nu seks met mij of met sildenafil?" De kwaliteit van de seksuele activiteit neemt niet noodzakelijkerwijs toe. Sterker nog, het kan zelfs afnemen als de man gefixeerd is op het volbrengen van de geslachtsgemeenschap. En slechte seks in hogere frequentie lijkt me erger dan zeer infrequente slechte seks. De introductie van sildenafil kan hiermee de kwaliteit van de relatie direct doen verslechteren. In een machtsstrijd over de frequentie van seksueel contact kan sildenafil misbruikt worden ("Neem die erectiepillen nou!" of "Nu heb ik die pil genomen en nu heb jij geen zin"), en daarmee toch al bestaande ontevredenheid doen escaleren (Hengeveld, 1998).

Maar dat hoeft niet altijd slecht te zijn. Sildenafil kan een katalysator zijn, waardoor de noodzaak om de relatie in het algemeen en de seksuele relatie in het bijzonder te verbeteren niet alleen voor de vrouw, maar ook voor haar man, zichtbaar wordt.

In een recent artikel wordt sildenafil gezien als een uitgelezen kans om andere problemen die voordien onder tafel bleven aan de oppervlakte te krijgen (Perelman, 1998). Maar niet elke relatie zal tegen de toenemende druk bestand zijn. Binnenkort verschijnt een artikel waarin twee casussen worden beschreven (Wise, in druk). In één casus was de introductie van sildenafil de aanleiding voor een echtscheiding, in de andere casus leidde sildenafil tot structurele verbetering van de relatie. In beide gevallen was prostatectomie de aanleiding van de erectiestoornis. Deze casussen demonstreren dat zelfs bij een erectiestoornis met organische etiologie psychosociale aspecten niet genegeerd kunnen worden.

Vrouwen en sildenafil

Op het moment zijn er studies gaande naar het effect van sildenafil bij vrouwen. Van enkele studies zijn de resultaten geanalyseerd, maar de fabrikant houdt openbaarmaking voorlopig tegen. Ik kan er dus alleen maar over speculeren.

Sildenafil wordt zowel bij mannen als bij vrouwen door de fabrikant uitdrukkelijk alleen geïndiceerd geacht voor mensen met fysiologische opwindingsstoornissen. Immers, het middel wordt op de markt gebracht als een geneesmiddel. Het probleem is echter dat fysiologische opwindingsstoornissen niet alleen maar optreden bij dysfuncties met een organische etiologie. Sildenafil 'geneest' hiermee een symptoom van een (nog) onbekende 'ziekte'.

Dit fysiologisch criterium is bij vrouwen meteen al lastig. Vrouwen presenteren maar heel zelden een fysiologisch opwindingsprobleem. Niet als eerste klacht, en vaak niet als tweede of derde klacht. Binnen de academische poliklinieken seksuologie krijgt slechts een enkele vrouw de diagnose opwindingsstoornis (Leiblum, 1998; Polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie LUMC, 1997; Polikliniek Medische Seksuologie, Ziekenhuis Leyenburg, 1997). Dat hangt ongetwijfeld samen met de wijze waarop vrouwen hun klachten presenteren. Het is waarschijnlijk dat de academische poliklinieken seksuologie een bijzondere groep te zien krijgen, maar er zijn voldoende studies die dit beeld bevestigen. Segraves & Segraves namen bij een groep van 532 vrouwen de diagnoses onder de loep (Segraves & Segraves, 1991).

Negenentachtig procent had als hoofddiagnose een stoornis in het seksueel verlangen, slechts 8% had als hoofddiagnose een seksuele opwindings-

stoornis, waarvan 77% bijkomende problemen had met seksueel verlangen. Slechts 2% van de hele onderzoeksgroep had alleen maar een opwindingsprobleem. Er is dus een enorme comorbiditeit en de groep waar de fabrikant bij uitstek op mikt lijkt klein. Dus welke aandoening of stoornis willen we eigenlijk behandelen? Dit is vooralsnog zeer onduidelijk. Daarnaast is het de vraag hoe betrouwbaar de diagnoses zijn. De DSM-IV diagnoses helpen ons helemaal niet om te begrijpen wat de onderliggende etiologie bij de dysfuncties zou kunnen zijn (American Psychiatric Association, 1987). Er is een grote verscheidenheid aan opvattingen over de mate waarin problemen met verlangen daadwerkelijk het gevolg zijn van opwindingsstoornissen, of over de mate waarin opwindingsstoornissen verantwoordelijk zijn voor vaginisme en dyspareunie (Laan & Everaerd, in druk; Leiblum, 1998).

Maar stel dat sildenafil inderdaad een fysiologisch effect zou hebben. Deze veronderstelling is zo gek nog niet als je weet dat stikstofmonoxide ook in de vagina en zelfs in sterkere mate in de clitoris aangetroffen wordt (Goldstein & Berman, 1998). Wat is dan het effect op seksuele beleving? Leidt toename in vaginale en clitorale doorbloeding direkt tot een grotere gevoeligheid? We weten helemaal niet wat daarvan het fysiologische mechanisme zou kunnen zijn. Bovendien is bekend dat fysiologische reacties slechts in geringe mate bijdragen aan seksueel plezier, en dat contextuele factoren, emoties en intimiteit daarvoor veel belangrijker zijn (Laan & Everaerd, 1995). Dus het is nog maar de vraag of verbetering in de fysiologie, als sildenafil dat zou bewerkstelligen, ook leidt tot sterkere gevoelens van opwindings. Bij vrouwen lijkt dat criterium belangrijker dan voor mannen. Mannen kunnen hun verbeterde erecties eenvoudig waarnemen, alleen al dat effect van sildenafil kan zoveel positieve psychologische gevolgen met zich meebrengen dat het seksueel functioneren als sterk verbeterd wordt beschouwd. Vrouwen hebben niet zo'n eenvoudig feedback mechanisme. Of ze verbetering voelen is cruciaal voor de mate waarin vrouwen bereid zullen zijn sildenafil te gebruiken. En dan heeft de fabrikant meteen weer een probleem. Immers, het middel wordt geacht een fysiologisch probleem te behandelen en niet een prestatiedrug of afrodisiacum te zijn. We weten dat vrouwen geringe veranderingen in de doorbloeding van hun geslachtsdelen niet goed waarnemen (Laan, Everaerd, van der Velde & Geer, 1995). Dus alleen als sildenafil fysiologisch een sterk effect heeft dan zou er een markt voor het geneesmiddel

kunnen zijn, zo niet, dan zie ik het somber in voor de fabrikant.

Cruciaal bij het testen van het effect van sildenafil bij vrouwen is de rol van adequate stimulatie en kennis over de werking van het middel (Laan & Everaerd, in druk). Als vrouwen de pil innemen en gaan liggen wachten op een effect, dan zal dat er niet komen. Een mogelijk positief effect van het middel zal dan niet in de onderzoeksresultaten tot uitdrukking komen. Maar voor mannen is dit toch ook relevant? Natuurlijk, maar de opzet van de mannenstudies is zodanig geweest dat kennis over de werking van het middel en daarmee de rol van adequate stimulatie niet zo noodzakelijk was. De meeste effectmaten hadden allemaal betrekking op geslachtsgemeenschap (Goldstein e.a., 1998). Geslachtsgemeenschap is voor veel mannen een goede bron voor seksuele stimulatie, voor vrouwen is dat lang niet altijd zo. Dus naast de vraag wat een goede effectmaat voor vrouwen zou zijn, en er is consensus dat dat niet noodzakelijk geslachtsgemeenschap is, is er het probleem om in studies te garanderen en te controleren dat er ook inderdaad seksuele stimulatie heeft plaatsgevonden.

En als sildenafil inderdaad vaginale doorbloeding en daarmee lubricatie lijkt te verbeteren, is sildenafil dan de te prefereren behandeling? Zelfs als zeker is, en dat is bijna nooit het geval, dat er alleen maar lubricatieproblemen zijn en geen andere seksuele of relationele problematiek, en ook geen problemen met seksuele beleving? Ook dit is niet zo zeker. Een glijmiddel of een lokaal oestrogeen heeft zeker minder bijwerkingen en zou in dit geval even effectief moeten zijn. Postmenopausale vrouwen met als enige seksuele klacht lubricatieproblemen zouden waarschijnlijk beter af zijn met oestrogeen of een combinatie van oestrogeen en androgeen therapie, omdat ze dan meteen beter beschermd zijn tegen botafbraak en minder vasomotorische klachten zullen hebben (van Lunsen & Laan, 1997). De uitdaging van het mogelijk toekomstig gebruik van sildenafil door vrouwen ligt dus veel meer in het vinden van bewijs dat het effect heeft op de seksuele beleving. Anekdoten in de media doen kond van fantastische effecten. Maar verhalen waarin sildenafil niks deed halen de pers niet. En die fantastische ervaringen zijn natuurlijk niet placebo gecontroleerd. Alleen al de verwachting dat je iets geweldigs gaat beleven kan enorm stimulerend zijn (Cranston-Cuevas & Barlow, 1990). Ik vraag u me niet verkeerd te begrijpen. Ik heb geen enkel (moreel) bezwaar tegen het gebruik van een

pil om het seksueel plezier te vergroten. Maar bovengenoemde overwegingen nopen me tot voorzichtigheid.

Gevolgen voor de partner van de vrouwelijke sildenafil-gebruiker

Wat zouden, tenslotte, de gevolgen kunnen zijn voor de mannen van de vrouwen die sildenafil gebruiken, als toch blijkt dat het middel ook effectief is bij vrouwen? Ik volg hier dezelfde redenering als ik hierboven deed voor de vrouwen van de mannelijke sildenafil-gebruikers.

Mits de mannen zelf geen seksuele problemen hebben kan ik me voorstellen dat ze het over het algemeen niet zo'n probleem zullen vinden om altijd beschikbaar te zijn. Ook vraag ik me af of mannen zich zo bezig zullen houden met de vraag of hun vrouw met hen vrijt of met sildenafil. De kwaliteit van de seksuele relatie kan enorm verbeteren als vrouwen doelbewust op zoek gaan naar seksuele stimulatie, voor veel mannen vormt dit scenario onderdeel van hun stoutste dromen. Maar de gevolgen zullen niet allemaal positief zijn. Een seksueel assertieve vrouw kan tot behoorlijk wat onzekerheid leiden bij hun mannelijke partner. Volgens Coolsaet, afgelopen zomer in het nieuws, kunnen vrouwen ook al zonder sildenafil de oorzaak zijn van erectieproblemen bij hun mannen (Coolsaet, 1998). En wat te denken van de angst dat zij haar nieuwe seksuele verworvenheden gaat uitproberen op andere mannen dan haar vaste partner, of dat nou imaginair is of niet? Ook nu kan sildenafil zowel positieve als negatieve gevolgen hebben. Of de balans uitvalt naar negatief of positief hangt sterk af van de veerkracht van de relatie.

Andere groepen, een bredere blik

Nu lijkt het of alle sildenafil gebruikers of potentiële gebruikers alleen maar heteroseksuele mensen zijn met een vaste seksuele partner. Hoewel de fabrikant homoseksuele mensen zonder vaste relatie stelselmatig buiten hun proefgroepen houdt stoort sildenafil zich hier natuurlijk niet aan. Er zijn mensen die een groot voordeel zien in het gebruik van sildenafil door mensen met wisselende seksuele contacten, of het nu mensen betreft die zich net op de seksuele markt hebben begeven, of mannen die na een sildenafil-scheiding weer op zoek zijn

naar een nieuwe partner.* En dat voordeel zou zijn dat sildenafil condoomgebruik zou kunnen stimuleren in die mannen die voorheen liever afzagen van condoomgebruik omdat dat hun toch al zwakke erecties belemmert.

Anderen zien zelfs directe effecten van sildenafil op populatienivo. Sildenafil zou bijvoorbeeld kunnen leiden tot een groter leeftijdsverschil tussen mannelijke en vrouwelijke partners. Mannen zouden vaker geneigd zijn om op zoek te gaan naar veel jongere vrouwelijke partners, al dan niet na een sildenafil-scheiding, omdat ze niet meer worden belemmerd door zwakke of uitblijvende erecties. Oudere vrouwen zouden dientengevolge nog minder makkelijk een mannelijke partner van hun leeftijd kunnen vinden en zullen vaker relaties aangaan met jongere mannen. Dat laatste zou weer mogelijk zijn omdat jongere mannen voor het verkrijgen van een jongere vrouwelijke partner nu moeten concurreren met de oudere mannen met hogere inkomens en status. sildenafil zou mogelijk kunnen leiden tot een grotere populatie alleenstaanden; tot minder seksuele activiteit; tot meer gebruik van 'verjongende' hormoontherapie bij postmenopausale vrouwen; tot meer weduwen als jonge vrouwen inderdaad vaker vaste relaties aangaan met oudere mannen; of tot meer oudere vaders die een kind verwekken bij een jongere vrouw. Al deze scenario's gaan ervan uit dat sildenafil zal leiden tot meer scheidingen als gevolg van de toenemende seksuele zekerheid van mannen. Maar een even goede voorspelling zou zijn dat sildenafil zal leiden tot grotere tevredenheid binnen relaties, er van uitgaande dat veel vrouwen meer zin in seks hebben naarmate ze ouder worden, de kinderen het huis uit zijn, ze maatschappelijk succesvol zijn, en beter weten wat ze willen.

Epiloog

Het is zeer interessant dat een middel dat eigenlijk maar zo'n beperkt fysiologisch effect heeft, namelijk het ondersteunen en enigszins versterken van toch al op gang gekomen doorbloeding van de geslachtsdelen, zulke enorme psychologische, relationele, en maatschappelijke gevolgen zou kunnen hebben. De impact van sildenafil heeft ongetwijfeld direct te maken met de rol van seksualiteit in relaties en in de maatschappij. Natuurlijk moeten sildenafil en andere oraal in te nemen vaso-

* De punten genoemd in dit kopje zijn een neerslag van een email-discussie tussen onderzoekers op de Sexnet listserver in april 1998.

actieve stoffen nog maar bewijzen dat ze blijvertjes zijn en niet een voorbijgaande hype. Maar of ze blijvertjes zijn of niet, sociologen, antropologen en andere maatschappij- en cultuuronderzoekers kunnen hun handen nog decennia lang vol hebben aan het in kaart brengen en begrijpen van wat er nu allemaal gaande is.

Summary

Sildenafil (Viagra®) for men and women: Research, assessment, and psychosocial implications.

This paper summarizes the effectiveness of sildenafil (Viagra®) in the treatment of male erectile dysfunction, and continues to speculate about the possible effect of the drug in treating female sexual arousal disorders. Although the effectiveness of sildenafil on erectile function is unprecedented, careful diagnostic procedures are still warranted. The author is somewhat sceptical about the possible benefits of sildenafil for women with sexual arousal problems. Sexual arousal in women is dependent upon much more than a smoothly operating genital apparatus. The extent to which sildenafil will be beneficial to sexual partners seems to be dependent upon the strength of the relationship. Recently, the first cases were published arguing in favor of the need to address psychosocial factors, even when sexual problems are of organic etiology.

Literatuur

- Althof, S.E.; L.A. Turner, S.B. Levine, C. Risen, E. Kursh, D. Bodner en M. Resnick (1989). Why do so many people drop out from auto-injection therapy for impotence? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 15: 121-129.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e ed.). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Boolell, M., M.J. Allen, S.A. Ballard, S. Gepi-Attee, G.J. Muirhead, A.M. Naylor, I.H. Osterloh en C. Gingell (1996). Sildenafil: An orally active type 5 cyclic GMP-specific phosphodiesterase inhibitor for the treatment of penile erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 8: 47-52.
- Coolsaet, B. (1998). Het penseel van de liefde. Jan Mets, Antwerpen.
- Cranston-Cuebas, M.A. en D.H. Barlow (1990). Cognitive and affective contributions to sexual functioning. *Annual Review of Sex Research*, 1: 119-161.
- Goldstein, I. en J.R. Berman (1998). Vasculogenic female sexual dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 10, Suppl.2: S84-S90.
- Goldstein, I., T.F. Lue, H. Padma-Nathan, R.C. Rosen, W.D. Steers en P.A. Wicker (1998). Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 338: 1397-1404.
- Hengeveld, M.W. (1998). Somatisering van erectiestoornissen door de komst van sildenafil. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142: 2333-2336.
- Janssen, E. (1998). Differential diagnosis in men with erectile dysfunction: An interdisciplinary approach. In Meuleman, E., G. Lycklama à Nijeholt en D. Vanderschueren (red.). *The 8th World Meeting on Impotence Research*. Monduzzi Editore, Bologna.
- Laan, E. en W. Everaerd (1995). Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. *Annual Review of Sex Research*, 6: 32-76.
- Laan, E. en W. Everaerd (in druk). Laboratory methods and psychophysiological assessment of female sexual arousal. *Journal of Women's Health*.
- Laan, E., W. Everaerd, J. van der Velde en J.H. Geer (1995). Determinants of subjective experience of sexual arousal in women: Feedback from genital arousal and erotic stimulus content. *Psychophysiology*, 32: 444-451.
- Leiblum, S.R. (1998). Definition and classification of female sexual disorders. *International Journal of Impotence Research*, 10, Suppl.2: S104-S106.
- Lunsen, R.H.W. van en E. Laan (1997). Sex, hormones and the brain. *European Journal of Contraceptives and Reproductive Health Care*, 2: 247-251.
- Meuleman, E.J.H., J.Th.H. van Berkel, P. Rabsztyen en L. Damen (1998). Sildenafil (Viagra) voor de behandeling van erectiestoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142: 2337-2341.
- O'Leary, M.P. (1998). Cautions in the use of oral agents for the management of erectile dysfunction. *AUA News*, July/August 20.
- Perelman, M.A. (1998). Pharmacological agents for erectile dysfunction and the Human Sexual Response Cycle. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 24: 309-317.
- Pfizer Nederland (1998). *De erectiepill. Viagra® productinformatie*. Pfizer BV, 1 oktober, Capelle a/d IJssel.
- Polikliniek Medische Seksuologie, Ziekenhuis Leyenburg, Den Haag. *Jaarverslag 1997*.
- Polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie, Leiden Universitair Medisch Centrum. *Jaarverslag 1997*.
- Rosen, R.C. (1998). Sildenafil: medical advance or media event? *Lancet*, 351: 1599-1600.
- Segraves, R.T. en K.B. Segraves (1991). Diagnosis of female arousal disorder. *Sexual and Marital Therapy*, 6: 9-13.
- Tiefer, L., B. Pedersen en A. Melmán (1988). Psychosocial follow-up of penile prosthesis implant patients and partners. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 14: 184-201.
- Wise, T.N. (1999). Psychosocial side effects of sildenafil therapy for erectile dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25: 145-150.