

# **Een aantal gevallen van primaire en secundaire anejaculatie: een retrospectieve dossieranalyse en een voorstel voor multidisciplinaire behandeling.<sup>0</sup>**

J. Kees de Bruyn<sup>1</sup>, Jacques J.D.M. van Lankveld<sup>2</sup> en Elbert G. Roos<sup>3</sup>

**Binnen de polikliniek voor Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie en de polikliniek voor Fertiliteitsstoornissen van het Leids Universitair Medisch Centrum werd een onderzoek gedaan naar anejaculatie bij mannen. Een aantal biografische, psychologische en relationele kenmerken van mannen met anejaculatie werden onderzocht, evenals kenmerken en effecten van de gecombineerde psychologische en medische behandeling van anejaculatie zoals toegepast in deze poliklinieken. Door middel van een dossieronderzoek werden gegevens verkregen van 15 mannen met anejaculatie (12 met primaire en 3 met secundaire anejaculatie), in leeftijd variërend van 19 tot 67 jaar, die tussen 1984 en 1996 op deze poliklinieken gezien werden.**

**Opvallende bevindingen bij deze groep mannen waren het bestaan van negatieve opvattingen omtrent masturbatie en beperkte, c.q. vaak afwezige ervaring met masturbatie. Verder bleek in veel gevallen sprake van angst voor verlies van controle en van andere vormen van angstklachten, c.q. van angststoornissen. Ook was er in de meestal sprake van slechte communicatie tussen de patiënt en diens partner en van relationele strijd om de dominantie.**

**Een multidisciplinaire benadering met psychologische en fertiliteitmethoden bleek effectief te zijn bij het behandelen van anejaculatie. Zeven van de acht uitbehandelde mannen hadden tijdens de therapie geleerd om in waaktoestand tot ejaculatie te komen. Vijf van de zeven patiënten met een kindwens hadden deze tijdens het verloop van de behandeling zien vervullen met gebruikmaking van eigen genetisch materiaal, alhoewel slechts enkelen door ejaculatie tijdens coïtus.**

Anejaculatie bij mannen is een van de minst bekende problemen in de seksuologie (Spector & Carey, 1990). Van anejaculatie als seksuele disfunctie wordt gesproken wanneer tijdens seksuele activiteit de ejaculatiereflex uitblijft ondanks een normale erectie en intense seksuele stimulatie (Pryde & Woods, 1980).

Anejaculatie wordt in de DSM-IV geassocieerd onder 'Male Orgasmic Disorders' (APA, 1994, p. 507). Er dient sprake te zijn van herhaaldelijk uitstel of uitblijven van het orgasme bij de man na normale seksuele opwindingsgedurende seksuele activiteit die naar het oordeel van de clinicus adequaat is qua aandacht, intensiteit en duur, rekening houdend met de leeftijd van de betrokkene. Het probleem dient aantoonbaar lijden of relatieproblemen te veroorzaken, is niet eerder toe te schrijven aan een andere As I stoornis (behalve een andere seksuele disfunctie) en is niet uitsluitend het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug of genees-

middel) of een somatische aandoening.

De mannelijke orgasmestoornissen vormen een domein in de seksuologie waarin terminologie en differentiaal diagnose in het verleden aanleiding hebben gegeven tot grote verwarring (Vandereycken, 1983). In de literatuur worden diverse, aan anejaculatie verwante, termen aangetroffen, zoals retarded ejaculation, ejaculatory incompetence, anorgasmie, aspermatisme, ejaculatory failure, ejaculatory overcontrol, inhibited male orgasm, inability to ejaculate, prae-orgasmie, impotentio ejaculandi en non emissive erection. Hoewel men met behulp van de termen 'anaestetische' of 'anhedonische ejaculatie' (normale ejaculatie zonder de bijbehorende orgastische gevoelens; Williams, 1985) en 'retrograde ejaculatie' (een orgasme dat wel subjectief ervaren wordt, maar zonder transport van het sperma naar buiten; door het ontbreken van de reflectoire sluiting van de blaashals komt het sperma in de blaas terecht), waarschijnlijk terech, een onder

**<sup>1</sup> Correspondentie: J.K. de Bruyn,  
androloog/seksuoloog NVVS, Leids  
Universitair Medisch Centrum (LUMC),  
Polikliniek Psychosomatische**

**Gynaecologie en Seksuologie en hoofd  
sectie KID en andrologische  
cryopreservatie van de polikliniek  
Voortplanting; Postbus 9600, 2300 RC  
Leiden**

**<sup>2</sup> Dr. J.J.D.M. van Lankveld,  
psycholoog/psychotherapeut/seksuoloog  
NVVS, Academisch Ziekenhuis  
Maastricht (AZM), Afd. Medische  
Psychologie en Departement Medische  
Klinische en Experimentele Psychologie,  
Universiteit Maastricht (UM);**

**<sup>3</sup> Drs. E.G. Roos, psycholoog, Polikliniek  
Psychosomatische Gynaecologie en  
Seksuologie, LUMC, Leiden, stagiaire.**

**<sup>o</sup> Geaccepteerd voor publicatie 25 januari  
2000**

---

***14 J.K. de Bruyn,  
J.J.D.M. van Lankveld  
en E.G. Roos***

scheid kan maken tussen orgasme en ejaculatie, zullen wij in het vervolg van dit artikel ejaculatie en orgasme als een geheel beschouwen. Evenals bij andere seksuele disfuncties, kan bij anejaculatie onderscheid gemaakt worden tussen primaire (lifelong) en secundaire (acquired) problematiek, waarbij de ejaculatiestoornis ontstond na een voorafgaande periode van normaal seksueel functioneren. Ook dient onderscheid te worden gemaakt tussen situatieve anejaculatie, waarbij de stoornis slechts in sommige perioden en/of situaties aanwezig is (Campden-Main & Sara, 1985; Shull & Sprenkle, 1980), en niet aan een situatie of periode gebonden, volledige (generalized) anejaculatie.

De literatuur beschrijft weinig onderzoek dat uitsluitend gericht is op volledige anejaculatie. Het meest beschreven anejaculatietype is situatieve anejaculatie, waarbij de man alleen in specifieke situaties en bij specifieke vormen van stimulatie (meestal masturbatie) klaarkomt (Libman, Brender, Burstein & Hodgins, 1984). De man met anejaculatie wordt soms beschreven als de ideale minnaar (zie Dekker, 1993). Als hij geen last heeft van erectieproblemen, kan hij immers langdurig doorgaan met coïteren, zonder dat het klaarkomen hem een herstelperiode oplegt. Dit eindeloos kunnen, c.q. moeten doorgaan met de seksuele stimulatie is in de probleembeleving van de patiënt zelf echter meestal aversief. Apfelbaum (1989) noemt een man met dit probleem een 'sexual workhorse'. Soms simuleert de patiënt een orgasme om zijn partner gerust te stellen en niet eindeloos te hoeven doorgaan (Wilensky &

weinig bekend, evenmin als van de fysiologische en psychologische processen die een rol spelen tijdens normale ejaculatie en orgasme (Dekker, 1993; Zgourides, & Warren, 1989). Brindley en Gillan (1982) veronderstellen dat bij anejaculatie sprake is van neurologische abnormaliteit op het niveau van het ruggenmerg. Bij een deel van de mannen (en vrouwen) met afwezig of geremd orgasme vonden zij een abnormale glandipudendale of bulbocavernosusreflex. Tot nu toe is geen replicatie van deze bevindingen gepubliceerd. Bemelmans en Meuleman (1997) stellen dat het meestal gaat om mannen met een dwarslaesie, voorafgaande chirurgie of een chronische ziekte die gepaard gaat met neurologische afwijkingen, zoals diabetes mellitus of multiple sclerose. In hun populatie van 72 primaire anejaculatiepatiënten vonden Geboes e.a. (1975) echter nauwelijks somatische pathologie. Ook de bijdrage aan de etiologie van psychologische factoren is onduidelijk (Dekker, 1993). De bestaande verklaringsmodellen uit de hoek van de psychoanalyse (Ovesey & Meyers, 1968) of de leertheorie (Dow, 1981) ontberen empirische ondersteuning. Enkele studies suggereren een verband met psychologische kenmerken. Munjack, Kanno en Oziel (1978) vergeleken mannen met premature ejaculatie en anejaculatie met een controlegroep van gezonde mannen. Mannen met anejaculatie scoorden significant hoger dan de controlegroep op neuroticisme, depressie en angst. Dezelfde onderzoekers suggereerden ook een relatie tussen gegeneraliseerde angststoornis en anejaculatie. Munjack en Kanno (1979) vonden retrospectief een relatie tussen

Myers, 1987).

De prevalentie van anejaculatie is laag, zeker vergeleken met andere mannelijke seksuele disfuncties zoals premature ejaculatie en erectieverlies. Kinsey e.a. (1948) vonden primaire anorgasmie bij slechts 15 van de 10000 in hun studie geïnterviewde mannen. In klinische populaties worden percentages van 0% tot 13% gerapporteerd (Dekker, 1993). Geboes, Steeno en De Moor (1975) rapporteerden primaire anejaculatie bij 15% van een door hen behandelde groep van 486 mannen met seksuele stoornissen. De grote verschillen in de gevonden percentages zijn toe te schrijven aan de gehanteerde operationalisaties en de samenstelling van de onderzochte groepen. Deze samenstelling wordt waarschijnlijk voor een groot deel verklaard door de onderzoekslocatie (fertiliteitpolikliniek, neurologiepolikliniek, seksuologische hulpverlening) en de selectie door verwijzers van daar naar verwezen patiënten.

Over de etiologie van de anejaculatiestoornis is

anejaculatie en diagnoses van obsessief-compulsieve en obsessief-paranoïde persoonlijkheid, emotionele onrijpheid en afhankelijke persoonlijkheidstrekken.

Bij de behandeling van vrouwelijke pre-orgasmie (Lopiccolo & Lobitz, 1972) wordt de nadruk gelegd op het leren opwekken van een orgasme door middel van intense masturbatie, alvorens gedacht wordt aan generalisatie van het kunnen klaarkomen naar de situatie van seksuele interactie met een partner. Alhoewel hier een parallel denkbaar is met mannelijke anejaculatie, wordt het verband tussen masturbatieervaring en het vermogen tot klaarkomen in de literatuur over anejaculatie niet uitgebreid beschreven. Mannen met anejaculatie worden als onvruchtbaar beschouwd en langs medische weg wordt getracht alsnog een zwangerschap te realiseren. Er zijn dan een aantal keuzemogelijkheden: oogsten van eigen zaadcellen via rectale elektrostimulatie van de nervus pudendus, via lang volgehouden kunstmatige vibratie aan de schacht of de

---

***Een aantal gevallen van  
primaire en secundaire  
anejaculatie 15***

eikel van de penis, het opvangen van ejaculatio nocturnus gevolgd door cryopreservatie van het zo verkregen semen, ofwel via het winnen van zaadcellen direct uit de zaadbol of bijbal (zie voor een beknopt Nederlands overzicht van deze technieken: Bemelmans & Meuleman, 1997). Bij het nastreven van een zwangerschap kan echter ook gebruik worden gemaakt van allogeen genetisch materiaal, zoals bij kunstmatige inseminatie met donorsperma (KID) of In Vitro Fertilisatie met donorsperma (IVFD). Al deze interventies vormen een oplossing voor het fertiliteitsprobleem, maar niet voor anejaculatie. Het aanzienlijke aantal publicaties dat in de recente medische literatuur verschenen is over rectale elektrostimulatie (en de vaak negatieve gevolgen daarvan voor de spermakwaliteit, zie o.a. Belker e.a., 1998; Brackett e.a., 1997; Chung e.a., 1995), illustreert de medisch-technologische oriëntatie. Voor de geneigdheid in het medische circuit te blijven, zijn enkele redenen aan te wijzen. Allereerst wordt de hulpvraag vaak voorgelegd aan een medicus en gesteld in termen van een medisch probleem ('Ik kan geen zwangerschap tot stand brengen'), zodat de denkstap naar een medisch-technische oplossing snel gemaakt is ('Ik probeer sperma bij deze man te produceren'; Stewart & Ohl, 1989). Op de tweede plaats heeft de psychologische behandeling van anejaculatie in de literatuur een ongunstige prognose gekregen, waardoor de motivatie van hulpverleners om een dergelijke behandeling te starten of ervoor te verwijzen vaak ontbreekt. De empirische onderbouwing van het gebrekkige succes van psychologische benaderingen

tiënt om met kleine stapjes het gewenste gedrag te bereiken en dat uiteindelijk in de gewenste situatie toe te passen. Pettitt (1982) beschrijft een succesvolle behandeling van een man met primaire anejaculatie met behulp van meditatie. Araoz (1982) geeft de mogelijkheid aan van de behandeling van anejaculatie met behulp van hypnose, maar rapporteert geen resultaten.

De aantallen patiënten met anejaculatie in gepubliceerde effectrapportages zijn klein. Het meest voorkomend zijn casestudies van zowel medische als psychologische behandelingen (Catalan, 1993; Slob & Piss-Minderman, 1982; Slob, 1983). De grootste steekproefomvang (N=72) werd gevonden in een studie van Geboes e.a. (1975). Er zijn geen gecontroleerde studies bekend. Uit diverse publicaties wordt niet duidelijk of het patiënten betreft met volledige anejaculatie of om vertraagde ejaculatie, noch of het handelt om globale dan wel situatieve problematiek. De resultaten van medische interventies zijn vooral beschreven met het oog op het vervullen van de kinderwens. Hovav, Shotland, Yaffe en Almagor (1996) beschrijven een behandeling waarin bij 20 mannen ejaculaties werden opgewekt met behulp van transrectale elektrostimulatie van de nervus pudendus, echter zonder vermelding van het effect op het latere seksuele functioneren. Algehele anesthesie is noodzakelijk voor het kunnen uitvoeren van deze voor de man uiterst pijnlijke interventie. Everaert en Oosterlinck (1997) beschrijven de toepassing van elektrostimulatie aan de glans penis bij een zevental mannen.

ontbreekt echter. De exclusief op medisch handelen gerichte voorkeur bij anejaculatiebehandeling is ons inziens daarom onterecht. Tenslotte heeft de man zelf vaak het idee dat zijn probleem medisch van aard is, of hij wenst alleen de kinderwens te vervullen en stelt geen belang in het verbeteren van zijn seksuele functioneren en beleving.

De waarschijnlijk meest toegepaste psychologische benadering is de sensate focus therapie volgens Masters en Johnson (1970), waarbij de partners een stapsgewijs opgebouwd programma van seksuele oefeningen uitvoeren (Dekker, 1993). Uit de gedragstherapie afkomstig zijn 'systematische desensitisatie' en 'successieve approximatie' (Rozani, 1972). Bij systematische desensitisatie, die gericht is op angstreductie, worden volgens een hiërarchische ordening in de richting van toenemende angst, seksuele situaties en stimuli gepresenteerd, terwijl de patiënt ontspanningsinstructies uitvoert. Bij successieve approximatie leert de pa

Samenvattend kan worden gezegd, dat de kennis over de etiologie van anejaculatie zeer beperkt is, evenals over de werking van de normale, niet-problematische ejaculatie. Datzelfde geldt voor de psychologische behandeling van anejaculatie en de effecten ervan.

Het doel van de huidige studie is het beschrijven van een groep Nederlandse mannen met anejaculatie, van een multidisciplinaire behandeling van de stoornis en van het behandelresultaat. Na de start van de polikliniek seksuologie in het Leids Universitair Medisch Centrum in 1992 bleek de onderhavige problematiek met enige regelmaat ter behandeling aangeboden te worden. De eerste ervaringen van een van de auteurs (JKdB) met de behandeling van anejaculatie waren echter al van veel eerdere datum, zodat besloten werd patiënten vanaf 1984 te includeren met het doel zoveel mogelijk van de beschikbare informatie te verzamelen. Wij zullen de term anejaculatie gebruiken vanwege het belang van het verkrijgen van het ejaculaat

---

**16 J.K. de Bruyn,  
J.J.D.M. van Lankveld  
en E.G. Roos**

in de context van de fertilitateitsproblematiek, waarbinnen de mannelijke orgasmestooris zich frequent voordoet en van waaruit deze studie is opgezet. In deze studie worden mannen beschreven bij wie zowel ejaculatie als orgasmebeleving tijdens seksuele activiteit uitblijven. Eveneens vanwege de fertilitateitscontext van de stoornissen beperken we ons tot volledige anejaculatie, waarbij orgasme en ejaculatie onder geen enkele voorwaarde op basis van bewust toegediende seksuele stimulatie bereikt worden. Mannen met situatieve anejaculatie, waarbij onder bepaalde omstandigheden een zaadlozing mogelijk is, werden niet meegenomen. Wel werd zowel primaire als secundaire problematiek geïnccludeerd.

#### Methode

De onderzoeksgroep bestaat uit alle patiënten met anejaculatie, zowel primair als secundair, die zich in de periode van 1984 tot en met 1996 hebben aan

gemeld bij de Fertilitateitspolikliniek of de polikliniek voor Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie van het Leids Universitair Medisch Centrum. Als inclusie-criteria werden gehanteerd: (1) de aanwezigheid van een anejaculatieprobleem van het 'lifelong' of het 'acquired type'; (2) van het 'generalized type' (niet beperkt tot een bepaald soort stimulatie, bepaalde situaties of (een) bepaalde partner(s)) en (3) ten gevolge van psychische factoren (een somatische aandoening of het gebruik van psychoactieve middelen spelen geen (overwegende) rol in de etiologie). Alle in het onderzoek betrokken mannen waren voorafgaand aan de start van hun behandeling voor het anejaculatieprobleem lichamelijk onderzocht op de voor anorgasmie relevante parameters (endocrinologisch, urogenitaal, evt. neurologisch). Bij medische bevindingen die het aangeboden probleem mogelijk verklaarden, werd adequate medische behandeling geboden. Bij geen van de in de huidige onderzoeksgroep geïnccludeerde mannen waren dergelijke so

**Tabel 1.** Demografische gegevens van mannen met anejaculatie ( $N=15$ )

---



Burgelijke staat	Ongehuwd, zonder partner	<i>N</i>
Geslacht van partner	Gehuwd	1
Heeft patiënt kinderen?	Ongehuwd, samenwonend	13
Heeft partner kinderen?	Vrouw	1
	Man	13
Hoogst genoten opleiding	Geen partner	1
Geloof	Ja	1
Hoe streng religieus?	Ja	1
	LBO	2
	MULO	7
	MBO	1
	HBO	3
	WO	2
	Protestant	2
	Rooms-Katholiek	10
	Geen	3
	Heel streng	2
	Streng	3
	Gematigd	5
	Heel weinig	2
	Niet van toepassing	3
		2

---

## ***Een aantal gevallen van primaire en secundaire anejaculatie 17***

matische factoren aanwezig.

Dataverzameling werd in 1997 gedaan door een stagiaire klinische psychologie (ER) in de vorm van een dossieronderzoek, waarbij voor iedere patiënt een topiclijst werd ingevuld. De variabelen in deze lijst werden gekozen op basis van de literatuur over etiologie en behandeling van anejaculatie en van de klinische indrukken van de betrokken behandelaars. Bij ontbrekende of onduidelijke gegevens werden de therapeuten die betrokken waren bij de behandeling van de patiënten geïnterviewd door de stagiaire (ER) die niet bij de behandeling betrokken was. De patiënten werden niet zelf geïnterviewd. Met behulp van de werkaantekeningen in het dossier trachtte de behandelaar in die gevallen de hiaten of onduidelijkheden op te lossen. In iets minder dan de helft van de geanalyseerde dossiers ontbraken een of meer van dergelijke gegevens. Wanneer de gewenste gegevens niet gereconstrueerd of verhelderd konden worden werden de betreffende data als definitief ontbrekend aangeduid.

Resultaten

### *Biografische gegevens (Tabel 1)*

In de studie werden vijftien blanke mannen geïncludeerd, allemaal geboren in Nederland. Deze mannen vormden in de jaren sinds de invoering van het landelijke registratiesysteem voor het

teerde de orgasmestoornis als hulpvraag. Drie mannen meldden zich aan wegens seksuele problemen in het algemeen. Eén man werd aangemeld wegens achterstand in zijn seksuele ontwikkeling.

Bij zes mannen ging het om een tweede verwijzing, drie van een uroloog, de overige van, respectievelijk, een psychiater, een GG & GD arts en een vrijgevestigde seksuoloog. Negen mannen waren verwezen door de huisarts.

De duur van het fertiliteitsprobleem varieerde van 1 tot 10 jaar ( $M=3.3$  jaar;  $SD = 3.1$ ;  $N = 10$ ). Van een man was de kinderwens vervuld via KID, terwijl de partner van een andere patiënt twee kinderen had uit een vorige relatie. Deze man had geen behoefte aan meer kinderen. Van een man waren geen gegevens bekend omtrent kinderwens. Bij twee andere patiënten was een fertiliteitsprobleem niet aan de orde; een homoseksuele man van 65 jaar, en een man van 19 jaar, zonder partner.

### *Seksuele klachten (Tabel 2)*

De geïncludeerde groep bestond uit twaalf mannen met primaire en drie met secundaire anejaculatie. Tien patiënten hadden ook andere seksuele klachten. Het meest opvallend zijn het relatief grote aantal mannen ( $n=6$ ; 40%) dat problemen met het seksueel verlangen rapporteerde en het bestaan van primaire dyspareunie

Landelijk Overleg Poliklinieken Seksuologie (Vroege, 1997, 1998, 1999) gemiddeld ongeveer 1,4% van het totale aantal mannen die zich vanwege seksuele moeilijkheden aanmeldden voor hulpverlening bij de Polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie van het LUMC. Ze vormen eveneens gemiddeld bijna 3% van alle mannen die zich aanmelden voor kunstmatige inseminatie met donorsperma bij het LUMC. De leeftijden varieerden van 19 tot 67 jaar (M=37 jaar; SD=13 jaar). Hun relaties duurden op het moment van aanmelding gemiddeld 9,5 jaar (SD: 8,3) met een spreiding van 1 tot 29 jaar. Opvallend was dat in de onderzochte groep het percentage streng gelovige protestantse mannen hoog was. Van de tien protestantse mannen waren acht streng religieus en twee weinig religieus. De drie rooms-katholieke mannen in de onderzoeksgroep waren allen weinig religieus. Een brede spreiding van opleidingsniveaus werd aangetroffen.

#### *Aanmeldingsgegevens*

De voornaamste reden van aanmelding was een onervulde kinderwens, respectievelijk van tien van de vijftien patiënten. Slechts een patiënt presen

bij twee van de vijftien patiënten. Meer of minder frequente erectiestoornissen bij coïtus kwamen bij vier mannen voor maar waren niet dominant in het klachtenpatroon. Het secundair verminderen van het seksueel verlangen is begrijpelijk als reactie op het al lang bestaande ejaculatieprobleem. Bij de pijnstoornis kan gedacht worden aan een causale rol bij de ejaculatiestoornis. Door de optredende pijn of de anticipatie daarop, kan de angst voor de pijn een remmende invloed uitoefenen op de seksuele opwinding, mogelijk door het in beslag nemen van de benodigde aandachtscapaciteit. Ook vijf van de partners bleken seksuele klachten te hebben, van zeer uiteenlopende aard. Van een partner ontbraken gegevens omtrent seksuele klachten. We hebben gekeken naar het voorkomen van dezelfde combinaties van seksuele klachten van patiënten en partners, maar deze werden niet gevonden. Omdat dit ook een element was, dat in de psychologische behandeling aan de orde kwam, werd geïnformeerd naar ervaringen met naar zichzelf kijken in een spiegel. Eén man durfde dit helemaal niet. Slechts twee mannen durfden uitgebreid en kritisch naar zichzelf te kijken. Zes andere mannen durfden wel te kijken, maar deden dit oppervlakkig. Bij zes patiënten was hier niet naar

## *en E.G. Roos*

**Tabel 2.** Seksuele klachten van mannen met anejaculatie ( $N=15$ ) en hun partners ( $N=14$ )

Burgelijke staat	Ongehuwd, zonder partner	$N$
Geslacht van partner	Gehuwd	1
Heeft patiënt kinderen?	Ongehuwd, samenwonend	13
	Vrouw	1
Heeft partner kinderen?	Man	13
Hoogst genoten opleiding	Geen partner	1
Geloof	Ja	1
Hoe streng religieus?	Ja	1
	LBO	2
	MULO	7
	MBO	1
	HBO	3
	WO	2
	Protestant	2
	Rooms-Katholiek	10
	Geen	3
	Heel streng	2
	Streng	3
	Gematigd	5
	Heel weinig	2
	Niet van toepassing	3
		2

gevraagd.

### *Seksuele voorgeschiedenis*

Vier patiënten hadden eerdere seksuele relaties gehad. Vijf van de veertien partners hadden een eerdere seksuele relatie. Elf mannen hadden af en toe een nachtelijke zaadlozing. Eén patiënt had dat wel in het wat verdere verleden gehad, maar niet meer in de periode voor aanmelding. Deze informatie en andere details van de seksuele voorgeschiedenis kwamen vaak pas geleidelijk naar voren in het verloop van de behandeling. Zes mannen hadden gemasturbeerd in hun puberteit, voor ze aan een relatie begonnen. Slechts één van hen kon destijds klaarkomen. Op het moment van aanmelding, blijken in totaal zeven mannen meer of minder frequent te masturberen zonder daarbij te ejaculeren. Een verschil van opvatting bleek te bestaan tussen patiënten en partners over het belang van coïtus binnen hun seksuele relatie. Tegenover twaalf van de partners, gaven slechts zes patiënten

aan coïtus belangrijk te vinden; door zes anderen werd coïtus uitdrukkelijk als onbelangrijk gewaardeerd, ondanks de centrale plaats van coïtus bij de bestaande kinderwens. De indruk bestaat dat dit fenomeen geassocieerd is met faalangst. Coïtus is de seksuele activiteit waarbij het seksuele falen het meest pregnant naar voren komt, en er is veel sprake van vermijding. Het devalueren van coïtus kan deze mannen helpen om de discrepantie op te lossen tussen hun seksuele verlangen, dat bij een meerderheid niet volledig verdwenen is en het vermijden van coïtus. Bij vijf patiënten waren, volgens de therapeut, religieuze restricties merkbaar op gebied van seksualiteit.

Slechts één patiënt had anticonceptie gebruikt in zijn voorechtelijke seksuele contacten. Acht patiënten hadden voorheen seksueel contact zonder anticonceptie. Op vijf anderen was dit niet van toepassing omdat ze geen seksuele contacten hadden. Van een patiënt ontbrak deze informatie. Geen van de veertien patiënten met een relatie gebruikten

---

***Een aantal gevallen van  
primaire en secundaire  
anejaculatie 19***

anticonceptie ten tijde van de aanmelding. Slechts een partner gebruikte anticonceptie ten tijde van de aanmelding, terwijl elf geen anticonceptie toepasten en van twee partners gegevens hierover ontbraken.

#### *Psychosociale kenmerken.*

Een meer of minder sterke mate van angst voor controleverlies was, volgens de therapeut, bij elf patiënten te constateren. Naast deze angst werden door tien mannen andere angstklachten en fobieën gerapporteerd. De angstklachten waren: angst om homoseksueel te zijn, doodsangst, sociale angst, trillen en transpiratieangst, angst voor beschadiging van de penis, angst voor onvruchtbaarheid en faalangst. Doodsangst en angst om homoseksueel te zijn kwamen bij meerdere mannen voor. Eén man had agorafobische klachten. Vijf patiënten hadden problemen op het werk. Bij vier mannen was er volgens de therapeut sprake van stresserende factoren in het gezin van herkomst, variërend van fysiek geweld door de vader, het moeten dragen van teveel (werk)verantwoordelijkheid op 10-jarige leeftijd tot het uit huis gezet zijn vanwege het homo-zijn. De mate van alcoholgebruik was bij een man hoog en bij acht anderen matig. Vier mannen gebruikten helemaal geen alcohol. Van twee mannen was dit gegeven onbekend. Drugsgebruik speelde geen rol in deze patiëntengroep. Eén patiënt had ervaringen met fysiek geweld in zijn voorgeschiedenis. Deze man was hiervan in zijn jeugd regelmatig zelf slachtoffer, maar ook getuige van het fysieke geweld gepleegd door zijn vader tegen zijn moeder. Vier van de partners hadden

een paar, dat na de intake niet meer voor behandeling terugkwam.

In de relaties van dertien patiënten waren geen kinderen. Tien patiënten ondervonden veel druk van hun partner om het anejaculatie probleem op te lossen. Een voorbeeld van de druk die de partner kan uitoefenen toont de melding in het dossier, dat de vrouw tijdens een therapie sessie vertelde haar partner pas echt man te kunnen noemen, wanneer hij kan klaarkomen en wanneer hij haar een kind kan geven. Eerder, buiten de therapie had de vrouw dit ook enkele keren tegen haar man gezegd.

#### *De behandeling*

De behandelingen werden deels binnen de polikliniek Fertiliteitsstoornissen en deels binnen de polikliniek voor Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie uitgevoerd. Met de patiënt werd bij de start afgesproken om zowel aandacht aan het fertiliteitsaspect te besteden, indien van toepassing, als aan de psychologische aspecten van het niet kunnen ejaculeren. Als beperkt doel van de behandeling werd het bereiken van een zaadlozing door enige vorm van seksuele stimulatie gesteld. Coïtus was voor vrijwel alle betrokken mannen al voorafgaand aan de behandeling mogelijk. Het bereiken van de zaadlozing door of tijdens coïtus werd niet als expliciet doel gesteld. Hiermee werd het zeer beperkte belang van coïtus erkend, dat door het merendeel van de mannen werd gerapporteerd.

#### *Psychologische aspecten*

In het psychologische deel van de

seksueel geweldervaringen. In alle gevallen was een mannelijk familielid (oom, neef, etc.) de dader.

#### *Relatiekenmerken*

In veel relaties waren volgens de therapeut forse relatieproblemen aanwezig. Volgens de partners zelf was de relatiesatisfactie daarentegen over het algemeen hoog. De communicatie tussen de partners was volgens de therapeut slechts in twee gevallen goed tot zeer goed, maar bij de andere paren matig tot zeer slecht. De communicatie van de partners rondom seksuele thema's gaf hetzelfde beeld te zien. Drie patiënten hadden volgens de therapeut een dominante positie in hun relatie. Zeven patiënten stelden zich submissief op binnen de relatie en drie patiënten waren volgens de therapeut noch dominant, noch submissief. In twee gevallen was sprake van een symmetrische relatie waarin beide partners om de dominantie streden. Dit gegeven ontbrak van

behandeling ligt de nadruk op het leren genieten van seks. De patiënten vertellen vaak van lange periodes waarin ze vreselijk hun best deden om een zaadlozing te bereiken. Alle mannen zijn gaan anticiperen op het niet kunnen bereiken van dit doel, en lopen vooruit op faalervaringen. Ze hebben een rigide patroon ontwikkeld van zichzelf observeren en scherp monitoren van de hoogte van hun seksuele opwindning. Slechts beperkte aandacht is gericht op seksuele prikkels. Het beleven van lust aan solo-seks of seksueel contact met hun partner is bij sommige patiënten nooit tot ontwikkeling gekomen, terwijl het bij anderen wel aanwezig was, maar volledig naar de achtergrond is verdwenen. Evenals bij de behandeling van vrouwelijke pre-orgasmie (LoPiccolo & Lobitz, 1972) wordt in de huidige behandeling getracht de angstige anticipatie, en het vruchteloos steeds maar sterker stimuleren, te couperen. De verschillende technieken zijn erop gericht dat de

man een positiever zelfbeeld en lichaamsbeeld ontwikkelt en dat seks sterker geassocieerd wordt met positief gevoel en succeservaringen.

Er wordt gebruik gemaakt van technieken uit sekstherapie, cognitieve therapie en gedragstherapie. De voornaamste zijn:

1. Spiegeloefeningen (McCarthy, 1984): De patiënt kijkt een paar keer per week enige tijd naar zichzelf in de spiegel, zowel aangekleed als naakt. De opdracht is om uitgebreid naar de verschillende lichaamsdelen te kijken en zich bewust te worden van wat hij mooi vindt aan zijn eigen lichaam, om naar zichzelf te knipogen en om hardop iets positiefs te zeggen over zichzelf. Door deze oefening wordt de patiënt vertrouwd met zijn eigen lichaam en vergroot hij zijn waardering voor zijn eigen lichaam.

2. Masturbatioefeningen (Zilbergeld, 1985): verschillende mogelijkheden om te masturberen worden uitgelegd en de opdracht is om enkele keren per week te masturberen zonder klaar te komen, maar te focussen op de sensaties in zijn lichaam met een niet-oordelende houding. Doelen zijn om de druk van het moeten klaarkomen te verminderen en de patiënt te leren zich beter te concentreren op prikkels die zijn opwindingsniveau verhogen.

3. Training in erotisch fantasieren: De man krijgt de instructie om in waaktoestand te fantasieren over personen of seksuele situaties waar hij opgewonden van raakt (Smith & Over, 1990). Deze vorm van 'covert rehearsal' wordt zowel in een zelfstandige oefening als tijdens

lijkt zijn geworden, krijgt de patiënt de opdracht om deze tijdens masturberen en partnerseks toe te passen. Hierdoor leert hij zijn seksuele fantasieën te sturen. Het helpt hem om, net als bij de masturbatie-oefeningen, zijn aandacht tijdens vrijen met zijn partner meer te richten op voor hem lustopwekkende seksuele prikkels.

4. Autonomie versterkende interventies: De patiënt wordt door discussie, rollenspel en huiswerkopdrachten geleerd zich assertiever te gedragen, en om, bijvoorbeeld, soms nee te zeggen tegen seksuele initiatieven van zijn partner. Hij krijgt opdrachten om tijd voor zichzelf te nemen, bijvoorbeeld door op een vrije dag een uitgebreid bad te nemen. Hij wordt gestimuleerd om de tijd nemen om van dingen te genieten zonder verplichtingen. Hij leert zo zich emotioneel sterker, minder afhankelijk te voelen tegenover zijn partner.

In sommige gevallen gaven de therapeuten ook opdrachten als vrijen met het licht aan, naar erotische films kijken, met anderen praten over het probleem, emoties uiten door bijvoorbeeld te schreeuwen en te huilen. In de behandelingen waarbij de partner een grotere rol speelde werden communicatieoefeningen gedaan. Communicatieoefeningen werden gemotiveerd met het argument dat hiermee de kwaliteit van de seksuele relatie te verbeteren was, en daardoor een grotere kans op het kunnen bereiken van een ejaculatie. Ondanks de in veel gevallen geconstateerde relatieproblematiek werd in de meeste gevallen geen expliciete relatietherapie voorgesteld, met name vanwege de



masturbatieoefeningen toegepast. De man leert zo opwindende stimulerende cognities beter vast te houden, en oefent met de hierdoor toegevoegde waarde tijdens masturberen. Met de patiënt wordt, bijvoorbeeld, nagegaan waar hij aan dacht of over fantaseerde op de dag of de avond voor een nachtelijke zaadlozing. Door voor het slapen deze fantasieën in versterkte vorm op te roepen wordt geprobeerd een nachtelijke zaadlozing uit te lokken. Om de zaadlozing goed waar te kunnen nemen draagt de man 's nachts een condoom. In de vele gevallen dat het lukt op deze wijze een nachtelijke zaadlozing te provoceren, wordt de associatie tussen seksuele fantasie en ejaculatie versterkt. De ervaring dat hij dit door eigen inspanning tot stand heeft gebracht, en de tastbaarheid van het bewijs dat hij kan ejaculeren, versterken zijn overtuiging van seksuele competentie. Wanneer de meest voorkomende thema's van de seksuele fantasie duiden

bij de meerderheid van de paren aanwezige relatiesatisfactie. De definitie van het te bewerken probleem en het te realiseren behandelgoal werden hiermee zoveel als mogelijk in handen van de hulpvragers gelaten. In het geval van het homoseksuele paar is een langdurige relatietherapie gedaan. Van veel therapie sessies werd een belangrijk deel besteed aan het bespreken van de morele aspecten van het ejaculatieprobleem en andere aspecten van seksualiteit. Door dit op een accepterende wijze te bespreken werd gewerkt aan het verminderen van religieuze restricties vanuit de opvoeding en de ontkrachten van mythen rond seksualiteit. In enkele gevallen werd het gebruik van een vibrator (Everaert & Oosterlinck, 1997) voorgeschreven. Dit apparaat geeft in sterkte regelbare vibratie en kan tegen de schacht van de penis of tegen de eikel gehouden worden. Het werd in de thuissituatie gebruikt als de ejaculatie ook na langere tijd uitbleef en zorgde voor het eenmalig overschrijden van de reflex

---

*Een aantal  
gevallen van  
primaire en  
secundaire*

## *anejaculatie 21*

drempel. De verwachting hierbij is dat het voelen van de sensaties van een zaadlozing in waaktoestand de behandeling versnelt, zodanig dat ejaculatie ook tijdens masturbatie of coïtus mogelijk wordt. Op geen van beide poliklinieken werden tijdens de behandeling medicijnen voorgeschreven.

### *Fertiliteitsaspecten*

Behandeling bij de fertiliteitspolikliniek werd gestart als het paar ook een kinderwens had. Door de fertiliteitsbehandeling tegelijk met de seksuologische therapie aan te bieden, neemt de druk van de partner op de patiënt bij de meeste paren af. Daardoor kan de patiënt zijn aandacht beter richten op de thema's die in de seksuologische behandeling aan de orde zijn. Om dezelfde redenen werd ook cryopreservatie (het invriezen van sperma) toegepast in het stadium waarin men nachtelijke zaadlo

zingen kon opvangen. Deze interventie verschaft het paar de zekerheid dat er een mogelijkheid is om op een later moment te kiezen voor een vervulling van de kinderwens met behulp van inseminatie of in vitro fertilisatie met eigen sperma.

Inseminatie kan door het paar zelf (Zelf Inseminatie met Eigen `s nachts opgevangen sperma; ZIE) of de arts (Kunstmatige Inseminatie met Eigen sperma; KIE, of Intra Uteriene Inseminatie; IUI) gedaan worden. In geval van (deel)behandeling op de fertiliteitspolikliniek waren de partners altijd bij een of meer gesprekken aanwezig.

### **Resultaten van de behandeling (Tabellen 3 en 4)**

De frequentie van de behandelcontacten was gemiddeld een gesprek per maand. In de meeste behandelingen lag het accent op de man, ook al was

**Tabel 3. Kenmerken van de toegepaste behandelingen bij anejaculatie (N=8).**

---

<i>M</i>	<i>SD</i>	range
13.1	9.7	1-31
5.1	8.5	0-12
5.1	8.9	0-33

---



---

<i>N</i>	Aantal seksuologische behandelcontacten	een meerdere en
10		
5		individueel
	Aantal seksuologische behandelcontacten met partner	relatietherapie
11		
1		
	Aantal ferti- liteits- behandelcontacten	verwijzing na intake drop-out en
2		
1		
8		afgerond
	Aantal hulpverleners	lopend
4		
9	Therapievorm	hoog
6	Stadium van behandeling	laag
2		cognitieve herstructurering
7	Aantal ferti- liteitsbehan- delingen	
6		geleide fantasie
5	<i>Behandelgeve ns van uitbehandelde patiënten (N=8)</i>	relaxatietra- ning
3		
4	Mate van compliance volgens therapeut	vibrator cryopreser- vatie
5		
1		
1	Toegepaste psychologische methodieken	zelfinsemi- natie (ZIE)
		kunstmatig
	<i>Behandelgeve e</i>	

*ns van* inseminati  
*uitbehandelde* e (KIE)  
*patiënten met*  
*kinderwens* intra-  
(*N=7*) uterine  
inseminati  
Toegepaste e (IUI)  
fertiliteitstechni  
eken

---

***22 J.K. de Bruyn,  
J.J.D.M. van Lankveld  
en E.G. Roos***

**Tabel 4. Toegepaste behandelmethoden en resultaten bij mannen met anejaculatie (*N=8*)**

Patiëntnumme  
r

---

8

Toegepaste behandelmethoden	1	2	3	4	5	6	7	0
Zelf Inseminatie met Eigen sperma (ZIE)	0	1	0	0	0	0	1	0
Kunstmatige Inseminatie met Eigen sperma (KIE)	1	1	0	1	1	1	1	0
Intra Uterine Inseminatie (IUI)	1	0	1	1	1	1	1	0
Cryopreservatie	0	0	1	1	1	1	0	1
Cognitieve herstructurering	1	1	1	1	1	0	0	1
Geleide fantasie	0	0	1	1	1	1	0	1
Relaxatietraining	0	1	1	1	1	1	1	1
Behandelresultaten	1	1	1	1	1	0	1	0
masturbatie	1	1	1	1	1	0	0	
ejaculatie								
zwangerschap								

0=nee; 1=ja.

de partner vaak bij meerdere gesprekken aanwezig. Bij het homoseksuele paar werd gekozen voor relatietherapie. Bij drie patiënten is het niet tot een therapie gekomen. Twee van hen werden doorverwezen naar een psychiater, respectievelijk vanwege jeugdtrauma (lichamelijk geweld en pedagogische verwaarlozing) en een onverwerkt oorlogsverleden. Eén patiënt is na het intakegesprek niet voor behandeling teruggekomen.

Alle patiënten kregen huiswerkopdrachten en oefeningen tijdens de psychologische behandeling, waaronder de opdracht om te masturberen. Voor zes patiënten waren dit de eerste

een hulpmiddel nodig om te kunnen ejaculeren, dat ze na verloop van tijd echter achterwege konden laten. Bij een patiënt was de anejaculatie ondanks een 'volledige' behandeling niet opgelost. Deze man kreeg de vibrator mee om thuis te blijven proberen. Tot op heden heeft hij niet gemeld dat hij in waaktoestand in staat is geweest om tot een ejaculatie te komen. Circa een jaar na afloop van de behandeling meldde hij echter, dat zijn vrouw zwanger was geraakt met behulp van ZIE met een zelf opgevangen nachtelijke zaadlozing. Van de mannen die het langst geleden zijn behandeld zijn geen follow-up gegevens verzameld. We kunnen helaas geen gegevens rapporteren over de satisfactie van de behandelde patiënten of hun partners, met betrekking tot de behandelwijze van

ervaringen met masturbatie.

Bij het afsluiten van de behandeling konden zeven van de acht mannen tot ejaculaties komen. Hiermee verviel voor hen de ingangsdiaagnose anejaculatie. Hiervan kon een patiënt dit alleen met gebruikmaking van de vibrator. De zes andere patiënten konden ejaculeren zonder hulpmiddel. Twee van deze zes patiënten hadden in een eerder stadium

hun seksuele klacht, het kunnen ejaculeren dat bij vrijwel alle mannen gerealiseerd was, noch over hun verdere seksuele functioneren na afloop van de behandeling. Deze data waren niet systematisch verzameld en konden retrospectief ook op geen enkele wijze

---

*Een aantal gevallen van  
primaire en secundaire  
anejaculatie 23*

betrouwbaar gereconstrueerd worden.

Gegevens over de toepassing van fertiliteitstechnieken zijn te vinden in tabellen 3 en 4, maar vragen om enige toelichting. Als indicaties voor de toepassing van de verschillende bevruchtingsmethoden zijn gehanteerd: ZIE, wanneer op de dag van de ovulatie vers semen door masturbatie of nachtelijke zaadlozing verkregen kunnen worden; KIE, wanneer alleen ingevroren semen (van ejaculatio nocturnus) beschikbaar is van een redelijke semenkwaliteit; IUI, wanneer alleen ingevroren semen (van ejaculatio nocturnus) beschikbaar is van een slechte of matige semenkwaliteit. Voor vijf patiënten werd tijdens de behandeling de kinderwens vervuld. Bij vier paren trad tijdens of na de behandeling een zwangerschap op door het toepassen van ZIE. Hieruit werden drie kinderen geboren. Bij een paar kwam een zwangerschap tot stand met behulp van IUI. Bij een paar kwam een eerste zwangerschap tot stand met behulp van KIE en een tweede door intravaginale ejaculatie. Een patiënt bleek in een later stadium onvruchtbaar te zijn vanwege azoöspermie. Bij dit paar bleef de kinderwens on vervuld terwijl de homoseksuele patiënt geen kinderwens had. In de fertiliteitsbehandeling werden geen KID noch IVF toegepast. Bij een paar werden zowel ZIE als KIE toegepast.

## Discussie

Het doel van het onderzoek was het beschrijven van een groepje mannen met primaire en secundaire

Ook ondersteunt dit de aanbeveling van Slob en Pisa-Minderman (1982) om zeker bij jonge mannen niet te snel te denken aan medische ingrepen.

De meeste patiënten hadden een zekere mate van angst voor controleverlies. Er kwamen hiernaast ook andere angsten voor. Een hypothese zou kunnen zijn dat er een overeenkomst is tussen het verschijnsel van volledige anejaculatie en angstklachten met betrekking tot de aandachtsallocatie. In beide stoornissen speelt overmatige, op het eigen functioneren c.q. het eigen slagen of falen gerichte aandacht ('zelf-focus') een belangrijke rol. De man let dan op de lichaamssensaties die het orgasme zouden kunnen aankondigen, en vergelijkt dit met zijn herinneringen aan eerdere lichaamssensaties tijdens seksuele ervaringen. Dit sterke zelfbewustzijn kan een remmend effect op het klaarkomen hebben. Alhoewel het kunnen bereiken van een orgasme afhankelijk is van een zekere mate van gericht zijn op de eigen opwinding (Everaerd e.a., 1977), is het echter denkbaar dat negatieve zelfevaluaties ('zie je wel, ik haal het toch weer niet') tijdens deze op zichzelf gerichte aandacht de opwinding afremmen.

Wat betreft de kenmerken van de relatie lijkt tussen patiënt en partner vaak sprake te zijn van slechte communicatie in het algemeen en over seks in het bijzonder. Ook zijn er aanwijzingen dat in veel gevallen sprake is van dominantie van de partner binnen de relatie. Daarmee correspondeert een submissieve opstelling van de man of een strijd om de regelgeving in een complementaire relatie. Het

anejaculatie. Uit de retrospectieve gegevens van de vijftien mannen met dit probleem, kunnen wellicht enkele hypothesen gedestilleerd worden omtrent de psychologische determinanten van de stoornis, die de moeite waard lijken om in de toekomst te onderzoeken.

Uit de seksuele ontwikkelingsgeschiedenissen van deze mannen kwam naar voren dat het merendeel een negatieve opvatting had over masturbatie, zowel in hun vroege seksuele ontwikkelingsfase als binnen de context van hun huidige relatie. Deze bevindingen komen overeen met die van Geboes e.a. (1975) die het etiologisch belang benadrukken van gebrek aan goede seksuele voorlichting bij deze klacht. Het gegeven dat negen van de vijftien patiënten nooit gemasturbeerd hadden voor ze seksueel contact met een partner kregen, geeft steun aan het 'gebrek-aan-solo-ervaring'-model met zijn sterke accent op solomasturbatie oefeningen zoals dat ten grondslag ligt aan de behandeling van vrouwen met pre-orgasmie (LoPiccolo & Lobitz, 1972).

merendeel van deze patiënten rapporteerde een grote ervaren druk van de partner om het probleem op te lossen. De relationele spanningen die dit met zich mee brengt en de al dan niet voor de man zelf bewust toegankelijke gevoelens van irritatie of boosheid gericht op zijn partner kunnen eveneens een opwindend remmend effect hebben (Beck, & Bozman, 1995). Deze bevindingen stemmen ook overeen met die van Frank e.a. (1976) die vonden dat een vijfde van de mannen die zich voor relatietherapie aanmeldde, desgevraagd geremd orgasme rapporteerden.

Een ander doel van de studie was het beschrijven van de behandelresultaten van een gecombineerde psychologische behandeling en kunstmatige inseminatietechnieken bij anejaculatie. Deze behandeling is in de hier beschreven groep redelijk succesvol geweest. Aan het einde van de combinatiebehandeling kunnen zeven van de acht patiënten in waaktoestand ejaculaties opwekken, waarvan zes zonder gebruik te maken van hulpmiddelen.

---

**24 J.K. de Bruyn,  
J.J.D.M. van Lankveld  
en E.G. Roos**



Methodologische kanttekeningen

Wat betreft de beschrijving van de kenmerken van anejaculatiepatiënten werd dit onderzoek beperkt door het ontbreken van een controlegroep die niet behandeld werd of bijvoorbeeld uitsluitend een medische behandeling ondergingen. Bovendien betreft het een relatief klein aantal personen. De validiteit en betrouwbaarheid van de in dit onderzoek toegepaste dataverzamelingswijze is niet vast te stellen, onder meer door het retrospectieve karakter van de studie. Met name is er een aanzienlijk risico van bias ten aanzien van de oudere data die, gedeeltelijk, slechts door een beroep te doen op de herinneringen van de behandelaars gecompleteerd konden worden.

## Summary

***Men with primary and secondary anejaculation: A retrospective record analysis and a suggestion for a multidisciplinary approach of treatment.***

**This article describes assessment and treatment data of fifteen men suffering from generalised anejaculation, either**

Lagos, L.P. Theorsell en J.D. Schulman (1998). Percutaneous testicular sperm aspiration: a convenient and effective office procedure to retrieve sperm for in vitro fertilization with intracytoplasmic sperm injection. *Journal of Urology*, 160:2058-2062.

Bemelmans, B.L.H. en E.J.H. Meuleman (1997). Infertiliteit bij ejaculatiestoornissen en anorgasmie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141: 1141-1144.

Brackett, N.L., O.F. Padron en C.M. Lynne (1997). Semen quality of spinal cord injured men is better when obtained by vibratory stimulation versus electrostimulation. *Journal of Urology*, 157: 151-157.

Brindley, G.S. en P. Gillan (1982). Men and women who do not have orgasms. *British Journal of Psychiatry*, 140: 351-356.

Catalan, J. (1993). Primary male anorgasmia and its treatment: three case reports. *Sexual and Marital Therapy*, 8:283-285.

Campden-Main, B. en M.L. Sara (1985). Retarded ejaculation. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 19: 21-29.

Chung, P.H. B.S. Verkauf, R.D. Eichberg, L. Casady, E.J. Sanford en G.B. Maroulis (1996). Electroejaculation and assisted reproductive techniques for anejaculatory infertility. *Obstetrics and Gynecology*, 87: 22-26.

Dekker, J. (1993). Inhibited Male Orgasm. In: O'Donohue, W. en Geer, J. (Red.). *Handbook of Sexual Dysfunctions*. Allyn en Bacon, Boston.

Dow, M.G. (1981). Retarded ejaculation as a function of nonaversive conditioning and discrimination: a hypothesis. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 7: 19-53.

Everaerd, W., A.X. van Naerssen en P.T. Cohen-Kettenis (1977). *Anders denken over seksualiteit*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

**of the lifelong or acquired type. These patients were seen between 1984 and 1996 at the outpatient clinics for sexology and infertility of the Leiden University Medical Centre. Ages at referral varied between 19 and 67 years. Investigation of the biographical, psychological and relationship characteristics collected through retrospective inspection of patient records revealed some remarkable findings. Negative attitudes towards masturbation were abundant, while direct experience with masturbation was lacking in many cases. Anxiety symptoms were observed in many of these patients, e.g. fear of loss of control. The therapists despite the contrary**

Everaert, K. en W. Oosterlinck (1997). Diagnosis and treatment of psychosocial induced anejaculation or anorgasm by vibratory stimulation. *Acta Urologica Belgica*, 65: 59-61.

Frank, E., C. Anderson en D.J. Kupfer (1976). Profiles of couples seeking sex therapy and marital therapy. *American Journal of Psychiatry*, 133: 559-562.

Geboes, K., O Steeno en P. De Moor (1975). Primary anejaculation: diagnosis and therapy. *Fertility and Sterility*, 26: 1018-1020.

Hovav, Y., Y. Shotland, H. Yaffe en M. Almagor (1996). Electro-ejaculation and assisted fertility in men with psychogenic anejaculation. *Fertility and Sterility*, 66: 620-623.

Kinsey, A.C., W.B. Pomeroy en C.E. Martin (1948). *Sexual behavior in the human male*. Saunders, Philadelphia.

Libman, E., W. Brender, R. Burstein en S. Hodgins (1984). Ejaculatory incompetence: A theoretical formulation and case illustration. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15: 127-131.

Lopiccolo, J. en W.C. Lobitz (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2: 163-171.

Masters, W.H. en V.E. Johnson (1970). *Human sexual inadequacy*. Little Brown, Boston.

McCarthy, B.W. (1984). Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 10: 97-104.

Munjack, D.J. en P.H. Kanno (1979). Retarded ejaculation: a review. *Archives of Sexual Behavior*, 8: 139-150.

Munjack, D.J., P.H. Kanno en L.J. Oziel (1978). Ejaculatory disorders: some psychometric data. *Psychological Reports*, 43: 783-787.

Ovesey, L. en H. Meyers (1968). Retarded ejaculation. *American Journal*

**finding that most partners were satisfied with their relationships observed relationship difficulties and problematic partner communication. A multidisciplinary approach of treatment is described, in which assisted reproduction methods are combined with elements from sex therapy, cognitive therapy and behaviour therapy. Of eight patients who terminated treatment within the studied period, seven were able to reach ejaculation in waking condition using various forms of sexual stimulation. Of seven of these patients and their female partner, who wanted to become pregnant, five attained that goal during or immediately after treatment. The**

*of Psychotherapy, 22: 185-201.*

Pettitt, G.A. (1982). Retarded ejaculation: adjunctive treatment by hypnotically induced dreams in the context of sex therapy. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 10: 89-98.*

# **implications for the aetiology of generalised anejaculation are discussed.**

## **Literatuur**

**American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). APA, Washington DC.**

**Apfelbaum, B. Retarded Ejaculation: A much misunderstood syndrome. In: Leiblum, S.R. & Rosen, R.C. (Ed.). (1989). *Principles and Practice of Sex Therapy* (2nd. ed.) The Guilford press: New York, London.**

**Araoz, D. L. (1982). *Hypnosis and Sex Therapy*. Brunner/Mazel, New York.**

**Beck, J.G. en A.W.Bozman (1995). Gender differences in sexual desire: The effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior*, 24: 595-612.**

---

***Een aantal gevallen van  
primaire en secundaire  
anejaculatie 25***

- Pryde, N. en B. Woods (1980). A case of absolute ejaculatory incompetence treated without extravaginal ejaculation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11: 219-222.
- Rozani, J. (1972). Ejaculatory incompetence treated by deconditioning anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3: 65-67.
- Shull, G.R. en D.H. Sprenkle (1980). Retarded ejaclation: reconceptualization and implication for treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 6: 234-246.
- Slob, A.K. en J. Pisa-Minderman (1982). Niet kunnen klaarkomen: een rondgang door de geneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 126: 1484-1487.
- Slob, A.K. (1983). Primair onvermogen tot ejaculatie en orgasme bij masturbatie: niet altijd een moeilijk probleem. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 7: 170-172.
- Smith, D. en R. Over (1990). Enhancement of fantasy-induced sexual arousal in men through training in sexual imagery. *Archives of Sexual Behaviour* 19: 477-489.
- Spector, I.P. en M.P. Carey (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior*, 19: 389-408.
- Stewart, D.E. en D.A. Ohl (1989). Idiopathic anejaculation treated by electro-ejaculation. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 19: 263-268.
- Vandereycken, W. (1983). Van geremde zaadlozing tot onvermogen om klaar te komen: een overzicht van ejaculatiestoornissen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 7: 31-37.
- Vroege, J.A. (1997). *LOPS-registratie 1996*. Intern rapport Landelijk Overleg van Polikliniek Seksuologie in Academische Ziekenhuizen (LOPS)/Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO), Utrecht.
- Vroege, J.A. (1998). *LOPS-registratie 1997*. Landelijk Overleg van Polikliniek Seksuologie (LOPS)/Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO), Utrecht.
- Vroege, J.A. (1999). *LOPS-registratie 1998*. Landelijk Overleg van Polikliniek Seksuologie (LOPS)/Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO), Utrecht.
- Wilensky, M. en M.F. Myers (1987). Retarded ejaculation in homosexual patients: A report of nine cases. *Journal of Sex Research*, 13: 85-91.
- Williams, W. (1985). Anaesthetic ejaculation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11: 19-29.
- Zgourides, G.D. en R. Warren (1989). Retarded ejaculation: overview and treatment implications. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 2: 139-150.
- Zilbergeld, B. (1978). *Male sexuality*. Little Brown, Boston.