

GAST-REDACTIONEEL:

SEKSUOLOGISCHE HULP DOOR DE DOKTER ANNO 2002¹

Koos Slob²

Stilstaan bij dit onderwerp is mijns inziens hard nodig. De introductie van sildenafil (Viagra™) in 1998 en apomorfine (Uprima™) in 2001 heeft eens te meer de dokter geconfronteerd met de seksuele problematiek van zijn/haar patiënten.

Een vooraanstaand Amerikaans uroloog stelt het simpel: eerstelijns therapie voor mannen met erectiele disfunctie is het voorschrijven van sildenafil, en dan krijg je "Viagra successes and viagra failures" (Broderick, 1999). Ook hier in Nederland heb ik zulke geluiden gehoord, niks geen onderzoek, niks geen anamnese, schrijf nu maar een receptje sildenafil uit en het komt wel goed. Ik ben er van overtuigd dat een aantal dokters zo werkt, en ik ben er ook zeker van dat een aantal van hen inmiddels heeft ervaren dat een patiënt(e) met een seksueel probleem vaak niet simpelweg met een receptje is te helpen.... Wat dan? De arts heeft het al zo druk, en die patiënt wil er helemaal niet over praten, die wil gewoon dat het probleem opgelost wordt

Mijn uitgangspunt is: helpen bij seksuele moeilijkheden is een uitdaging, is lang niet altijd moeilijk, is soms verrassend eenvoudig, is soms frustrerend, maar regelmatig ook dankbaar werk.

Een seksuele disfunctie is niet per definitie een seksueel probleem

De laatste jaren kregen we regelmatig informatie over het vóórkomen van seksuele disfuncties in de bevolking, met name ook van de ouder wordende groep. Liefst werd dat dan in miljoenen mannen en vrouwen wereldwijd uitgedrukt. Een groot probleem, maar gelukkig was er nu een probaat middel op de markt gekomen....

Recent zijn er in dit verband twee uiterst relevante Nederlandse studies verschenen: het Boxmeer-onderzoek (Meuleman, Donkers, Robertson et al, 2001) en het Krimpen-onderzoek (Blanker, Bohnen, Groeneveld et al, 2001). Er bleek een duidelijke toename in de prevalentie van erectiestoornis bij het ouder worden, doch er was tevens een heel duidelijke afname in de mate waarin de mannen dit als probleem ervaren! Dat is goed om je te realiseren, want in de praktijk betekent dat dat een patiënt met een erectiestoornis niet automatisch ook een probleem heeft. Een nog genuanceerder beeld komt tevoorschijn uit het nog lopende onderzoek van De Boer, et al. (2001).

Voor vrouwen ontbreken dergelijke cijfers, doch het is mijns inziens redelijk er van uit te gaan dat voor hen hetzelfde geldt als voor de mannen: met toenemende leeftijd toename van seksuele disfuncties doch een afname van dat als een probleem ervaren! Dit is

een belangrijk gegeven en dient de arts als waarschuwing: praat mensen met een seksuele disfunctie geen seksueel probleem aan.

Overigens verwijs ik graag naar Hengeveld en Giannotten (2001), een uitermate informatief en up to date artikel voor de seksuoloog en elke medicus practicus. Het geeft praktische handvatten over hoe te handelen bij een patiënt met ED.

Seksuele problemen hebben altijd een belangrijke psychorelationele component

Artsen zijn opgeleid met het adagium 'is het psycho-geen of somatogeen?'. In de praktijk betekende dat soms veel somatisch onderzoek en als er niets gevonden werd kreeg de patiënt de boodschap 'het zal wel psychisch zijn'. En vervolgens werd de patiënt verwezen naar psycholoog, seksuoloog of psychiater. Overigens, Drenth (1992) heeft er vele jaren geleden al op gehamerd dat de diagnose psychisch niet per exclusionum gesteld mag worden.

Momenteel gaan we er van uit dat bij seksuele disfuncties psychische factoren altijd meespelen, in meer of mindere mate (Slob, Vink, Moors en Everaerd, 1998; Moors & Slob, 2000). Natuurlijk is het belangrijk de etiologie te kennen, doch voor de therapie niet altijd noodzakelijk. Ook bij een volledige psychogene etiologie van de seksuele disfunctie (bijvoorbeeld angst;

¹ Deze bijdrage is een bewerking van de voordracht "Seksuologie voor de huisarts anno 2001", gehouden 1 november 2001 tijdens een nascholing voor huisartsen, EMCO, Erasmus MC, Rotterdam. Geaccepteerd voor publicatie: 12 december 2001.

² Em. Prof. Dr. A.K. Slob, medisch fysioloog/seksuoloog nvvs. Afd. Endocrinologie & Voortplanting, Erasmus MC, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

viciuze cirkel) kan een somatische behandeling uitkomst bieden, en andersom: bij een somatogene seksuele disfunctie (bijvoorbeeld door ouderdom, medicatie of ziekte) kan psychologische behandeling uiterst effectief zijn (Slob, 1992).

Klachtverheldering en seksuele mini-anamnese zijn essentieel

Hoe verleidelijk misschien ook in een drukke praktijk, het direct grijpen naar het receptenpapier om iets voor te schrijven bij een seksuele klacht blijft mijns inziens een absolute kunstfout. Wat er ook allemaal aan mogelijkheden is gekomen, pillen, zalven, injecties en noem maar op, diagnostiek en probleemverheldering blijven noodzakelijk bij seksuele problemen om er achter te komen wat er precies aan de hand is en welke hulp daarvoor gewenst wordt (Slob et al, 1998; Moors, Lottman & Slob, 1997). Dit betekent dat de huisarts of specialist bereid en kundig dient te zijn om effectief over seksualiteit met haar/zijn patiënt(e) te praten, zodat een optimaal advies gegeven kan worden over de te volgen therapeutische strategie.

Helpen bij seksuele moeilijkheden: een beroep doen op de autonomie van de patiënt(e)

Het is een bekend verschijnsel: de patiënt(e) die komt met een (seksuele) klacht, het probleem op het bord van de dokter legt en de oplossing van hem of haar verwacht. Juist bij seksuele problematiek is het mijns inziens belangrijk de patiënt(e) aan te spreken op zijn/haar autonomie. De (huis)arts kan hulp bieden, advies geven, suggesties doen, zodat de patiënt zelf oplossingen kan vinden voor zijn of haar problemen (Slob & Vink, 1995). Dat betekent dat, eventueel naast een tijdelijke somatische aanpak (bijvoorbeeld orale of intracaverneuze medicatie), bijvoorbeeld literatuur aangeraden kan worden (we spreken tegenwoordig van 'bibliotherapie') of therapeutische video's (uitvoerig overzicht in Slob en Vink, 1995). Ikzelf heb in de laatste jaren goede ervaring opgedaan met ons eigen boekje (Slob & Vink, 1998) en het boek van Van Lankveld (1993), maar ook met therapeutische video's (Liekens & Drenth, 1990).

Een somatische aanpak met enige seksuologische begeleiding is prima geschikt voor de geïnteresseerde dokter

Bij veel seksuele problematiek hebben we te maken met patiënten die terecht gekomen zijn in een viciuze cirkel van 'proberen, mislukken, teleurstelling, opnieuw proberen etc'. Zij zijn alle vertrouwen in een goede

afloop kwijt. Een positieve, stimulerende houding en belangstelling van de dokter is m.i. belangrijk. Wanneer na klachtverheldering en anamnese een therapeutisch voorstel wordt gedaan, bijvoorbeeld een oestrogeencrème bij vaginale atrofie van een vrouw in de postmenopauze, of sildenafil bij een gezonde oudere man met erectiezwakte, is het goed enige tijd de patiënt(e) te volgen en te begeleiden. Dat is prettig voor de patiënt, maar ook nuttig voor de arts. Immers, zo leert hij/zij waar het wel of juist niet werkte, en kan er eventueel bijgestuurd worden.

Verwijzen: wanneer en waarom?

Na één of twee gesprekken zal meestal blijken of er al dan niet een ernstige psychische of lichamelijke problematiek bestaat. Dat wil zeggen problemen en disfuncties die niet met goede raad, eenvoudige adviezen of somatische therapie en zelfhulpprogramma's zijn op te lossen. In dat geval is het goed te kunnen verwijzen naar een ervaren seksuoloog(e). Voor de geïnteresseerde huisarts en specialist bestaat ook de èn-èn optie: patiënt(e) is in behandeling zowel bij een psycholoog(e) of seksuoloog(e) als bij de arts. Zeker wanneer er medicatie wordt gebruikt kan het zinnig en bijzonder leerzaam zijn als de patiënt(e) regelmatig contact heeft met zijn of haar arts.

Literatuur

- Blanker, M.H., Bohnen, A.M., Groeneveld, F.P.M.J., Bernsen, R.M.D., Prins, A., Thomas, S., & Bosch, J.L.H.R. (2001). Erectiestoornissen bij mannen van 50 jaar en ouder: prevalentie, risicofactoren en ervaren hinder. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 1404-1409.
- Boer, B.J. de, Lycklama à Nijeholt, A.A.B., Moors, J.P.C., Pieters, H.M., & Verheij, Th.J.M. (2001). Willen mannen met ED behandeld worden, door wie en hoe? Resultaten van de ENIGMA-studie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 25, 217.
- Broderick, G.A. (1999). Changing practice patterns in erectile dysfunction: A diagnostic algorithm for the new millennium. *Advances in Renal Replacement Therapy*, 6, 314-326.
- Drenth, J.J. (1992). Seksuele problemen en stoornissen bij mannen. In: Slob, A.K., Vink, C.W., Moors, J.P.C., & Everaerd, W. (red). *Seksuologie voor de arts*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hengeveld, M.W., & Gianotten, W.L. (2001). Erectiestoornissen: de actuele situatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 1381-1384.
- Lankveld, J. van (1993). *Zelf je seksuele relatie verbeteren*. Cothen: Servire. Momenteel verkrijgbaar via de polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie van het LUMC, tel. 071-5268032.
- Liekens, G., & Drenth, J.J. (1990). *Seks je lust en je leven*. Zelfhulpvideo's. Universal Pictures, Hobbemastraat 20, 1071 ZC Amsterdam. (020-5711054).
- Meuleman, E.J.H., Donkers, L.H.C., Robertson, C., Keech, M., Boyle, P., & Kiemeny, L.A.L.M. (2001). Erectiestoornis: prevalentie en invloed op de kwaliteit van leven; het Boxmeer-onderzoek. *Ne-*

- derlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 576-581.
- Moors, J., & Slob, K. (2000). De man en zijn partner achter een of andere vorm van erectiestoornis. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 24, 203-214.
- Moors, J.P.C., Lottman, P.E.M., & Slob, A.K. (1997). Diagnostiek en effectiviteit van behandeling bij erectiestoornissen: een literatuur-overzicht. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 21, 215-235.
- Slob, A.K., Vink, C.W., Moors, J.P.C., & Everaerd, W. (red.) (1998). *Leerboek Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Slob, A.K. (1992). De potentie van psychofysiologisch onderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 16, 84-98.
- Slob, A.K., & Vink, C.W. (1995). Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden. Enkele tips voor de dagelijkse praktijk. *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 12, 209-216.
- Slob, K., & Vink, I. (1998). *Mannen, vrouwen en vrijen*. Rijswijk: Elmar.

English summary

Guest editorial: Sexological help by the doctor Anno Domini 2002

The introduction of new drugs for treating erectile dysfunction (ED) has confronted the doctor with the sexual problems of his/her patients. Broderick (1999) has stated that first line therapy for ED is a prescription of sildenafil. This will lead to "Viagra successes and Viagra failures". I believe this is not the proper approach. Regardless of the availability of effective drugs, the treatment of a patient should always begin with a history taking to get a clear picture of socio-bio-psychological background of the patient and his/her sexual dysfunction (SD). Doctors are nowadays better trained in talking about sexual matters, but many of them are still reluctant to do so. They rather fill out a prescription

A few points I would like to discuss. 1. *A sexual dysfunction is not necessarily a sexual problem*. Recent research in The Netherlands has revealed an increase in ED-prevalence with increasing age, but a decrease in being bothered by this! Although such data are lacking for women, one could presume a similar phenomenon. Doctors should be aware of iatrogenic sexual problems. 2. *Sexual problems always have a significant psycho-relational component*. In the past the distinction 'psychogenic' versus 'somatogenic' was thought to be essential for subsequent therapy. Although still important, the treatment of SD has become more flexible: somatic and/or psychological. 3. *Sexual mini-anamnesis is still essential*. As stated above, the first step with a SD-patient should always be a proper history taking to get a clear picture of the sex-problem. 4. *Sexological help: call on patient's autonomy*. Patients may have the inclination to present their problem and expect the doctor to solve it. Especially in sexual matters I believe the doctor should always stimulate and call on the patient's autonomy. This can be done by suggesting sexual counseling, or reading, or watching therapeutic video's etc, while concomitantly (and temporary) offering a somatic therapy (e.g. oral or intracavernous medication, or estrogen treatment). 5. *A somatic approach accompanied with sexological counseling: ideal for the interested doctor*. The doctor's escort of the SD-patient with a positive, sympathetic attitude might be very relevant in the treatment. It might also be very informative for the doctor, i.e. he/she could learn quite a bit from the patient. 6. *Referral: when and why?* One or two consultations usually reveal existing serious somatic and/or psychological issues, i.e. the SD cannot be treated by advice, simple behavioral suggestions and somatic therapy. Then referral to a sex therapist is essential. Sometimes the doctor and the sex therapist may collaborate, which is educational for both.

Uprima productinformatie