

# De man in 40 jaar Tijdschrift voor Seksuologie

Jelto Drenth, Groningen

## Samenvatting

Wie terugblijkt op 40 jaar Nederlandse seksuologie, met het focus expliciet op de man, vindt een enorme diversiteit aan invalshoeken. Binnen dat mannenfocus wordt in dit artikel breed geput uit de verschillende onderzoeks- en praktijkpublicaties, vooral uit het Tijdschrift voor Seksuologie. Dat houdt in dat over veel onderwerpen de hoofdlijnen geschetst worden, waardoor het mogelijk wordt om het verloop in tijd van de professie te volgen. Vooral rond erectiestoornissen zijn theorie én praktijk uiterst beweeglijk geweest; daarom wordt aan dit probleem apart aandacht besteed.

## Sociaal-seksuologisch onderzoek: het NISSO

Bij het thema 'Mannen en Seks' kan men niet heen om de persoon van Paul Vennix, die langdurig het onderwerp sekserolsocialisatie bijhield. In 1984 schreef hij 'Daarboven is het koud', over het isolement van de man (Vennix, 1984). Uit de samenvatting:

*Door de stringente sekserolsocialisatie zijn de meeste mensen geïsoleerd geraakt van de andere sekse, waardoor de seksuele motivatie zich vooral richt op de andere sekse. Door een collectieve minachting voor vrouwen zijn mannen echter niet geneigd tot werkelijk contact met vrouwen en hun wereld. Door het geïsoleerd blijven in het 'mannelijke' blijft de hunkering naar het 'vrouwelijke' en wordt de vrouw voor de man een seksuele obsessie. Vanuit de heteronorm worden mannelijke homoseksuelen als 'vrouwelijk' gestigmatiseerd. De sterke homofobie onder mannen is hier een rechtstreeks gevolg van.*

In lezingen gebruikte Vennix altijd de door hem gemunte term *jurkangst*.

Vennix werkte als sociaalpsycholoog bij het Nederlands Instituut voor Sociaal-Seksuologisch Onderzoek (NISSO), waar hij voortborduurde op het werk van Jos Frenken, de eerste niet-medicus die een hoogleraarszetel in de seksuologie zou gaan bekleden. Frenken ontwikkelde de Seksualiteits Belevings Schalen (SBS), een vragenlijst voor heteromannen en vrouwen, uitvoerig beschreven in een proefschrift met de omineuze titel *Afkeer van Seksualiteit*. Vennix' werk mondde uit in de nog omvangrijker Intiem Lichamelijk Kontakt Schalenlijst (ILKS); de titel maakt duidelijk dat Vennix zijn vragen niet beperkte tot het eng-seksuele heterorepertoire. Deze vragenlijsten waren zorgvuldig gevalideerd en werden ook door klinici doorgaans gunstig beoor-

deeld. Beide werden door uitgever 'in de markt gezet' voor gebruik in de hulpverleningspraktijk (voor- en nametingen), waarvoor het NISSO het statistische werk kon uitvoeren. Maar er zijn, voor zover mij bekend, niet veel publicaties voortgekomen uit al deze inspanningen.

Vennix belichtte in zijn resultaten vooral de manenkant, waarover ook NISSO-coryfee Gerda de Bruijn publiceerde. Bij het grote publiek werd zij bekend door *Vrijen met een man, kan dat dan?* (vanaf 1985 10 drukken!), maar al in 1984 verscheen haar *Mannen in Beweging*. Vennix voltooide tien jaar later een nieuw onderzoek en omdat een groot deel van de vragen ongewijzigd waren, was een beschouwing over verloop in tijd mogelijk, gepubliceerd onder de titel *De val van de man* (Vennix, 1993). Ook hiervan de samenvatting:

*Het manbeeld dat de laatste decennia op de voorgrond treedt is overwegend negatief gekleurd. Dit heeft geleid tot bepaalde veranderingen in de perceptie van 'mannelijkheid' en 'vrouwelijkheid'. De macho is uit. Vrouwen zoeken nu overwegend een geëmancipeerde man. Nogal wat mannen zijn op zoek naar een nieuwe identiteit die vaak strijdig blijkt met hun seksuele verlangens. Ook bij feministische vrouwen is vaak sprake van discrepanties tussen hun seksuele verlangens en hun identiteit. Seksuele omgangsregels blijken dan ook gemakkelijker te veranderen dan seksuele verlangens.*

Frenken heeft zich in de loop van zijn carrière vooral gefocust op de mannelijke seksuele delinquent, waarvoor buiten de NVVS een Werkgroep Forensische Seksuologie werd geformeerd. Genderproblematiek, vooral travestie, werd steeds sterker Vennix' onderwerp, en over transseksualiteit, Sex Re-assignment Surgery (SRS) en hormonale behandeling bij transseksuelen kwam vanuit de VU (Louis Gooren) en de RUU (Peggy Cohen) een rijke stroom publicaties. Over mannelijke homo-seksualiteit (later vooral geformuleerd als *Mannen die Seks hebben met Mannen (MSM)*) werden vele aspecten

ten belicht, waarbij HIV/Aids het onderwerp vaak sterk kleurde. Ook het onderzoek waarop NISSO-psycholoog Gertjan van Zessen promoveerde, naar mannen en vrouwen die bovengemiddeld veel seksuele partners hadden, was geïnspireerd door de zorg over AIDS, maar Van Zessen vermeed het moralisme waar veel AIDS-onderzoek door gekleurd was. Zijn respondenten waren in te delen in *contactgerichten*, die tegenwoordig als *happy single* te boek staan, en een problematische groep *rustelozen*, die later als *seksverslaafden* in de hulpverlening opdoken (Van Zessen, 1993). Van een door Van Zessen ontworpen behandelmethodiek wordt vooral door mannen gebruik gemaakt; die methode is door een fors aantal seksuologen in hun behandelrepertoire opgenomen.

De heteroman is na 1990 nog maar zelden onderwerp van sociaal-seksuologische research geweest. Wel was er een mannenemancipatiebeweging van de grond gekomen, waarbij een vrij zwaar accent lag op seksuele dominantie en geweld, maar die beweging had nauwelijks wortels in de seksuologie. De woordvoerders van Mannen Tegen Seksueel Geweld (MTSG) hebben niet of nauwelijks in ons Tijdschrift gepubliceerd.

### Combinaties van fundamenteel onderzoek en hulpverlening

Binnen het Utrechtse ICIP (Instituut voor Clinische en Industriële Psychologie), onder inspiratie van Walter Everaerd en Herwig Schacht, werd seksuologie gedurende de jaren zeventig een speerpunt. Enerzijds werd het vak aantrekkelijk voor psychologen omdat Masters & Johnson een optimistische sfeer rond seksuele problematiek creëerden, anderzijds sloot men aan bij een internationale tendens naar fundamenteel psychofysiologisch onderzoek. Joost Dekker promoveerde bij Everaerd op *Voluntary Control of Sexual Arousal*: een laboratoriumonderzoek naar de determinanten van de genitale respons, gemeten met de plethysmograaf (Dekker, 1989). De reactie op visuele erotische stimulatie, of op zelf opgeroepen seksuele fantasieën, werd gemanipuleerd door verschillende cognitieve interventies. De meest tot de verbeelding sprekende uitkomst was, dat als men mannen vroeg om bij het erotisch fantaseren niet alleen aandacht te richten op de visuele voorstelling, maar ook op wat je daarbij voelt, de genitale respons significant sterker was. Een bruikbaar resultaat: in sekstherapieën kan men bij de huiswerkopdrachten expliciet instructie geven over inleving in het gevoel (dus zowel de emotie als de genitale opwindings). Everaerds fundamentele onderzoek werd voortgezet door vooral Erick Janssen, de huidige Leuvense hoogleraar seksuologie, en centreerde zich rond centrale stimulatie en inhibitie, uitmondend in een *dual control model* van genitale respons (Janssen, 1995). De afstand tussen dit onderzoek en de klinische praktijk is nogal groot gebleven. Dat laatste geldt ook voor het werk aan cognitieve inhibitie (bewust of onbe-

wust/automatisch) waarover Jacques van Lankveld zijn inaugurele rede hield (Van Lankveld, 2012). Het lijkt mij onwaarschijnlijk dat *responsinhibitietraining*, inmiddels niet onbekend in de orthopedagogiek en in de verslavingszorg, ook in de seksuologie wortel gaat schieten.

Joost Dekker had sinds 1978 tevens, met vijf andere studenten, een groepstherapeutische aanpak van seksproblemen bij mannen ontwikkeld (Staffeleu, 1985). Er werd gewerkt met elementen uit de sekstherapie (*sensate focus*, masturbatietraining), Rationeel Emotieve Therapie (RET) en sociale vaardigheidstraining, en er is onderzocht welke van deze elementen het effectiefst waren in het doen verdwijnen van de problemen. Deelnemers hadden een gevarieerd scala aan seksproblemen, en in de groepen participeerden homo-, hetero- en biseksuelen. Vooral dit laatste lijkt mij een unicum in de geschiedenis van de seksuologie. Mannengroepen werden ook aangeboden door een aantal psychosociale teams van de Rutgers Stichting, en Woet Gianotten publiceerde er zelfs eerder over dan de ICIP-grondleggers (1981). Gianotten dient in dit artikel zeker genoemd te worden omdat hij over allerlei problemen juist het mannenstandpunt verhelderde, en daarbij vaak de eerste was. Hij was in 1985 mede-initiator van het congres Mannen Geweld Seksualiteit, waarin de rol van de man in grensoverschrijdende heteroseks in een feministisch perspectief geplaatst werd. Aandacht voor de partners van vrouwen met de diagnose vaginisme was nieuw (1989); de man als slachtoffer van seksueel geweld evenzo (1992) en ook over het, later veel frequenter behandelde, onderwerp laag libido/seksvermijding bij mannen was hij een vroege signaleerder (1995).

Anejaculatie staat bekend als een zeldzaam en moeilijk behandelbaar probleem, maar ik behandel het hier omdat er in ons taalgebied een aantal opmerkelijke publicaties over verschenen zijn. Walter Vandereycken gaf een uiterst grondig overzicht van de variatie in ejaculatie- en orgasmestoornissen; dat was ook voor de niet-medici onder de seksuologen een nuttige confrontatie met de complexiteit van de laatste fase van de seksuele responscyclus (Vandereycken, 1983). Steeno rapporteerde ervaringen met het probleem in een fertiliteitskliniek, en alleen al het aantal casussen was spectaculair: 115, waarvan 80 primair en 35 secundair, 88 psychogeen en 27 met een organische oorzaak (Steen, 1978). Dertig jaar later verscheen een verslag van De Bruyn over 15 mannen, waarbij eveneens zwangerschapswens het motief was voor het aanpakken van het probleem, en waarbij in de behandeling ook krachtig gefocust werd op dat doel (De Bruyn, Van Lankveld, & Roos, 2000). Koos Slob, de tweede hoofdredacteur van ons Tijdschrift, schreef samen met een psychologe een gevalsbeschrijving over een 19-jarige jongen, die na één gesprek thuis met de gegeven informatie vlot over zijn geremdheid heengestapt was. Die jongen was al op zijn 16<sup>de</sup> naar de huisarts gegaan, was naar een internist verwezen die, na een hele batterij laboratorium-

tests, hem doorgestuurd had naar de uroloog, die hem voor allerlei invasieve onderzoeken (een testisbiopsie!) 10 dagen opnam en geen afwijkingen vond. Een jaar later meldde hij zich opnieuw en toen onderzocht een endocrinoloog zijn hormoonstatus en maakte röntgenfoto's van zijn sella turcica (een röntgenonderzoek, gericht op tumoren van de hypofyse), en van zijn hand, om de botrijping te beoordelen (Slob, 1982). Voorwaar een krachtig *schoenmaker blijf bij je leest*-appèl naar de medisch-specialistische wereld!

Er zijn twee uitgesproken psychosomatische terreinen waarop Nederlandse seksuologen zich gemanifesteerd hebben. Zelf heb ik met enige regelmaat aandacht gevraagd voor de nauwe voorhuid zonder somatische pathologie, als teken van seksuele beklemming, en de onwenselijkheid van chirurgische ingrepen bij dit angstprobleem (Drenth, 1998). Recenter is er ook aandacht voor psychogene pijnklachten die vaak abusievelijk gediagnostiseerd werden als "chronische prostatitis", en die in ieder geval sterk samen hangen met een onbewuste verhoogde bekkenbodemonus (Van Lunsen & Ramakers, 2002). Voor de diagnostiek van dit probleem ontwikkelden van Lunsen en Laan de Amsterdamse Hyperactieve Bekken Bodem Schaal (AHBBS; Van Lunsen, persoonlijke mededeling 31-10-2015). Ook elders zijn in academische urologieklinieken multidisciplinaire teams opgericht voor deze problematiek, en de groep bekkenfysiotherapeuten rekent het tot haar competentiegebied.

### **De meest exemplarische mannenklacht: erectie-onvermogen. Een kaleidoscoop**

*How these curiosities would be quite forgott,  
did not some idle fellows as I am putt them downe.*

*John Aubrey*

In het eerste jaar van dit Tijdschrift was ook mijn carrière net gestart en met het psychosociale team van het Groningse Rutgershuis maakte ik kennis met de medewerkers van het prestigieuze Instituut voor Medische (kort daarna: Multidisciplinaire) Psychotherapie (IMP). De, vrijwel allen psychoanalytisch geschoolde medewerkers waren zeer geïnteresseerd in de nieuwe, spraakmakende aanpak van Masters & Johnson, en welke problemen daarmee aangepakt konden worden. Toen wij echter meldden dat wij ook impotentie met sekstherapie behandelden, waren onze gespreksgenoten ernstig verontrust. Impotentie impliceerde castratieangst, en dus was grondige dieptepsychologische scholing een *conditio sine qua non*. Wij sputterden tegen, maar ik moet bekennen dat we verzwegen dat ook Masters & Johnson zelf impotentie als hun rampgebied beschouwden, met een voor hun doen ongewoon hoog percentage mislukkingen.

In 1977 was de Utrechtse hoogleraar Medische Seksuologie Herman Musaph dagvoorzitter van een huisartsennascholing *Potentiestoornissen bij de man*, en volgens het verslag daarvan stelde hij in de inleiding: *Wij weten allen dat in de praktijk zeker 95% van de geval-*

*len van erectiezwakte bij de man wordt veroorzaakt door psychische, onbewuste krachten van emotionele aard.* Musaphs seksuologie droeg een medische signatuur, en hij was diepgaand psychoanalytisch geïntereerd. Dat waren sowieso alle vroege Nederlandse seksuologen, maar inmiddels zijn analytici uiterst schaars in de NVVS. Toen in 1992 het Psychoanalytisch Genootschap een symposium organiseerde over mannelijke seksualiteit, was maar een van de sprekers tevens NVVS-seksuoloog, en onder het publiek zag ik ook nauwelijks NVVS-leden (Drenth, 1992). De teams van de Rutgers Stichting waren multidisciplinair samengesteld, in navolging van Masters & Johnson. Paren (Masters & Johnson werkten aanvankelijk niet met individuen; wie vrijgezel was werd in contact gebracht met een surrogaatpartner), werden behandeld door een arts en een psycholoog, altijd een man en een vrouw. Wij konden ons zo'n duo-behandeling niet permitteren, maar namen wel de uitvoerige anamnese over, waarin ook systematisch gevraagd werd naar bijkomende klachten die eventueel kunnen wijzen op somatische pathologie. Aanvankelijk werden alle mannen met potentieproblemen ook lichamelijk onderzocht, maar al snel werd die afspraak alleen gemaakt bij anamnestiche aanwijzingen voor somatiek. En als de man het zelf graag wilde, uiteraard. Er waren maar zelden mannen waarvoor wij verwijzing naar een somatisch specialist nodig vonden.

### **Super-specialistische medische ingrepen**

De medisch-specialistische belangstelling voor erectieproblemen werd vanaf de late tachtiger jaren geleidelijk groter. In 1978 vond in New York de eerste *International Conference on Corpus Cavernosum Revascularization* plaats, waar 25 sprekers het podium betraden, de meeste uroloog, met enkele vaatchirurgen en radiologen. De Nederlandse seksuologen (die in New York afwezig waren) kenden tot dan hoogstens het Syndroom van Leriche: trombotische afsluiting van het splitsingspunt (de bifurcatie) van de buikaorta naar de grote slagaderen van de benen (arteriae femorales) gaat vaak gepaard met belemmering van de bloedstroom naar de penis. De diagnostiek ervan was simpel: bij palpatie van de lies en van de penis is het ontbreken van de polsslag te voelen. Bekend was ook dat zowel obstructie als aneurysma van buikaorta en art. femorales (en dus ook het Syndroom van Leriche) vaatchirurgisch te verhelpen waren, en dat daarna ook het erectievermogen zich vaak herstelde. Maar in New York werd vooral gesproken over stroombelemmering in de kleinere vertakkingen naar de penis, en daartoe moest angiografie via een catheter verricht worden, analoog aan de diagnostiek op kransslagadervernauwing bij angina pectoris en (pre-)infarct. Een bewezen vernauwing werd behandeld door het maken van *shunts* van buikwandslagaderen naar de arteria dorsalis penis; ook het maken van omleidingen naar de diepe aderen werd beproefd. Een korte periode hadden de specialisten die

deze operaties aandurfden een hoog prestige, maar dat duurde niet erg lang. Na de millenniumwisseling zijn er nog maar enkele publicaties over verschenen. Over de nog kortere *Aufstieg und Fall* van de diagnose *veneuze lekken* heeft Rene Kropman in dit nummer een artikel geschreven.

De groep neurogene oorzaken, waarvan de dwarslaesie, spina bifida en MS de meest bekende zijn, kreeg vooral in de jaren tachtig nog veel aandacht. Tijdens het oriënterende onderzoek beoordeelt de arts de sensibiliteit en enkele reflexen (cremaster, bulbocavernosus en anaal), maar in het losbladige Handboek Seksuele Hulpverlening leverde de neuroloog H.W.M. Anten een uitputtend overzicht van de mogelijke onderzoekstechnieken, en daarbij werden deze reflexen en de sensibiliteitsbeoordelingen uitvoerig omgezet naar instrumentele handelingen. Via elektrische pulsjes aan de slijmvliezen wordt de respons gemeten in de anale kringpier met een naaldelektrode, boven het ruggenmerg en op de schedel met plakelektroden. Anten toonde een imponerend schema waarin, op basis van de uitslagen, precies bepaald kan worden waar de vermoede laesie zich bevindt (Anten, 1987). Frustrerend was wel dat neurologen voor erectieproblemen meestal therapeutisch niets te bieden hadden. Toen ICI (intracaverneuze injectietherapie) een klinisch bruikbare symptomatische aanpak bleek, werden de neurologische erectiestoornissen juist de ideale indicatie ervoor, en het neurofysiologisch onderzoek raakte in onbruik. In de 21<sup>ste</sup> eeuw zijn er bij spina bifida- en dwarslaesiepatiënten bemoedigende resultaten bereikt met het verbeteren van de genitale sensibiliteit door het verbinden van de nervus dorsalis penis aan een lieshuidzenuw (nervus ilio-inguinalis; Overgoor, 2015). Bij het vooronderzoek daarvoor is het uitgebreide instrumentele reflexonderzoek wel weer gebruikelijk.

### Academische klinische seksuologie

Ook in de grotere academisch-seksuologische centra werd veel aandacht besteed aan diagnostiek: is er (vooral) sprake van een psychogene en/of relationele genese, of bestaat er (ook) somatische pathologie, en zo ja welke? De voorkeur ging uit naar methodes die niet-invasief zijn en een didactisch effect kunnen hebben: helpt het de man om zelf onder ogen te zien dat er in zijn geval geen reden tot zorg over de fysieke gezondheid is? Daartoe was iedere praktiserende seksuoloog (medicus of gedragswetenschapper) altijd al geneigd om de man met zorgen over zijn erectie te vragen naar ochtenderecties, en te vragen of er bij soloseks meer genitale reactie was dan bij seks *à deux*. In het Leidse UMC werkte Michiel Hengeveld deze invalshoek methodologisch uit; met de Leidse Impotentie Screenings Test (LIST) kon via tien vragen een behoorlijk betrouwbare inschatting gemaakt worden over de aanwezigheid van psychische en/of somatische factoren (Speckens, 1992). Er werd een vrouwenversie van de LIST gemaakt waarmee de latere psychiater Anne

Speckens aantoonde dat partners van mannen met psychogene erectieproblemen, gemiddeld, al voor het ontstaan van de stoornis graag wat vaker hadden willen vrijen, dat zij duidelijk minder vertrouwen in de relatie hadden en vaker speelden met de gedachte aan overspel en scheiden. Tenslotte hadden aanzienlijk meer vrouwen in deze groep zelf ervaring met seksuele pijnproblemen: vaginisme of dyspareunie (Speckens, 1995). Hiermee werd aannemelijk dat de psychogenie van erectieproblemen lang niet altijd individueel, maar mede relationeel geïnterpreteerd moet worden.

Inmiddels waren alle seksuologen ervan doordrongen dat een gezonde man iedere nacht erecties heeft, en dus werd er gezocht naar methodes om dit proces te monitoren. Immers, de praktijk leerde dat mannen nogal somatisch gefixeerd konden raken als ze zich eenmaal impotent voelden, en dat ze daarbij hun ochtenderecties weleens miskenden. De simpelste test voor slaaperecties was de postzegeltest: er wordt een strookje van de rand van een vel postzegels om de penisbasis tot een aansluitende ring geplakt, en als er 's nachts een (eerste) erectie optreedt, dan zal het papier daar niet tegen bestand zijn. In Nederland kwam een setje ceintuurtjes met centimeterverdeling op de markt, waarvan de ene iets stroever gleed dan de andere, zodat enigszins aangegeven kon worden of de nachtelijke verschuiving even goed de grootste weerstand overwon als de kleinste (Slob, 1986). Al snel daarna werd de Rigiscan geïntroduceerd, die continu de penisomtrek registreerde, maar ook iedere minuut het touwtje aantrok, zodat gemeten kon worden of de grotere penisomtrek tijdens de nachtelijke erectie ook een adequate hardheid had.

Ook de nachtelijke diagnostiekmethodes waren niet vrij van storingen; een nacht slecht slapen maakte de uitslag al flink onbetrouwbaar. Dus werd er in verschillende centra gewerkt aan een Waking Erectile Assessment (WEA): psychofysiologische metingen bij wakkeren mannen. De methode was zowel als klinisch diagnosticum als voor wetenschappelijk onderzoek bruikbaar. Het protocol van de polikliniek seksuologie van het Amsterdam Medisch Centrum is vele jaren ongewijzigd gebleven: de man zit met een rekstrookje om zijn penis voor een monitor waarop erotisch videomateriaal aangeboden wordt in blokjes van drie minuten. Tevens draagt hij een *cockring* met vibratie. Er kan gevarieerd worden met visuele en fysieke stimulatie, en daarnaast zijn er nog twee manieren waarmee men het cognitief functioneren manipuleert: via een hoekje van het scherm krijgt men bij twee van de zeven condities hoofdrekensommen aangeboden, en eveneens in twee periodes krijgt de man de opdracht om middels een schuifje zelf aan te geven in hoeverre hij waarneemt dat zijn penis reageert. Hoofdrekenen resulteert bij probleemloze proefpersonen in minder sterke genitale reactie, terwijl het bij onzekere mannen juist afleidt van de automatische negatieve gedachten die door de situatie worden geïnduceerd, resulterend in be-

tere erecties. De monitoropdracht kan gezien worden als lichte prestatiedruk, en daaronder blijken mannen met erectieproblemen inderdaad enigszins te bezwijken, terwijl seksueel gezonde mannen positief op de uitdaging reageren. Bij een na-onderzoek over het eerste decennium van de 21<sup>ste</sup> eeuw werd bevestigd dat mannen zonder somatische co-morbiditeit het sterkst reageerden op de cognitieve manipulatie; dit gegeven zou hen ervan moeten kunnen overtuigen dat zij het piekeren over lichamelijke oorzaken kunnen stoppen. Mannen met onmiskenbare somatische co-morbiditeit reageren soms boven verwachting, en dat gegeven zou hen kunnen motiveren voor het beter gebruiken van hun "restcapaciteit". Het WEA-onderzoek heeft een zeer hoge voorspellende waarde: dat wil zeggen dat bij een uitslag boven een bepaald criterium de kans op lichamelijke problemen die een goede erectie onmogelijk zouden maken, uitgesloten is (Koning, 2014).

In Rotterdam constateerde Slob en medewerkers bij een groep mannen die met psychofysiologisch onderzoek waren gediagnostiseerd, dat de uitslag (somatisch, psychogeen of gemengd) heel redelijk correleerde met de LIST-uitslag, zodat men in het Erasmus Ziekenhuis de LIST als selectiemethode voor het (arbeidsintensievere) psychofysiologische onderzoek gebruikte (Slob, 2001). In hun protocol werd, bij teleurstellende uitslagen bij visuele en gecombineerde stimulatie, een intracaverneuze injectie met een vaatverwijder als laatste fase toegevoegd. Sinds 1980 was deze ingreep als diagnosticum beproefd, waarbij men aanvankelijk aannam dat hiermee vooral arteriële oorzaken onomstotelijk aangetoond konden worden. De kwaliteit van de doorbloeding was evident een belangrijke factor bij erectieproblemen, maar het was een tijdje zoeken naar betrouwbare meetmethodes. Het palperen van de penisarteriën werd vervangen door het meten van de bloeddruk in de penis middels een babymanchet, en dan uitgedrukt als percentage van de bloeddruk aan de bovenarm (de Peno-Brachiale Index, PBI), maar ook dat was een methode met nogal wat haken en ogen. Met ultrasound (Doppler Flow, en duplexscanning) kan de stroomsnelheid in de penisvaten gemakkelijk en snel in kaart gebracht worden, en dit kan in combinatie met visuele erotische stimulatie, of met een ICI (farmacoduplexscanning). Overigens bleek ook bij ICI weer dat de mens geen machine is: in het laboratorium bleef een erectie soms uit vanwege de stress van de situatie, maar later kon de vaatverwijder alsnog zijn werk doen. Daarom kregen in Nijmegen de geteste mannen een 24-uurs follow-upvragenlijst mee, en daarmee bleek het percentage positieve ICI-testen hoger te zijn dan aanvankelijk verondersteld (Vrugink, 1996).

Uiteraard was het effect van papaverine (en andere vaatverwijders) niet alleen in het laboratorium bruikbaar, hetgeen in 1983 in een hilarische presentatie gedemonstreerd werd door de Britse fysioloog Giles Brindley. Na zijn plenaire presentatie stapte hij achter het katheders vandaan met een erectie uit zijn gulp: hij

had zich ter voorbereiding geïnjecteerd, en liep uitnodigend door het gangpad op en neer, zodat de ongelovige Thomassen zich konden vergewissen van de echtheid van de nieuwe methode. Twee jaar later bezocht ik een symposium in Leiden (Drenth, 1985) waar de medische pretenties breed geëtaleerd werden en waar inderdaad de ICI als het *nec plus ultra* voorgesteld werd. Ik keek mijn ogen uit; mijn verslag kreeg een onmiskenbaar badinerende toon. Enkele Nederlandse sprekers probeerden nog wel de multidisciplinariteit hoog te houden, en prof. Gerda van Dijk voorspelde het uitsterven van *the typical American male* (die verblijft noch verbloost als dokter hem vertelt dat in zijn geval een erectieprothese de aangewezen oplossing is), maar het was duidelijk dat de wereld nooit meer hetzelfde zou worden. In 1982 was de *International Organisation of Impotence Research* opgericht, en in 1987 volgde de Nederlandse pendant (de Nederlandse Vereniging voor Impotentie Onderzoek, de latere WVSD). 1987 was het jaar dat mijn voorzitterschap van de NVVS begon, en het voelde voor mij als een valse start dat het niet gelukt was om de somatici binnenboord te houden. In 1991 promoveerden zowel Eric Meuleman als Mels van Driel op *Erectile dysfunction*, en beiden behandelden vooral de vaatdiagnostiek en de ICI. In sommige grotere ziekenhuizen werden verpleegkundigen opgeleid om de voorlichting en instructie van ICI te geven.

Een bijzonder effect van de ervaringen met ICI was het verdwijnen van het primaat van de diagnostiek. Al eerder was er geconstateerd dat bewezen somatiek nog niet betekende dat het erectieprobleem daar rechtstreeks door veroorzaakt was. Het bekendste voorbeeld van een ziekte waarvan algemeen aangenomen werd dat het een fors risico op erectieproblemen gaf, was diabetes, via micro-angiopathie of via polyneuritis. In 1986 zetten Moors en Slob de literatuurfeiten op een rijtje en constateerden dat het bepaald geen één-op-één-relatie was (Moors & Slob, 1986). ICI bevestigde dat; sommige diabetespatiënten hadden wel degelijk baat bij zelfinjecties. Uit Seksuologie voor de arts (derde druk):

*In de eerste jaren van haar bestaan publiceerde NVIO een beslisboom voor het klinisch onderzoek van erectiestoornissen. Deze beslisboom was geheel geconcentreerd op differentiële diagnostiek. De achterliggende gedachte was kennelijk dat bij een goede diagnose de correcte behandeling vanzelf sprak. Slechts enkele jaren later is er een totaal andere beslisboom geformuleerd, die ontworpen is als standaard voor 'good clinical care' in de algemene urologiepraktijk; in deze beslisboom is het belang van diagnostiek duidelijk gerelativeerd (Drenth, 1995).*

Therapieën konden kennelijk maar zelden causaal zijn, en het succes van de verschillende symptomatische methodes hing sterk samen met de instelling van de man. Erkend werd dat een goed voorgelichte cliënt zelf een besluit kan nemen over de methode die hij wil uitproberen. ICI was voor sommige mannen een brug waar zij niet overheen konden, maar datzelfde gold

voor de vacuüm methode, en zeker voor de erectieprothese die in Nederland wel heel weinig toegepast werd.

### De erectiepil

Toen er vanuit de VS allerlei geluiden ons bereikten dat er een erectiepil aan zat te komen, hadden nogal wat seksuologen grote twijfels aan de mogelijkheid ervan. Eerdere ervaringen met afrodisiaca waren immers steeds teleurstellend geweest. Het natuurproduct Yohimbine werd door de groep rond Koos Slob onderzocht, en de resultaten daarvan waren zo weinig consistent dat men het placebo-effect groter schatte dan het farmacologische (Rowland, 1997). De introductie van sildenafil echter, door de machtige firma Pfizer, was overdonderend, zowel voor potentiële gebruikers als voor diegenen die het zouden moeten voorschrijven. De door ICI al ingesleten praktijk van: gewoon proberen, je kunt nauwelijks voorspellen bij wie sildenafil goed zal uitpakken en bij wie niet, leidde ertoe dat nogal wat seksuologen hun zorgen uitten over het gebrek aan wezenlijke aandacht voor de man, zijn partner en zijn probleem. Een seksuologisch zeer ervaren uroloog ving bij een symposium tijdens de koffie van twee collega's op dat zij beiden erg gelukkig waren met erectieproblemen in het polikliniekpakket, want als je spreekuur een beetje uitloopt, dan is een impotente man een prima gelegenheid om je achterstand in te lopen. Maar al snel na de introductie van sildenafil kregen de meeste mannen hun recept van de huisarts. In 2001 berichtte Hengeveld dat in Nederland het aantal vervolgrecepten niet groter was dan het aantal eerste verstrekkingen. Een optimistische interpretatie daarvan is, dat nogal wat mannen kennelijk met een flinke slinger weer betere routines konden leren. De indruk van de seksuologen was eerder negatief: kennelijk voldeed de methode vaak niet aan de verwachtingen (Hengeveld & Gianotten, 2001). Ellen Laan zette de dilemma's al in 1999 grondig op een rijtje, en besteedde ook aandacht aan de mogelijkheid dat vrouwen zouden kunnen profiteren van de genitale stuurbevoegdiger (Laan, 1999).

De praktijk van de seksuoloog veranderde drastisch door de introductie van de medicatie. Waarschijnlijk zagen wij inderdaad mannen die vroeger net niet voldoende lijdensdruk hadden om de beladen stap naar de hulpverlening te zetten, maar die door de overweldigende, en sterk simplificerende informatie nu wel over de drempel kwamen. Kwam een man met zijn erectieprobleem bij een seksuoloog, dan had een flink percentage al een experiment met een erectiepil achter de rug, zonder succes. Ook is er volgens mij wel concurrentie geweest met het Journal of Impotence Research: het aantal artikelen over erectiestoornissen in ons Tijdschrift is sinds de introductie van de pillen beslist terug gelopen. Een uitzondering, in een haast klassieke toonzetting, kwam van Evers & Van Driel (1999): een reminder op basis van drie casussen dat het voorschrijven van het symptoom (een coïtus- en erectieverbod, à la Masters & Johnson) nog steeds ver-

ruwend goede resultaten kan opleveren. Weer heel erg in lijn met een internationale trend is een korte vermelding van een nieuwe causaliteit: het fietszadel (Leusink, 2006).

Een zeldzaam voorbeeld van klinisch onderzoek naar sildenafil leverde Van Lankvelds groep (Van Lankveld, 2004). Bij een groep mannen met secundaire, niet al te ernstige erectieproblemen (er moesten anamnestic wel erecties aangegeven worden, in een of andere situatie, om ernstige somatogene casussen uit te sluiten) werd zes weken sildenafil verstrekt (maximaal 2x/week), en na weer zes weken zonder medicatie werd de mate van terugval bepaald. Van de mannen meldde 89% een positief effect van de medicatie, en bij slechts 23 % was dat effect zes weken later weer verdwenen. Overigens was de uitval vóór de follow-up aanzienlijk. Factoren die samenhangen met blijvende verbetering waren: een relatief grote behoefte aan seks bij de start; groei in zelfvertrouwen tijdens de behandelweken; en de motivatie van de partner voor voortgaande medicatie.

Sommige dilemma's zijn hardnekkig. Ik herinner mij dat tijdens de beraadslagingen ter voorbereiding van de eerste NVIO-richtlijn (Meuleman, 1995), kort de mogelijkheid werd aangestipt dat het erectieprobleem een eerste manifestatie zou kunnen zijn van cardiovasculaire ziekte, m.a.w. of seksuologen misschien vaker naar cardiologen door zouden moeten verwijzen. Die gedachte werd toen vlot afgeserveerd als nodeloos somatiserend. Toen de orale medicatie de markt ging domineren, kwam er vanuit de VS juist een sterke impuls om mannen met erectiestoornissen in te pepen dat het weleens foute boel zou kunnen zijn met het hart. Somatiseren was kennelijk een marketing-instrument geworden. Onlangs werd dit discussiepunt opnieuw actueel op het discussieforum van de NVVS. Herman Leliefeld, de eerste voorzitter van de NVIO, is van mening dat een erectiestoornis reden is voor onderzoek naar cardiovasculaire risico's, Peter Leusink wijst erop dat het verschil in cardiovasculair risico tussen mannen met en zonder erectiestoornis misschien wel significant is, maar daarmee nog niet relevant voor de stap naar routinematige cardiodiagnostiek. Je zou ongeveer 110 mannen met erectiestoornis moeten screenen om 1 man met hartvaatlijden op te sporen.

### Tenslotte

Twee indrukken heeft deze zoektocht in 40 jaar seksuologieliteratuur bij mij nagelaten:

1. het lijkt plausibel dat in de loop der decennia de cliënten met seksproblemen veel minder zijn veranderd dan de aanpak van hun problemen. We mogen betwijfelen of dat voor deze mannen (in het bijzonder die met erectieproblemen) een betere prognose opgeleverd heeft;
2. het ideaal van de multidisciplinariteit (medici en gedragswetenschappers die in intensieve samenwerking met elkaar staan, en dus een ge-

meenschappelijk corpus aan kennis en competenties opbouwen (Drenth, 1985)), waaraan de NVVS zich bij de oprichting zo krachtig commiteerde, is aantoonbaar verwaterd.

## Literatuur

- Anten, H.W.M. (1987). Het specialistisch neurologisch onderzoek. In Moors-Mommers, M., Bezemer, W., Frenken, J., De Regt, W., Roelofs, G., & Vandereycken, W. (redactie), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- De Bruyn, J.K., Van Lankveld, J.D.M., & Roos, E.G. (2000). Een aantal gevallen van primaire en secundaire anejaculatie; een retrospectieve dossieranalyse en een voorstel voor multidisciplinaire behandeling. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 24, 13-25.
- Dekker, J. (1989). Willekeurige beïnvloeding van seksuele opwinding: een samenvatting. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 13, 169-178.
- Drenth, J. (1985). Een forum over erectiestoornissen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 9, 32-35.
- Drenth, J. (1985). Idealen over de samenwerking tussen medici en gedragswetenschappers. In Moors-Mommers, M., Bezemer, W., Frenken, J., De Regt, W., Roelofs, G., & Vandereycken, W. (redactie), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Drenth, J.J. (1992). Een symposium over erectiestoornissen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 9, 32-35.
- Drenth, J.J. (1992). Op de man of. Psychoanalytische ideeën over mannelijke seksualiteit. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 16, 247-249.
- Drenth, J.J. (1995). Seksuele problemen en stoornissen bij mannen. In Slob, A.K., Vink, C.W., Moors, J.P.C., & Everaerd, W. (Red), *Seksuologie voor de arts, derde druk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Drenth, J.J. (1998). De voorhuid: fimosis, smegma en circumcisie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 22, 99-105.
- Evers, R.A.F. & Van Driel, H.A. (1999). Het non-prestatie model bij erectiestoornissen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 23, 186-191.
- Gianotten, W. (1981). Seks therapie met mannengroepen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 6, 29-34.
- Gianotten, W. (1989). De partner bij vaginisme. In Moors, J.P.C. (redactie), *Vaginisme en dyspareunie*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gianotten, W. (1992). Uit de praktijk: een verkrachte man. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 16, 53-59.
- Gianotten, W., & Blaas-de Regt, M.T. (1995). Verlaagde libido bij mannen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 19, 243-253.
- Hengeveld, M.W., & Gianotten, W.L. (2001) Erectiestoornissen: de actuele situatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 1382-1384.
- Janssen, E. (1995). Activatie en inhibitie van de seksuele respons bij mannen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 19, 283-291.
- Koning, M., Van Lunsen, R.H.W., & Laan, E. (2014). De invloed van co-morbiditeit op de uitslag van het Waking Erectile Assessment. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 38, 158-164.
- Laan, E. (1999). Sildenafil (Viagra) voor mannen en vrouwen; onderzoek, diagnostiek en psychosociale implicaties. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 23, 198-204.
- Leusink, P. (2006). Erectiestoornis en het fietszadel. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 101-103.
- Meuleman, E.J.H., Drenth, J., Van Driel, M.F., & Lycklama à Nijeholt, A.A.B. (1995). Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van erectiestoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1874-1879.
- Moors, J.P.C., & Slob, A.K. (1986) Seksualiteit en suikerziekte. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 130, 576-578.
- Moors-Mommers, M. (1985). Invloed van geneesmiddelen op de seksualiteit. *Geneesmiddelen bulletin*, 19, 13-18.
- Overgoor, M.L.E. (2015). *The TOMAX procedure* (Proefschrift RUU). Geraadpleegd op <http://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/303506/overgoor.pdf?sequence=1>.
- Slob, K. (1986). Een eenvoudige nieuwe methode bij het diagnostisch onderzoek bij erectiestoornissen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 10, 90-91.
- Slob, A.K., & Pisa-Minderman, J.L.Y. (1982). "Niet kunnen klaarkomen": een rondgang door de geneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 126, 1484-1487.
- Slob, A.K., Buitenhuis, W.F.C., Gijs, L., & Hop, W.C.J. (2001). De Leidse Impotentie Screening Test (LIST) als voorselectie voor Psychofysiologisch Diagnostisch Onderzoek (PFDO). *Tijdschrift voor Seksuologie*, 25, 71-77.
- Speckens, A.E.M., Hengeveld, M.W., Lycklama à Nijeholt, G., Van Hemert, A.M., & Hawton, K. (1992). Discrimination between psychogenic and organic erectile dysfunction. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 135-145.
- Speckens, A.E.M., Hengeveld, M.W., Lycklama à Nijeholt, G., Van Hemert, A.M., & Hawton, K. (1995). Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: cause or consequence of the disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 24, 157-172.
- Staffeleu, J. (1985). Groepstherapie voor mannen met seksuele problemen. In Moors-Mommers, M., Bezemer, W., Frenken, J., De Regt, W., Roelofs, G., & Vandereycken, W. (redactie), *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Rowland, D.L., Kallan, K., & Slob, A.K. (1997). Yohimbine, erectiel capacity, and sexual response in men. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 49-62.
- Steen, O. (1978). Niet-psychogene potentiestoornissen. In Musaph, H., & Haspels, A.A. (redactie), *Potentiestoornissen bij de man*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Vandereycken, W. (1983). Van geremde zaadlozing tot onvermogen om klaar te komen: een overzicht van ejaculatiestoornissen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 7, 31-37.
- Van Lankveld, J., Van den Hout, M., Spigt, M., & Van Koeveeringe, G. (2004). Cognitieve veranderingen en de voorspelling van blijvende verbetering of terugval na behandeling van erectiele dysfunctie met sildenafil. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28, 36-53.
- Van Lankveld, J. (2012). Het onbewuste in de psychologie opnieuw beschouwd: onbewust onbekwaam? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 200-210.
- Van Lunsen, R.H.W., & Ramaker, M.J. (2002). The hyperactive pelvic floor syndrome. *Acta Endoscopica*, 32, 275-285.
- Vansteenkamp, A. (1996). Het gebruik van video als hulpmiddel in seks therapie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 20, 386-392.
- Vansteenkamp, A., Liekens, G., & Stroobants, R. (2007). Zijn zelfhelpvideo's effectief in het verbeteren van seksproblemen? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31, 69-72.
- Van Zessen, G. (1993). Over dwangmatige seksualiteit. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 17, 350-360.
- Vennix, P. (1984). Daarboven is het koud: over het isolement van de man. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 8, 10-19.
- Vennix, P. (1993). De val van de man. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 17, 252-266.
- Vruggink, P.A., Diemont, W.L., & Meuleman, E.J.H. (1996). The postinvestigational questionnaire (PIQ-R): A instrument to access erectile response after intracavernous injection. *International Journal of Impotence Research*, 8, 59-62.
- Wespes, E., & Schulman, C.C. (1985). Venous leakage; surgical treatment of a curable cause of impotence. *Journal of Urology*, 133, 796-798.
- Zorgnotti, A.W., & Rossi, M. (Editors; 1980). *Vasculogenic Impotence*. Springfield: CC Thomas.

**Summary****Men in 40 years of the Tijdschrift voor Seksuologie**

Retrospection on 40 years of Dutch sexology, explicitly focused on men, results in a vast spectrum of views from various angles. This essay considers divers research and clinical publications, mainly from the *Tijdschrift voor Seksuologie*. Inevitably, this results in many subjects being sketched only briefly, but it illustrates the course of the profession in the Netherlands. Especially erectile disorders have been the subject of many changes in diagnostic en treatment practice, so ED has been reviewed more extensively.

**Keywords:** history of sexology, males in sociosexual research, male sexual disorders

**Trefwoorden:** geschiedenis van de seksuologie, mannen in sociaal-seksuologisch onderzoek, seksproblemen van mannen

## **OPROEP voor kandidaten voor de VAN EMDE-BOAS – VAN USSEL-PRIJS 2017**

Volgend jaar zal wederom de tweejaarlijkse Van Emde-Boas – Van Ussel-Prijs worden uitgereikt.

De uitreiking van deze prijs is dit keer gekoppeld aan het NVVS-voorjaarscongres dat op 31 maart 2017 in Amersfoort plaatsvindt.

De VEBVU- prijs van de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie bestaat uit een bronzen kunstwerk, een geldbedrag en een uitnodiging om een voordracht te houden, waarin de laureaat bij voorkeur zijn/haar visie geeft op de ontwikkelingen in de seksuologie.

De prijs zal worden toegekend aan een vrouw of man, Nederlander of Vlaming, die zich gedurende een langere periode door een oorspronkelijke en/of vernieuwende werkwijze, dan wel door systematische aandacht voor bijzondere doelgroepen, heeft onderscheiden op het terrein van de seksualiteit in wetenschap, beroep of maatschappij. Het beroep kan omvatten: seksuologische hulpverlening, onderzoek, onderwijs, voorlichting of preventie.

De NVVS heeft een jury benoemd onder voorzitterschap van dr. Ellen Laan, laureaat van de afgelopen editie. Onder voorzitterschap van dr. Ellen Laan bestaat de jury voor 2017 uit Renske Althuisius, Erik van Beek, Paul Enzlin, Nicolette Vermeulen en Philomeen Weyenborg.

De jury nodigt iedereen uit om vóór 27 november 2016 namen van in aanmerking komende personen door te geven aan het secretariaat van de NVVS. Het secretariaat zal alle voorgedragen namen na 27 november aan de voorzitter van de jury overdragen. Na het jury-overleg zal de jury haar keuze met argumentatie, ter akkoord bespreken met het bestuur van de NVVS. De namen van niet-geselecteerden worden niet openbaar gemaakt.

Correspondentie bij voorkeur per e-mail richten aan:

Secretariaat NVVS  
Postbus 94  
1520 AB Wormerveer  
T: 075 - 647 63 74  
F: 075 - 647 63 71  
E: [info@nvvs.info](mailto:info@nvvs.info)  
W: [www.nvvs.info](http://www.nvvs.info)