

minder tuberkelbacillen in de gemeenschap dan voorheen. Dit is uiteraard een verheugend verschijnsel, waarvan de schaduwzijde is, dat de weerstand, als partiële immuniteit, van de bevolking als geheel tegenover de tuberkelbacil, sterk is verminderd. Dit resulteert in het afnemen van de frequentie der positieve „Pirquets” en houdt tevens in, dat, zeker voor de jongere leeftijdsgroepen, het vinden van een positieve reactie van von Pirquet in de eerste plaats doet denken aan een actief tuberculeus proces.

Stoornissen in de potentia coeundi

DOOR DR A. M. C. M. SCHELLEN, ARTS TE GRONINGEN

Het uitblijven van de erectie waardoor de immissio penis niet gelukt en de cohabitatie onmogelijk wordt, noemt men wel impotentia coeundi. Daarnaast kent men nog toestanden waarbij wel erectie optreedt, doch op onvoldoende wijze, zodat de coitus meestal niet of slechts met grote moeite kan worden volbracht.

Deze afwijkingen geven vaak aanleiding tot de verstoring van een harmonieuze huwelijksverhouding, zelfs tot ernstige huwelijksconflicten en daarmee tot echtscheiding. Kortom, deze sexuele nood heeft zijn terugslag op het huwelijks-, respectievelijk gezinsleven, op de prestaties van de patiënt in zijn werkring en op zijn geestelijke en lichamelijke spankracht. Vaak is deze nood de oorzaak van een algemeen malaisegevoel van de patiënt en wordt hij niet herkend waardoor sedativa noch roborantia of tonica baten. Enkele juist gestelde vragen hieromtrent door de vertrouwensman van de patiënt, namelijk de huisarts, kunnen vaak afwijkingen aan het licht brengen als hier bedoeld, waarop een adequate behandeling kan worden ingesteld.

Bestaan deze afwijkingen reeds in het begin van het huwelijk dan hebben zij uiteraard een uitblijven van progenituur tot gevolg en kunnen zij bijvoorbeeld op een steriliteitspolikliniek aan het licht komen. Hoewel ook op oudere leeftijd deze stoornis door de patiënt en zijn huwelijkspartner als zeer onaangenaam kan worden gevoeld, is het toch vooral in het nog slechts kort bestaande huwelijk een ernstig probleem.

Om een indruk te geven van de frequentie van deze stoornissen, kan de neventaande tabel dienen.

Het betrof hier steeds patiënten, die ons consulteerden in verband met primaire dan wel secundaire huwelijks-onvruchtbaarheid, terwijl de percentages alleen betrekking hebben op deze twee genoemde stoornissen bij de man; zouden wij alle sexuele stoornissen, zowel bij de man als de vrouw, geteld heb-

ben, dan zouden de percentages vele malen hoger zijn geweest. Opvallend zijn vooral de hoge percentages in groep IV. Men kan niet ontkomen aan de indruk, dat het vooral de sexuele nood geweest is, die de patiënt naar de polikliniek heeft gedreven. Immers, het is toch vaak de man, die bij uitblijven van progenituur, ondanks verzoek, niet voor onderzoek verschijnt. Uit deze cijfers blijkt wel dat genoemde stoornissen geenszins zeldzaam zijn.

De oorzaken van deze stoornissen kunnen zowel organisch als psychisch zijn. Gelijk bekend ligt het erectiecentrum in het sacrale ruggemerg. Van hieruit gaan zenuwvezels, die zich verenigen tot de nervi erigentes en kunnen worden beschouwd als de rami viscerales van de plexus pudendus. Gewoonlijk hebben zij een verbinding met de ventrale tak-

Groep	Erectie- stoornissen	Potentie- stoornissen
I (391 echtparen: beide partners onderzocht; beiden of één van beiden primair steriel)	3%	2%
II (98 echtparen: beide partners onderzocht; beiden of één van beiden secundair steriel)	1%	—
III (57 echtparen: beide partners onderzocht; waarbij na onderzoek en/of therapie zwangerschap optrad)	4%	2%
IV (22 mannen: primair onvruchtbaar; de vrouw verscheen niet voor onderzoek)	18%	13%

Uit de Universiteitsvrouwenkliniek te Groningen. Hoofd: Prof. Dr B. S. ten Berge.

ken van S₃-S₄, meestal ook met S₅ en soms met S₂. Vervolgens lopen deze zenuwvezels naar de caudale en laterale delen van de plexus pelvici om van daaruit naar de betreffende organen te gaan. Letsels in deze zenuwbanden kunnen dus potentiële stoornissen tot gevolg hebben.

Organische oorzaken. Hoewel deze op zichzelf aantrekkelijk zeldzaam zijn, mogen zij toch niet onvermeld blijven. Men kent dan:

- a neurologisch: tabes dorsalis; multiple sclerose; dwarslesies; ruggemergstumoren; spina bifida occulta; myelitis syfilitica; poliomyelitis; hersentumoren (voornamelijk in of nabij de hypofyse); vasculaire afwijkingen van de hersenvaten (bijvoorbeeld apoplexie); epilepsie.
- b hormonaal: diabetes; eunuchoidisme; functionele castratie; hypogonadisme en hypogonadisme van hypofysaire oorsprong (Fröhlich, Laurence-Moon Biedl); syndroom van Klinefelter; morbus Cushing; morbus Addison; schildklierfunctiestoornissen (Basedow, hypothyreoïdie); climacterium virile en senium.
- c algemene zwakte toestanden: chronische uitputtende ziekten, cachexie, beri-beri; oververmoeidheid en uitputting; ernstige anemie en ernstige asthenie.
- d intoxicatietoestanden: I endogeen: chronische nefritis en uremie; II exogeen: alcoholisme; morfinisme; nicotinevergiftiging; medicamenteus; cocaïnisme; lood-intoxicatie.
- e lokale afwijkingen: hydrocele testis; congenitale afwijkingen in de corpora cavernosa; prostaat-hypertrofie; hypo- en epispadie; phimosis; induratio penis plastica; balanitis; ulcera en stricturen van de penis en ernstige traumatische letsels van de perineumspier.
- f postoperatieve resttoestanden: na colonoperaties; na rectumoperaties en na bilaterale sympathectomie.
- g afwijkingen bij de partner die de coïtus onmogelijk maken: vaginismus en hymen persistens.
- h tijdens of tengevolge van het gebruik van anti-conceptionele middelen.

Dit laatste punt, de anticonceptie, behoeft enige toelichting. Hoewel het, strikt genomen, niet bij de organische oorzaken behoort, hebben wij het hier toch maar besproken. Het is een bekend verschijnsel dat mannen, die bijvoorbeeld gedwongen zijn een condoom te gebruiken, hierdoor vaak minder potent dan wel impotent zijn; zulks kan ook het geval zijn wanneer de vrouw een anti-conceptieel pessarium draagt. Hoewel dit ongetwijfeld psychisch kan zijn, is het ook mogelijk dat tengevolge van het verkeerd inbrengen van zulk een pessarium de coïtus wordt bemoeilijkt, ja zelfs onmogelijk wordt.

Psychische oorzaken. In vrijwel alle gevallen zal de oorzaak psychisch zijn, soms echter in combinatie met een organische oorzaak. Alvorens echter tot een psychogene causaliteit te besluiten, moet dus eerst

een organische oorzaak worden uitgesloten. Ook hier zijn de oorzaken weer velerlei:

1 Emotioneel. Ook wel geheten „l'impuissance du débutant”, met andere woorden: optredend bij het begin van het huwelijk (eerste huwelijksnacht) of bij een eerste extra matrimoniële contact. Onervarenheid en emoties spelen hierbij een grote rol. Het is lang niet zeldzaam dat jonggehuwden hun seksuele leven beginnen met een seksueel fiasco en teleurgesteld terugkomen van de huwelijksreis.

2 Ten gevolge van ingewortelde gewoonten. Hieronder verstaan wij de reeds langer bestaande impotentie zonder dat de patiënt ooit een arts heeft geconsulteerd; met andere woorden: het echtpaar heeft de eerste mislukking aanvaard en de pogingen daarna zijn geleidelijk aan in frequentie afgenomen. Het echtpaar leeft verder als broer en zusster en legt zich bij het „onvermijdelijke” neer. In andere gevallen kan door de echtelieden reeds voor het huwelijk de afspraak zijn gemaakt, om welke reden dan ook, in totale onthouding te leven. Wanneer dan de tijd gekomen is, dat het echtpaar meent de afspraak ongedaan te moeten maken, blijkt dat er een impotentie is. Kortom, het zich opleggen van een totale onthouding kan later aanleiding geven tot potentiële stoornissen wanneer het echtpaar besluit de onthouding op te heffen.

3 Electief. Dat wil zeggen, de impotentie kan zuiver en alleen bestaan ten opzichte van een enkele vrouw en afwezig zijn bij een andere partner, bijvoorbeeld een seksuele aversie ten aanzien van de echtgenote. Zo ziet men wel eens dat een patiënt kort na het huwelijk komt wegens impotentie. Anamnestic blijkt dan dat de cohabitatie met andere vrouwen steeds normaal verliep. Vaak ook speelt de gedachte aan deze seksuele contacten gedurende de cohabitatie met de eigen vrouw een rol en werkt deze gedachte remmend op de potentie.

4 Episodisch. Op bepaalde ogenblikken is de man impotent tengevolge van omstandigheden, die remmend kunnen werken, zoals bijvoorbeeld de vrees dat men wordt bespied of gehoord. In dit verband moeten zeker worden genoemd de slechte behuizing en inwoning, die vele jonggehuwden ten deel is gevallen en die storend kunnen werken op het huwelijk. Soms ook treedt er plotseling een impotentie op zonder dat daarvoor oorzaken kunnen worden gevonden. Na enige tijd keert de potentie dan weer spontaan terug.

5 Tengevolge van seksuele afwijkingen. Hierbij kan men te doen hebben met een bekende en manifeste seksuele deviatie met als resultaat de potentiële stoornis, dan wel met een impotentie, die, naar later zal blijken, is toe te schrijven aan zo'n seksuele aberratie. Oorzaken kunnen zijn sadisme, masochisme, fetichisme en homosexualiteit. Ook een te lang voorspel kan de oorzaak zijn.

6 Masturbatoir. Het aanwezig zijn van de masturbatie in het huwelijk moet worden gezien als een abnormaliteit en wanneer de frequentie ervan toeneemt, ondanks de mogelijkheid tot normaal geslachtsverkeer, kan dit aanleiding geven tot ernstige potentiële stoornissen. Ook masturbatie in de puberteit, al dan niet mutueel, kan later door middel van fantasieën remmend werken op de potentia coeundi.

7 Excessen in venere. Een te hoge coitusfrequentie in het huwelijk kan de inleiding vormen tot potentiezwakte, terwijl uiteraard extramatriemoniële excessen zulks nog sterker zullen bewerkstelligen.

8 Remmingen ex religione. Wanneer de seksuele voorlichting en opvoeding zo is geweest, dat het seksuele steeds weer moest worden gezien als het verbodene, als gevaarlijk en verboden terrein, dan zullen later in het huwelijk de gevolgen niet kunnen uitblijven. Ook nu nog wordt in sommige kringen op grond van de levensovertuiging met geen woord gerept over seksuele zaken, als zou spreken hierover een ernstig kwaad zijn. Tenslotte kan een cultus van maagdelijkheid, van asexualiteit, later resulteren, wanneer deze cultus wordt verlaten, in stoornissen als hier bedoeld.

9 Neurotische bindingen en fixaties. Een te sterke binding aan de moederfiguur en het identificeren van de echtgenote met deze moederfiguur kan impotentie veroorzaken, omdat immers de cohabitatie met de moeder wordt beleefd als iets wat verboden is. In plaats van deze binding kan men ook wel zien dat de fixatie betrekking heeft op een tante of een zuster, waarvoor de patiënt altijd veel liefde heeft gekoesterd. Ook hier werkt het incest-idee remmend.

10 Educatief. Zowel een te starre als een te losbandige seksuele opvoeding kunnen later seksuele stoornissen tot gevolg hebben; in het eerste geval omdat het seksuele door de opgroeiende puber als iets onnets, iets onreins en vies moest worden gezien, in het tweede geval doordat er een seksuele anesthesie kan ontstaan. Ook slechte voorlichting en schromelijke onwetendheid kunnen tot een seksuele onkunde leiden.

11 Tengevolge van inferioriteitsgevoelens. Het blijkt vaak, dat de verlegen en timide jongeman ook in sexualibus verlegen en bedeesd kan zijn met seksuele stoornissen als gevolg. In hun droom gelukt deze patiënten meestal alles, doch wanneer zij het in praktijk willen brengen, wordt een fiasco hun deel. Soms ook komen zij tot excessen om toch hun potentie te willen tonen, exhibitionisme, of trachten hun seksuele nood te compenseren door als „voyeur” of „frotteur” op te treden. De seksueel timide man, impotent ten opzichte van zijn geliefde, wordt vaak potent wanneer hij „incognito” is. Eveneens kan de gedachte, genitaal gezien, onvolwaardig te zijn, haar terugslag hebben op de seksuele prestatie en de im-

potentie op grond van impotentie is ontstaan. Ook kan de man angstig zijn een figuur te slaan; ontactisch optreden van de vrouw in deze kan de stoornis alleen maar verergeren en bij de therapie dient men hier dan ook rekening mee te houden.

12 Impotentie omwille van de impotentie. Deze uitdrukking is van Stekel, die in dit verband opmerkte, dat iedere persoon, die bewust man wil zijn, niet impotent kan worden. In dit soort gevallen voelt de man zich behaaglijk impotent te zijn, het is te zien als een neurotische vlucht in de ziekte, in min of meerdere mate vrijwillig. Zulks ziet men ook wel als de man zich seksueel gekrenkt voelt door zijn vrouw.

13 Door schuldgevoelens. Hiervan is sprake bijvoorbeeld als de extramatriemoniële cohabitatie mislukt doordat bij de man schuldgevoelens opkomen als ontrouw en bedrog tegenover zijn vrouw. Deze schuldgevoelens kunnen bovendien ook nog dateren uit vroegere perioden, met andere woorden de man voelt zich jegens zijn seksuele partner bezwaard door zijn vroegere seksuele leefwijze. Eveneens ziet men wel dat de man, gedreven door schuldgevoelens, een strafbehoefte bij zich voelt opkomen, die genitaal tot uitdrukking wordt gebracht.

14 Door haatgevoelens. De man koestert deze tegenover zijn vrouw, om welke reden dan ook, bijvoorbeeld ontrouw van de zijde van de vrouw, en wil haar nu straffen. Dit geschiedt dan door de impotentie. Immers, hierdoor wordt de vrouw, aldus de man, vernederd.

15 Castratieangst. Dat wil zeggen onder invloed van morele en educatieve overwegingen, waaruit de patiënt te weten is gekomen zich niet met seksuele zaken te moeten inlaten, komt het tot impotentie. Geeft hij immers wel toe aan zijn libido dan zal hij hiervoor worden gestraft en de straf wordt dan gezien als castratie. Deze castratieangst kan ook wel optreden bij het zien van de vrouwelijke genitalia. De man is bevreesd voor de coitus, bang als hij is hierbij zijn penis te verliezen. Alleen door impotentie ziet hij kans aan deze castratie te ontkomen. Ook de vrees, dat de penis bij de coitus kan worden beschadigd of verwond, moet hier worden vermeld.

Na dit overzicht van oorzaken, dat er geenszins op wil bogen volledig te zijn, enkele praktijkgevallen om een en ander duidelijker te illustreren.

Patiënt A, 39 jaar, drie jaar gehuwd, komt met zijn vrouw, 43 jaar, op de steriliteitspolikliniek. Het blijkt al vlug, dat de moeilijkheden op seksueel terrein liggen. Er is geen anorgasmie van de vrouw, terwijl er bij de man een erectiezwakte en ejaculatio praecox bestaan. De man vertelt, dat hij alleen maar een goede erectie krijgt bij masturbatie; op deze wijze maakt hij zich potent, waarna, zo het al niet te laat is, de immissio penis plaatsvindt. De anamnese leert ons verder dat het huwelijk ook anderszins niet gezond is. De man is namelijk gehuwd omdat zijn ouders, bij wie hij altijd was blijven inwonen, te oud werden, zodat een huishoudster nodig zou zijn, zo hij niet trouwde. Na een verkering van een half jaar huwde hij. Hij merkt zelf nog op: „de jeugd trouwt tegen-

woordig maar te vroeg, doch ik wil in geen geval bij mijn ouders weg, zo lang ze leven." De eerste weken van het huwelijk zou de coitus normaal zijn verlopen, doch na de eerste menstruatie van de vrouw was de erectiezwakte opgetreden. Ondanks deze stoornis trachtte patiënt elke dag te cohabiteren. Te vermelden is nog dat patiënt een zwakbegaafde indruk maakt.

Meerdere factoren spelen hier dus een rol: neurotische bindingen, de educatie, het ontbreken van een adequate instelling tegenover het huwelijk en een goede seksuele voorlichting.

Patiënt B, 38 jaar, twee jaar gehuwd, bezoekt ons met zijn 27-jarige vrouw. Hij vertelt, zich eens per week te scheren en bij het onderzoek blijkt, dat er een hypogenitalisme bestaat. Bij masturbatie is nooit een ejaculatie opgetreden. De man stottert, is nerveus en kuurde al enige malen in verband met een ulcus duodeni. Hij heeft geen orgasme of libido en cohabiteert ter wille van de vrouw, waarbij hij moeilijk of niet tot erectie komt, terwijl ejaculatie nooit optreedt. Naast een somatisch infantilisme bestaat er ook een psychisch infantilisme.

Behalve organische factoren spelen hier dus ook psychische oorzaken een rol zoals een geestelijke onrijpheid en neurotische trekken.

Patiënt C, 31 jaar, vier jaar gehuwd, bezoekt alleen de polikliniek, hiertoe niet zozeer gedreven vanwege kinderloosheid doch wel door seksuele moeilijkheden. Na twee jaar gehuwd te zijn geweest onderging hij een fimosisoperatie, want tot dan toe was de cohabitatie onmogelijk geweest. Masturberen was nooit goed gelukt, orgasme heeft hij nooit gehad, terwijl de libido zeer gering is. Ook na de operatie is de toestand niet optimaal geworden, er bestaat namelijk nog steeds een erectiezwakte. De man vertelt vaak met zijn vrouw heftige ruzie te hebben over zijn seksuele onmacht. Bij psychosomatisch onderzoek blijkt verder, dat hij een starre en stugge persoon is met een ernstige karakterneurose en een latente homosexualiteit.

Ook hier is naast een organische oorzaak, de fimosis, een psychische oorzaak aanwezig wat weer eens bewijst dat beide aanwezig kunnen zijn en dat beide behandeling behoeven.

Patiënt D, 27 jaar, een jaar gehuwd, vraagt ons advies tezamen met zijn 30-jarige vrouw. In het begin van het huwelijk, was de coitusfrequentie twee keer per week, althans pogingen daartoe. Immers er waren erectiemoeilijkheden, waardoor de immissio steeds mislukte. De libido was aanwezig, doch orgasme bleef bij de man steeds uit. Op advies van de geestelijke leidsman werd een totale onthouding beoefend, die nu al zeven maanden duurde. De man had, in tegenstelling tot zijn vrouw, nooit seksueel verkeer gehad voor het huwelijk. Hij is de jongste van twaalf kinderen, een nakomertje en zwak begaafd. Zijn moeder had hem altijd zeer nadrukkelijk gewaarschuwd voor het seksuele en hem met name op het hart gedrukt nooit met meisjes om te gaan. Van masturbatie heeft hij nooit gehoord. Hij vindt zijn impotentie eigenlijk alleen vervelend voor zijn vrouw, wat dus wijst op een driftzwakte.

Het heeft hier dus ontbroken aan een goede seksuele educatie, waardoor het seksuele wordt beleefd als iets onfatsoenlijks en iets onnets, kortom als het verbodene. Bovendien heeft het advies van zijn geestelijke leidsman niet therapeutisch doch eerder verergerend gewerkt.

Patiënt E, 37 jaar, vijftien jaar kinderloos gehuwd, bezoekt alleen de polikliniek met de klacht dat sinds een half jaar de coitus mislukt; er is geen goede erectie meer, nog wel af en toe een ejaculatie. De libido is onvoldoende. De laatste tien huwelijksjaren werd coitus interruptus toegepast. Een broer

van de man is schizofreen. Het blijkt verder, dat de man een sensitieve figuur is, als schipperskind weinig onderwijs heeft genoten en nog steeds veel schuldgevoelens heeft over een coitus op zijn zestiende jaar; hij werd toen verleid door een vrouw. Bovendien blijkt de sterke moederbinding uit zijn uitslating: „mijn huwelijk was voor moeder een begrafenis."

Als psychogene factoren springen hier in het oog: de moederbinding, seksuele schuldgevoelens en een onjuiste opvatting over het huwelijk en de geslachtsdaad.

Patiënt F, 49 jaar, acht jaar kinderloos gehuwd, vraagt eveneens onze raad 'in verband met een primaire erectiezwakte. Hij komt wel tot orgasme bij de masturbatie doch het vaginale orgasme ontbreekt. In verband met een tuberculeuze aandoening kuurde hij twee jaar en onderging een thoracoplastiek voor zijn huwelijk. Voor het huwelijk lukte ook met andere vrouwen de coitus nooit.

Hier is dus sprake van een onvoldoende erotische prikkeling zowel door zijn eigen als een andere vrouw, wat zou kunnen worden verklaard door een castratieangst.

Patiënt G, 30 jaar, drie jaar kinderloos gehuwd en zijn 31-jarige vrouw consulteren ons, eveneens wegens seksuele moeilijkheden. De man is enkele jaren voor zijn huwelijk overspannen geweest. De coitus gelukt maar zelden goed en er is een ejaculatio praecox. Het orgasme van de man is goed, zijn libido gering. De eerste coitus vond eerst plaats nadat het echtpaar een half jaar was gehuwd. Op de vraag waarom, kwam de mededeling „wij moesten eerst aan elkaar wennen en bovendien had mijn vrouw heimwee, zodat ik haar wilde ontzien". De vrouw, die nooit tot orgasme komt en bij wie de libido geleidelijk aan verminderd is, vertelt echter dat zij graag zou hebben gezien, dat de coitus direct na het huwelijk had plaatsgevonden. De vrouw is, seksueel, ernstig door de man teleurgesteld. De man had een zeer ongunstige jeugdsituatie doorgemaakt.

Onkunde, onwetendheid en een ongunstige levensperiode zijn hier factoren, die in het oog springen.

Patiënt H, 40 jaar, vier jaar kinderloos gehuwd, bezoekt ons met zijn 33-jarige vrouw. In zijn jeugd is de man overspannen geweest. Hij heeft een zeer drukke en verantwoordelijke werkring, die hem geestelijk vaak vermoeit. Van zijn 21e tot zijn 35e jaar masturbeerde hij veel. Er is een erectiezwakte en een geringe libido. De vrouw heeft een anorgasmie en een geringe libido en vertelt, dat eerst na een half jaar huwelijksleven sprake was van een volledige cohabitatie. Bij onderzoek blijkt echter dat zij nog virgo is. Bij psychiatrisch onderzoek blijkt verder, dat de man vanaf zijn jeugd vele neurotische gebeurtenissen heeft meegemaakt, steeds te veel hooi op zijn vork heeft genomen, zeer moeizaam werkt en onder een zware gewetensdruk leeft. De man zelf ziet in zijn vermoeid en overspannen zijn een falen tegenover God; immers, zo zegt hij, hij heeft zijn godsdienstig leven slecht geïntegreerd.

Bij deze man met een ernstige karakterneurose is sprake van schuldgevoelens, van ongunstige levenssituaties en gebeurtenissen, van masturbatoire excessen en van godsdienstige conflicten.

Patiënt I, 37 jaar en zijn 29-jarige vrouw zijn twee jaar kinderloos gehuwd. Ook hier zijn seksuele problemen. De man heeft wel erecties, doch bij de immissio verdwijnen deze direct. Hij is verder bijzonder nerveus en komt nooit tot ejaculatie. De vrouw onderging reeds een hymenplastiek in verband met vaginisme. Haar familie is psychiatrisch gezien zeer zwaar belast. Bij het bespreken van de coitus techniek valt de man flauw als hij de genitalia van zijn vrouw ziet. De man is seksueel geremd, onervaren, preuts en onhandig, wat het vaginisme heeft bevorderd. Dit heeft weer geleid tot een verergering van de impotentie, waardoor een faalangst is ont-

staan. De vrouw is het huwelijk sexueel onvoorbereid ingegaan na een korte verlofperiode. Zij heeft een zeer moeilijke en conflictrijke jeugd gehad en ten onrechte is haar vaginisme operatief — zonder resultaat overigens — behandeld.

Als meest belangrijke factoren zijn hier aanwezig „l'impuissance du débutant”, in de hand gewerkt door de slechte seksuele voorlichting, de ongunstige opvoedingssituatie van de vrouw, wat tot gevolg heeft gehad een „impotentie door de impotentie” en een versterking van het vaginisme. De vicieuze cirkel is hier dus dubbel aanwezig, namelijk èn bij de man èn bij de vrouw.

Uit deze voorbeelden — het waren allen patiënten, die primair werden gezien op de steriliteitspolikliniek — moge duidelijk zijn geworden, dat een veelheid van factoren, organisch en/of psychisch, oorzakelijk kunnen zijn, waar het seksuele stoornissen betreft, in dit geval potentiële stoornissen in het bijzonder.

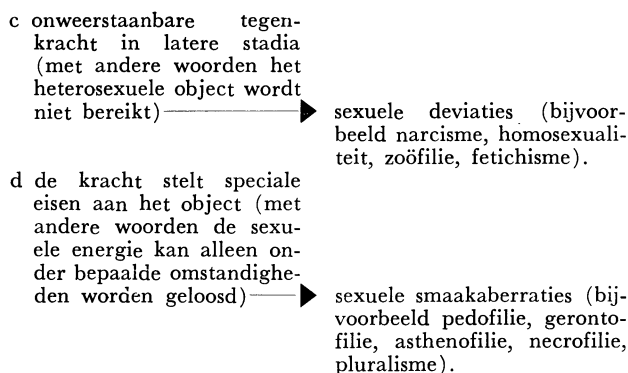
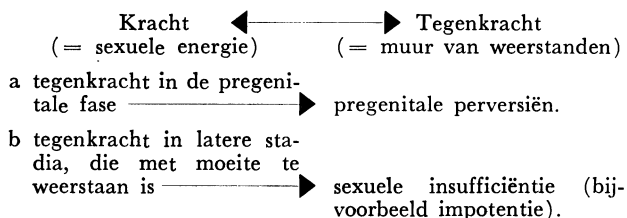
Het stellen van de diagnose en de behandeling. Het is wel duidelijk geworden, dat het goed opnemen van de anamnese onontbeerlijk is, met name is het belangrijk nader in te gaan op de kinder- en puberteitsperiode. Vragen aangaande seksuele voorlichting en seksuele opvoeding kunnen evenmin worden gemist. Immers, maar al te vaak is de oorzaak van de seksuele stoornis ontstaan in een vroegere periode, in een periode dus waarin de spontane ontwikkeling van de sexualiteit te grote weerstanden heeft ontmoet. Factoren, die deze weerstanden bepalen zijn vooral:

1 De fixatie. Bijvoorbeeld de fixatie van de man aan zijn moeder, een tante, een oudere zuster of enig andere vrouw. Doch ook op andere wijze kan de fixatie ontstaan: de moeder kan bijvoorbeeld een heftige strijd voeren tegen haar kind, dat steeds maar op de duim zuigt met als mogelijk gevolg een fixatie in het oraal-erotische stadium, met andere woorden, later zal alleen orgasme kunnen optreden als de mondzone overmatig wordt geprikkeld.

2 Het verbod. Dat wil zeggen de ouders leggen het kind hun meningen en wensen op betreffende de sexualiteit, hetgeen kan leiden tot een desexualisatie bij het kind.

3 De regressie. Dit betekent dat de patiënt in een volgende levensfase aangeland hierin voortdurend teleurstellende belevenissen opdoet, waarom hij besluit weer terug te keren naar de vertrouwde, lustvolle vorige fase.

Schematisch kan men een en ander als volgt samenvatten:



Is de diagnose potentiële stoornis komen vast te staan, dan dient men zich af te vragen of deze organisch dan wel psychisch is. Een lichamelijk onderzoek is dus noodzakelijk, dikwijls ook enig laboratoriumonderzoek. Valt het lichamelijk onderzoek negatief uit en meent men met een psychische oorzaak te doen te hebben dan zijn de volgende vragen van belang:

Is de patiënt altijd impotent geweest (primaire, absolute impotentie)?

Is de patiënt eerst later impotent geworden (secundaire impotentie)?

Is de patiënt impotent tegenover elke partner? (Zo niet, dan is de impotentie relatief).

Heeft de patiënt wel erecties, bijvoorbeeld 's morgens, of bij masturbatie? (Is dit het geval dan is een organische oorzaak vrijwel zeker uit te sluiten).

Van zeer groot belang is ook, zoals wij reeds even aanduiden, de reactie van de vrouw op de potentiële stoornis. Ook zij dient daarom bij het onderzoek c.q. behandeling te worden betrokken. Afgezien van die gevallen, waarbij de vrouw part noch deel heeft aan de impotentie, zijn er toch ook wel gevallen waarbij de vrouw mede oorzaak van het falen van de man is, namelijk: vaginisme; hymen persistens; ernstige dyspareunie; frigiditeit; tekort aan seksuele aantrekkingskracht of tactisch optreden gedurende de coitus (ongeduld, ijdelheid, onhandigheid).

In dit verband zij opgemerkt dat sommige vrouwen primair in het seksuele het middel zien om zwanger te worden; wanneer de zwangerschap niet snel genoeg intreedt en de man reeds kampt met potentiële stoornissen, zal het gevolg van het ongeduld der vrouw zijn, dat een en ander verergert of omdat de man schuld- en inferioriteitsgevoelens krijgt of doordat hij wrevelig wordt, vaststellende dat de vrouw de coitus alleen wil om het kind en niet om hem. De vrouw zal er bij dit soort stoornissen vooral op moeten worden gewezen, dat zij tactisch blijft optreden, haar geduld niet verliest en nooit of te nimmer de man verwijten in deze moet maken. Men dient ook deze regel van Stekel bij deze stoornissen voor ogen te houden: „Het niet kunnen van de patiënt in sexualibus is vaak in het onderbewuste het niet willen of niet mogen.”

De prognose van de impotentie kan men in het al-

gemeen goed noemen wanneer de patiënt geen ernstige neurose heeft. Blijkt bovendien de libido goed te zijn dan is ook dit prognostisch een gunstig teken. Zo is, wanneer er sprake is van te sterke emoties, van onkunde, van schuchterheid, van abnormale opvattingen omtrent het seksuele ten opzichte van de religie, van de foutieve opvatting van de vrouwelijkheid, van schuldgevoelens de kans op genezing reëel tot zelfs zeer gunstig. Dit wordt anders wanneer er sprake is van ernstige neurosen, seksuele aberraties of excessen in venere. Tenslotte is de prognose zeer afhankelijk van de houding van de partner.

Is de potentie gestoord vanwege organische afwijkingen, dan dienen deze te worden behandeld (bijvoorbeeld fimosisoperatie, regeling van de diabetes, ontwenningsskuur wanneer het exogene intoxicaties betreft). In een aantal gevallen staat men echter machteloos tegenover de organische aandoening (ruggemergstumoren, tabes dorsalis, multiple sclerose).

Een speciaal woord over de toediening van afrodisiaca. Hiervan mag men niet te veel succes verwachten. Men kan deze aanwenden als ondersteunende therapie, wanneer er sprake is van een hormonaal veroorzaakte impotentie (hypogenitalisme, hypogonadisme). Waar het psychische oorzaken betreft, kunnen zij als adjuvantia naast de psychotherapie worden aangewend; hun werking is echter van zeer kortdurende aard, symptomatisch en niet genezend. Men kan de afrodisiaca indelen in zes hoofdgroepen (Borelli):

I Medicamenten met voornamelijk effect op de neurosexuele gebeurtenissen. In deze groep behoort het yohimbine (hydrochloride), waarvan maximaal 100 mg per dag mag worden gegeven.

II Medicamenten, die voornamelijk stimulerend op de diurese werken en de tractus urogenitalis in het algemeen. Bijvoorbeeld cantharides (*lytta vesicatoria*), ook wel „Spanish flies” geheten; gezien de gevaarlijke bijwerking op de nieren moet deze stof liever niet worden gebruikt; *petroselinum sativum* en wel 0,5 - 1,5 g van het semen *petroselin*; *apium graveolens* en wel 20 - 30 g van het koolsap, doch ook hier zij de uiterste voorzichtigheid betracht.

III Medicamenten met een voornamelijk algemeen toniserend effect. Te weten: strychnine, 0,001 - 0,005 g maximaal per dag en wel subcutaan; muira - puama („potency wood”) en wel driemaal daags 5 - 8 druppels van de tinctuur; *turnera aphrodisiaca*, 0,3 - 0,6 g daags van het extract; *extractum cola liquidum*, een halve tot een theelepel per dag; fosfor.

IV Medicamenten, die een opwindend dan wel remmend effect hebben, zoals Pervitine, benzedrine, Haschisch marihuana, cocaine, morfine, Preludine en Ritaline.

V Medicamenten met seksueel stimulerend effect, zoals *humulus lupulus*; *vitex aquus castus*; *caladium sequinum*.

VI Handelspreparaten, die als zodanig kunnen werken. Bijvoorbeeld: Yohimbintabletten à 5 mg, ampullen à 10 mg; Tonatondragees, bijvoorbeeld driemaal daags 1 - 4 dragees; Suppovir forte, suppositoria, ad vesp. 1 supp.; Testotropin (Leo), een tot twee keer per week 1 ampul i.m.; testosteronfenypropionaat (TPP-Organon), een tot twee keer per week 25 mg i.m.; Neohombreol (Organon) twee tot drie keer per week 25 mg i.m. of enkele malen daags 1 tablet à 5 mg; Neosteron (Organon), tabletten à 10 en 25 mg, enkele tabletten daags; Testifortan, 1 ampul per dag i.m. en Ichthobellol-suppositoria, ad vesp. 1 supp.

Met opzet werden deze stoffen uitvoerig besproken omdat zij soms nog wel eens op onjuiste indicatie worden aangewend en daardoor niet alleen zonder

therapeutisch resultaat blijven voor de patiënt doch vaak ook nog schadelijk blijken.

Van sedativa bij potentiële stoornissen kan eveneens alleen maar gebruik gemaakt worden als bijkomende therapie, bijvoorbeeld in gevallen waar seksuele spanningen en onrust bestaan; echter ook deze kunnen de psychotherapie niet vervangen, wel ondersteunen.

Een veelvuldig toegepaste therapie bij seksuele stoornissen is de hormonale. Vaak te onpas en slechts zelden te pas wordt zij aangewend. Begrijpelijkerwijs kan zij alleen maar zin hebben bij hormonale insufficiënties (hypogonadisme, hypogenitalisme, functionele castratie, semi-castratie, climacterium virile). Gebruikelijk zijn dan testosteron al dan niet in combinatie met het gonadotrope hormoon. Het ware beter dat deze hormonen alleen zouden worden toegediend op strenge, specialistische indicatie; op deze wijze zou veel organisch en soms ook financieel nadeel voor de patiënt kunnen worden voorkomen. In dit verband zij vermeld dat testosteron irreversibele stoornissen kan veroorzaken in de spermatogenese.

Zoals wij zagen, verschijnen deze patiënten vaak op een steriliteitspolikliniek en daarom dient ook de specialist voor de huwelijks-onvruchtbaarheid in deze georiënteerd en geschoold te zijn. Het trof ons tijdens een verblijf in de Verenigde Staten dat daar klinieken zijn waar psychosomatisch geschoolde gynaecologen waren, die zich onder meer bezig hielden met onvruchtbaarheid en de zich hierbij vaak aandienende seksuele problematiek.

De psychotherapie zal dus in de meeste gevallen de aangewezen behandeling moeten zijn. Vaak zal de psychiater de aangewezen therapeut moeten zijn, doch in de lichtere gevallen moet de vertrouwensman van de patiënt, de huisarts, zo mogelijk de taak van psychotherapeut op zich nemen. Er zijn verschillende psychotherapeutische mogelijkheden. De suggestie zal in een enkel geval het gewenste tot resultaat hebben, evenals dit het geval kan zijn met de overreding of persuasie. Daarnaast zal men dikwijls met succes de hypnose kunnen gebruiken, vooral als het contact met de patiënt, om welke reden dan ook, moeilijk verloopt. In sommige gevallen zal psychoanalyse uitkomst kunnen bieden.

Tenslotte mag niet worden vergeten, dat de psychotherapie alleen maar kans van slagen heeft indien de patiënt en diens partner de juiste instelling hebben ten opzichte van deze behandeling.

De taak van de huisarts bij de seksuele nood kan een grote zijn, wanneer hij tenminste met kennis van zaken deze problematiek tegemoet kan treden. Het zou dan ook wenselijk zijn dat nascholingscursussen de kennis van de huisarts in deze op peil zouden kunnen brengen en verruimen. In dit verband zou het aanbeveling verdienen, dat een aantal psychiaters zich vooral op de seksuologische psychiatrie zou gaan toeleggen, waardoor men in den lande centra zou kunnen krijgen waar deze patiënten kunnen worden geholpen en waar de huisarts op gezette tijden zijn kennis in deze zou kunnen gaan verrijken.