

Potentiestoornissen

DOOR L. H. LEVIE, SEKSUOLOOG TE AMSTERDAM

De geslachtelijke toenadering tussen beide seksen, resulterend in een lichamelijke éénwording, heeft bij de mens in de regel eerst plaats nadat aan bepaalde geestelijke voorwaarden is voldaan. Een zich tot de ander aangetrokken voelen, een grote mate van genegenheid en van vertrouwelijkheid, vormen bij uitstek het klimaat waarin gevoelens van tederheid en lust ontstaan, die in korte of lange tijd duidelijk erotisch worden getint. Hierbij dient te worden opgemerkt, dat de duur van deze „aanlooptijd” als biologisch verschil tussen de seksen veelal bij de man niet onbeduidend korter is dan bij de vrouw. Dan vangt ook reeds het voorspel aan, waarin bij beide partners duidelijke seksuele gevoelens worden gewekt en liefkozingen plaats vinden, die nog grotendeels op extragenitale gebieden liggen. Bij toenemende drang tot toenadering (libido), waarbij erectie van het membrum masculinum een penetratio in vaginam mogelijk maakt, geschiedt de eigenlijke cohabitatie, die bij de man resulteert in een ejaculatio seminis. Deze gaat vergezeld van een climax in lustgevoel: orgasme. Het gevoel van verzadiging dat hierop volgt, is de eigenlijke bevrediging, al wordt dit woord ook nogal eens synoniem gesteld aan orgasme.

Aldus een grove schets van de „normale” geslachtelijke toenadering, waarbij wij niet willen verzuimen de nadruk te leggen op de enorm grote variatiebreedte van wat men onder „normaal” verstaat. Uit het hierboven geschetste beeld moge duidelijk blijken, dat emoties en sensaties van minstens evenveel belang zijn als lichamelijke verrichtingen en tevens, dat de cohabitatie als zodanig slechts een onderdeel vormt van de geslachtelijke toenadering in zijn geheel genomen. Stoornissen in het verloop daarvan kunnen zich dan ook op elk moment voordoen, zowel in het gevoelsmatig beleven als in de geslachtelijke verrichtingen. Voor zover die bij de man direct samenhangen met de cohabitatie, spreekt men van potentiestoornissen, zodat wij die laatste kunnen definiëren als stoornissen in de seksuele begeerten, verrichtingen en lustbelevingen bij de man vóór, tijdens of na afloop van de paringsdaad. Dit houdt dus in, dat een deel dezer stoornissen op lichamenlijk gebied liggen, namelijk de erectie- en de ejaculatiestoornissen. De erectiezwakte imponeert het meest, doordat het dan kan komen tot een onvermogen (impotentie) de coïtus aan te vangen, voort te zetten of tot een goed einde te brengen.

Maar ook stoornissen in het gevoelsmatig beleven bij de geslachtelijke toenadering rekenen wij onder potentiestoornissen, zoals de aandrang tot, de lust gedurende, het akme aan het einde en de bevredi-

ging na afloop van de coïtus. Soms is de stoornis op gevoelsgebied zo sterk, dat er geen lust meer waarneembaar is of er zelfs onlustgevoel voor in de plaats is getreden.

Veelal komen potentiestoornissen in gecombineerde vorm voor, bijvoorbeeld weinig libido sexualis naast onvoldoende erectie, verminderde kracht der ejaculatie naast minder sterk orgasme. In weinig andere menselijke uitingen komt zo duidelijk de psychosomatische eenheid naar voren als in het geslachtsleven en zijn stoornissen!

Dat potentiestoornissen overigens niet per se pathologisch behoeven te zijn, willen wij hier wel even met nadruk zeggen. Aan een incidenteel optredende stoornis, zoals die ook bijzonder vaak voorkomt bij het eerste seksuele contact van een mensenpaar, behoeft geen pathologische betekenis te worden gehecht. Indien de potentie niet ongestoord blijft, tengevolge van ontbrekend liefdegevoel, trouw aan een derde of gewetensbezwaren, kan het geslachtelijk onvermogen de manifestatie zijn van een gezonde geestelijke instelling ten opzichte van de geslachtelijkheid als liefdesuiting. Het is namelijk onjuist te menen, dat een man altijd, overal en met iedereen potent behoort te zijn. Dit wordt niet altijd door de vrouw begrepen, doordat er een principieel verschil bestaat tussen man en vrouw inzake de mogelijkheid tot geslachtsverkeer. Terwijl de vrouw, zelfs eventueel tegen haar zin, de coïtus toch nog doorgang kan laten vinden, is zulks bij de man ten enenmale niet mogelijk als de erectie hem in de steek laat. Beschuldigingen van gebrek aan goede wil of egoïsme, zo dikwijls geuit door de echtgenote van de impotente man, berusten dan ook dikwijls op een verkeerd begrip van de vrouw over het feit, dat de erectie en de ejaculatie van een man voor het overgrote gedeelte onttrokken zijn aan zijn bewuste wil.

Aan een incidentele stoornis in de potentie dient, zoals reeds gezegd, geen pathologische betekenis te worden gehecht. Dit is echter anders bij een herhaaldelijk ja regelmatig optreden van zulk een gebeuren. Het behoeft wel nauwelijks te worden gezegd dat dit dan diep ingrijpt in de huwelijksverhouding en kan leiden tot allerlei moeilijkheden en conflicten, zowel binnen als buiten het raam van het gezin. Uiteraard is dit reeds mogelijk bij gezonde persoonlijkheden met een potentiestoornis op organische bodem. Nog temeer geldt dit bij de psychogene potentiestoornis, omdat die de uitdrukking is van een gestoorde geestelijke relatie tot de ander, zo niet van een gestoorde persoonlijkheid zélf. Tal van huwelijksconflicten en -tragedies zijn dan ook veel-

eer gebaseerd op een stoornis in de persoonlijkheidsstructuur van de man dan louter en alleen op een potentiëstoornis. Dat omgekeerd huwelijksconflicten niet slechts optreden als gevolgen van een gestoorde potentie, maar ook als oorzaken daarvan, zal nog nader worden besproken.

Het zou interessant zijn getallen te geven over de veelvuldigheid van potentiëstoornissen. Helaas is dit zeer moeilijk. Goede statistieken ontbreken — en ware het slechts omdat de man zijn geslachtelijke volwaardigheid zo nauw aan het hart ligt, dat een erkenning van bepaalde tekorten daarin al voor velen een te grote zelfoverwinning betekent. Toch willen wij enige cijfers noemen. *Kinsey* vermeldt dat 2 procent van de door hem geënquêteerde mannen beneden de 45 jaar aan erectiele impotentie lijden en „a not inconsiderable number” vallen onder wat wij ejaculatio praecox noemen. *Strauss* schat dat 40 procent van alle mannen potentiëklachten hebben. Onze eigen schatting is hierbij vergeleken zeer bescheiden; toch komen wij op een minimum van 5 procent van alle volwassen mannen (*Levie*); een minimum, omdat velen met een zwakke of licht gestoorde potentie daar genoeg mee nemen en een aantal anderen zich schaamt om de arts hierover te consulteren.

Sprekende over zwakke potentie, moeten wij erkennen dat dit begrip niet zo goed te omschrijven is als de gestoorde potentie. De laatste is immers een stoornis tijdens of direct in aan sluiting aan de geslachtsdaad.

Een zwakke potentie houdt in een zwakke libido en een lage coïtusfrequentie. Het is echter bijzonder moeilijk aan te geven tussen welke grenzen de coïtusfrequentie nog „normaal” is te noemen. De getallen die *Kinsey* noemt: 3,3 orgasmen per week vóór en 2,2 na het 30ste levensjaar, zijn gemiddelden, waarvan de individuele getallen sterk kunnen afwijken. Bovendien is bijvoorbeeld in vakantietijd de potentie beduidend hoger dan bij zwaar of verantwoordelijk werk. Voor de seksuoloog is niet zozeer de absolute frequentie van belang dan wel de vraag of beide huwelijkspartijen aan de gegeven frequentie genoeg hebben. Zo kan driemaal per week te weinig zijn bij de een, en eenmaal per twee weken teveel voor de ander.

Organische potentiëstoornissen. Slechts uitermate zelden nopen organische oorzaken van een gestoorde potentie een man tot een gang naar zijn dokter, tenzij er uitgesproken lokale aandoeningen zijn: een erosie of herpes aan de glans, pijn of ontsteking aldaar of aan frenulum of preputium, een zware graad van phimosis (bij lichte vormen liggen de oorzaken meestal op psychisch terrein, namelijk angst de glans te ontbloten), induratio penis plastica, aangeboren afwijkingen als hypogenitalisme, epi- en hypospadie, enzovoort. Ook kan bij uitzondering een gestoorde potentie als enige althans als hoofdzakelijke klacht naar voren worden gebracht bij sommige neurologische of interne ziekten met weinig bijverschijnselen, zoals bij intoxicaties: alcoho-

lisme, morfinisme, broom- en luminalgebruik (epileptici), verder bij acromegalie, multipole sclerose, tabes dorsalis, diabetes, hypothyreoïdie en dergelijke.

Als regel geldt echter dat somatogene potentiëstoornissen deel uitmaken van aandoeningen op intern, neurologisch of endocrinologisch terrein, waarbij de seksuele moeilijkheden zo weinig op de voorgrond treden vergeleken met de andere klachten en symptomen, dat die laatste bepalend zijn voor het bezoek aan de arts of specialist — welke in dat geval dus niet een seksuoloog is.

Hoewel dus in de symptomatologie van tal van organische aandoeningen ook potentiëstoornissen voorkomen, zal slechts bij uitzondering iemand met uitsluitend potentiëklachten aan een somatische oorzaak daarvan lijden. Wij schatten het aantal van deze mannen op minder dan één procent van alle patiënten met potentiëstoornissen (*Levie*), zodat reeds op grond van de kansrekening met meer dan 99 procent zekerheid de psychogene herkomst mag worden verondersteld bij een man, die louter en alleen wegens potentiëklachten komt.

Afgezien van de kansrekening kan men een organische oorzaak uitsluiten, indien bij nauwkeurig opnemen van de anamnese blijkt, dat de uitvalsverschijnselen niet continu en absoluut voorkomen, doch zich slechts speciaal voordoen bij de geslachtelijke „ontmoeting”. Indien dan ook een man erectiezwakte durante coïtu heeft, maar daarnaast wél erecties krijgt gedurende de slaap of bij het ontwaken (die nogal eens worden toegeschreven aan de blaasvulling; ten onrechte, want retentio urinae veroorzaakt nooit erecties!), of indien de ejaculatie — hoewel gestoord bij de coïtus — niet ontbreekt bij nachtelijke polluties of masturbatie, noch in dit laatste geval prematuur optreedt, staat de psychische herkomst wel vast.

Nadat diverse malen bij de postcoïtale test van Hühner geen spermatozoïden in het cervicale slijm noch in de vagina waren aangetroffen, werd azoospermie — dus een organische stoornis! — verondersteld. Er werd testisbiopsie verricht benevens doorspuiten van de ducti deferentes. Dit laatste om een eventuele obturatie vast te stellen. Alles bleek normaal te zijn.

Later zag ik de patiënt. Bij onderzoek van zijn pollutiesperma vond ik prima zaad. Men had bij deze man met ejaculatoire impotentie verzuimd naar polluties en masturbatie te informeren.

Intacte seksuele functies buiten de geslachtsdaad naast gestoorde gedurende de coïtus, wijzen derhalve op een psychogenese van de stoornis. Maar de ervaring leert dat ook het constant ontbreken van erectie of ejaculatie, dus zowel tijdens de coïtus als daarbuiten, meestentijds niet op een organische oorzaak berust, indien de andere functie: ejaculatie respectievelijk erectie, aanwezig blijkt te zijn. Dit ligt ook voor de hand, omdat erectie en ejaculatie zo nauw met elkaar zijn verbonden, uit twee vlak bij elkaar gelegen medullaire centra stammen en langs dezelfde zenuwbanen hun prikkels ontvangen, dat wij, behoudens lokale aandoeningen,

praktisch geen ziekte kennen die de ene functie spaart en de andere opheft.

Een man van 30 jaar oud wordt naar mij verwezen wegens impotentie. De neuroloog schrijft: „Zijn impotentie is post-traumatisch. Drie jaren geleden raakte hij beklemd tussen de walkant en een boot met als gevolg een bekkenfractuur. Het trigonum urogenitale was vernietigd, de ureter afgescheurd. De chirurg wist de mictie te herstellen, maar de potentie bleek gestoord, dat wil zeggen onvoldoende erectie en ejaculatio praecox.” Er werd van deze zijde een lesie in de innervatie verondersteld.

Afgezien van de onwaarschijnlijkheid, dat de dubbelzijdig geïnnerveerde geslachtelijke functies door een enkelzijdig letsel zouden zijn opgeheven, bleken de ejaculatoire vermogens intact te zijn, ook al was de zaadstorting prematuur. Toen de patiënt ook nog vertelde dat zijn eerste coïtuspoging plaats vond een jaar na het ongeval en dat die weliswaar op een volkomen erectieloosheid schipbreuk leed maar in de hierop volgende nacht langdurige erecties optraden, was wel het onomstotelijk bewijs geleverd, dat de stoornis wel na, maar niet door het ongeval was gekomen.

Het bovenstaande samenvattend kunnen wij dus vaststellen dat bij mannen, die uitsluitend potentieklachten hebben, organische oorzaken zeer zelden hiervoor aansprakelijk te stellen zijn en dan nog uitsluitend op grond van een duidelijke organische bevinding plaatselijk of elders. Wij stellen dit zo nadrukkelijk, omdat veel te vaak en op veel te losse gronden met hormontoediening wordt gewerkt. Er is geen reden om onfysiologisch grote hoeveelheden geslachtshormon toe te dienen aan organisch gezonde mannen.

Maar bovendien wordt veel te lichtvaardig een organische oorzaak aangenomen bij mannen in de kracht van hun seksueel leven door te veronderstellen „dat het de leeftijd wel zal zijn”. Een werkelijke ouderdomsimpotentie hebben wij nooit met zekerheid kunnen vaststellen. De potentie op jonge leeftijd is wel groter — het maximum ligt in de adolescentiejaren —, zodat gaandeweg de coïtusfrequentie afneemt, doch het verloop van de paringsdaad blijft bij geestelijk en lichamelijk gezonde mannen tot op hoge ouderdom ongestoord. De kwantiteit zakt dus met het vorderen der jaren, maar in normale omstandigheden niet de kwaliteit (*Newman* en *Nichols*). Meermalen heb ik bij boven-zeventigers ook goed bewegelijke spermatozoiden in goede dichtheid in het sperma aangetroffen. Men bedenke trouwens, dat een psychogene potentiëstoornis zich kan voordoen op elke leeftijd en dus ook in het senium met zijn bijzondere problematiek. Men zij dus uiterst terughoudend met de diagnose „ouderdom”!

Het is de vraag of deze „diagnose” wel altijd door gemakzucht of onwetendheid wordt ingegeven. Men krijgt af en toe de indruk dat de arts te veel zichzelf als maatstaf gebruikt. En wel, indien het een jonge collega betreft, dat deze uitgaat van de gedachte: „Maar jij bent dáárvóór veel te oud, jij hebt je tijd gehad!”, en als 't een oudere collega is: „Ik heb zelf ook al weiniglido, dus behoef jij niet méér te willen dan ikzelf!”. In beide gevallen wordt ten onrechte en op verkeerde gronden de bejaarde man een abnormale wens toegeschreven.

Potentiëstoornissen worden onderscheiden in absolute en relatieve, continue of intermitterende, primaire en secundaire. De stoornis is absoluut als die

steevast bij elke coïtus(poging) en bij elke partner optreedt. Relatief is hij, indien de stoornis zich slechts voordoet bij één bepaalde partner, categorie van partners, of omstandigheid. Het spreekt vanzelf, dat organische stoornissen altijd zowel continu als absoluut zijn in de meest uitgebreide zin, dus behalve bij de coïtus ook bij andere geslachtelijke uitingen. Dit kan ook het geval zijn met psychogene potentiëstoornissen, maar die kunnen ook relatief en intermitterend, stationair dan wel progressief zijn.

Ongeacht of hij organisch dan wel psychisch van oorsprong is, spreekt men van een primaire stoornis indien die reeds vanaf de eerste cohabitatiepoging is opgetreden, zodat de oorzaak dateert vanaf dat ogenblik of daarvóór. Daarentegen treden secundaire potentiëstoornissen pas op na een korte of lange periode van intacte seksuele potentie tengevolge van een actuele lichamelijke of geestelijke oorzaak.

Psychogene potentiëstoornissen. In zijn psychogene potentiëstoornis manifesteert de man een conflict in zijn persoonlijkheid en wel in het bijzonder in dát deel, dat het vermogen tot liefdevolle benadering van de ander weet te verenigen met het lustvol beleven van eigen lichamelijkheid. Op weinig ander gebied openbaart zich de psychofysieke totaliteit van de menselijke persoonlijkheid zo duidelijk als juist bij het geslachtsleven, dat immers uit een samenspel van gevoelens en functies bestaat.

In zekere zin is een potentiëstoornis, die niet van organische herkomst is, de uitdrukking van een geestelijk tekort aan liefde, namelijk tot zichzelf, tot het geslacht van de wederpartij in het algemeen, of tot deze ene partner in het bijzonder. Tot zichzelf, omdat de gezonde volwassen en harmonisch ontwikkelde persoonlijkheid in de eerste plaats zichzelf geslachtelijke lust zal gunnen. Vandaar dan ook, dat het een volmaakt miskennen van de realiteit is, indien wordt beweerd dat bij de samenleving uitsluitend aan en om de wederpartij moet worden gedacht. Maar zeker dient daarnaast de partner positief te worden gewaardeerd, omdat anders de coïtus ontaardt in een soort onanie á deux, óf wel de cohabitatie mislukt als gevolg van een diep innerlijk besef dat de basis onvoldoende is. In dit laatste geval is het falen dus een uiting van psychoseksuele volwaardigheid! Wij zien dus dat een zeker evenwicht noodzakelijk is tussen gezond seksueel eigenbelang en een even gezond liefdesverlangen naar de ander. Dit evenwicht gaat verloren indien de man de belangen van de ander te zeer en te eenzijdig laat prevaleren boven de zijne. De man die bang is zijn partner bij de defloratie te bezeren, of die om harentwille het voorspel of de samenleving overmatig rekt, kan door deze achterstelling van eigen lust een potentiëstoornis krijgen.

In dit overzicht zouden wij, de verschillende fasen van de coïtus volgend, de potentiëstoornissen achtereenvolgens kunnen indelen in die van de

libido, van de erectie, van de ejaculatie en van de orgasme. De ervaring leert echter, dat niet slechts éénzelfde oorzaak bij verschillende patiënten op elk van bovengenoemde gebieden tot uiting kan komen, maar tevens, dat zo'n stoornis niets zegt over de aard van het daaraan ten grondslag liggend psychisme, zijn herkomst, zijn intensiteit of zijn structurele plaats in de persoonlijkheid. Het woord „potentiëstoornis” of zelfs een nadere aanduiding van de uitgevallen functie, zegt ons niet meer dan de omschrijvingen „loopstoornis” of „anemie”. Kortom, eenzelfde psychogene potentiëstoornis kan door tal van onderling zeer uiteenlopende oorzaken ontstaan. Zij kan de uitdrukking zijn van een gezonde afkeer, doch ook een symptoom van een zwaar gestoorde persoonlijkheid. Een potentiëstoornis van eenzelfde aard kan zeer recentelijk ontstaan zijn door een actueel conflict, maar ook kan zij haar oorsprong vinden in de vroegste ontwikkelingsjaren van het individu. Het zal duidelijk zijn dat in de laatst genoemde omstandigheid de stoornis veel dieper is geïntegreerd in de persoonlijkheid dan dat dit bij een actueel conflict het geval is. Omdat behandeling en prognose nauw hiermede samenhangen, komt het ons zinnig voor de psychogene potentiëstoornissen te onderscheiden in twee groepen, namelijk in die, welke berusten op de structuur van de persoonlijkheid, en die, waarvan de oorzaken moeten worden gezocht in een min of meer actueel conflict. Bij de eerste groep overwegen dus de endogene, bij de tweede de exogene factoren.

Structurele oorzaken van potentiëstoornissen. Een potentiëstoornis is soms niets anders dan de seksuele facet van een (neurotische) karakterstoornis, welke diep verankerd is in de persoonlijkheid. Zo kan een potentiëstoornis de seksuele uitdrukking zijn van een levensinstelling, die „gekaracteriseerd” is door vlakke of koude emotionaliteit, door stugheid, geslotenheid, starheid of agressiviteit. Bij dergelijke naturen spelen naast aanleg vooral ook invloeden mee uit de ontwikkelingsjaren. Indien daardoor de ontplooiing van lust- en liefdesgevoelens is verhinderd, kan daaruit later een potentiëstoornis resulteren.

Dit is bijvoorbeeld het geval bij neurotische contactstoornissen, variërend van lichte schroom tot volledige blokkering bij elke emotionele benadering van de medemens. Het betreft hier een afweer van het affectieve contact en is nogal eens veroorzaakt door een affectieve verwaarlozing in de jeugd, of door defecte en disharmonische gezinsomstandigheden. Deze en andere neurotiserende omstandigheden kunnen leiden tot onderdrukking van de emotionaliteit in zijn geheel en tot agressieve tendenties die de liefde vergezellen (ambivalentie). Verder tot stoornissen in de vitale sfeer met emotionele gevoelsvlakheid en afweer van seksuele lust, waardoor deze mensen niet kunnen of mogen liefhebben en genieten.

Eveneens is de persoonlijkheid er diep bij betrok-

ken, wanneer niet zozeer de aard der gevoelens is veranderd dan wel de aard van het object, ten opzichte van welke de belevenissen worden opgewekt. Indien het liefdesobject bij deze mensen niet aan bijzondere eisen voldoet, is een potentiëstoornis veelal het gevolg. Dit is het geval wanneer er een (neurotische) dissociatie bestaat tussen liefde en seksualiteit. De vrouw die men liefheeft en huwt valt dan niet samen met de vrouw bij wie seksuele verlangens worden ondervonden, hetgeen leidt tot een zogenaamde neurotische exogamie, een dwangmatige ontrouw; bij de echtgenote is zulk een man meer of minder impotent.

De keuze van het liefdesobject is uiteraard nog veel sterker gestoord, indien die valt buiten de gewone man-vrouw-verhouding en slechts seksegenoten de libido sexualis kunnen opwekken. Indien deze homoseksuele tendenties worden afgeweerd en er getracht wordt zich tot heteroseksueel verkeer te beperken, kan een potentiëstoornis de (verdrongen) afwijzende instelling verraden. (Overigens kunnen potentiëstoornissen even goed bij homoseksueel als bij heteroseksueel geslachtsverkeer optreden, en wel mutatis mutandis door precies dezelfde oorzaken als in dit opstel is beschreven voor heteroseksueel verkeer).

Bij een andere groep van mannen is de potentie dwangmatig afhankelijk van bijzondere voorwaarden. Wij bedoelen hiermede niet slechts een zekere voorkeur voor een bepaald uiterlijk of lichaamsdeel, handeling of zelfs voorwerp (kledingstuk) die, in het liefdesspel opgenomen, de lust verhoogt; zulk een voorkeur is wel bij een ieder meer of minder uitgesproken aan te treffen. Indien het echter niet meer een voorkeur betreft maar een strikt noodzakelijke voorwaarde, die dwangmatig de coïtus — of een daarvan min of meer afwijkende substituut-handeling — moet vergezellen en zonder welke de lust en de libido vrijwel afwezig zijn, kan in deze versie de oorzaak schuilen van een potentiëstoornis.

Een zeer grote groep mannen met primaire potentiëstoornissen wordt gevormd door hen, bij wie de cohabitatie bepaalde infantiele angsten doet herleven, die Freud samenvat onder het castratiecomplex. De bijzondere aandacht van het kind voor zijn genitaal en de waarneming van de geslachtelijke verschillen tussen beide seksen kan angst voor letsel of mutilatie aan dit genitaal doen ontstaan, welke angst weliswaar naar het onbewuste wordt verdrongen, maar toch tot ver in de volwassen leeftijd in min of meer duidelijke vorm gehandhaafd kan blijven.

Wij vermelden hier bijvoorbeeld de pseudophimosis die veel voorkomt, maar zeer dikwijls niet wordt onderkend doordat de patiënt bij pogingen het praeputium over de glans penis op te schuiven dermate angstig is en overmatig pijn aangeeft — ja lang niet zelden dreigt flauw te vallen — dat men al te vaak circumcisie meent te moeten laten verrichten.

Dat dit uitsluitend een angst is, blijkt uit het feit dat de voorhuid bij enige goede wil zeer wel opschuifbaar is waarbij dan meestal veel smegma wordt aangetroffen. Bovendien blijkt opvallend vaak, dat deze mannen bij zwemmen hun

ogen onder water stijf dicht houden. De correlatie hiervan met de angst voor het genitaal is, dat in beide gevallen de kwetsbare organen bij vermeend gevaar worden bedekt gehouden.

Meestal blijft deze angst het zo kostbare en kwetsbare orgaan aan „gevaar” bloot te stellen onbewust, zelfs indien men zou trachten die duidelijk te maken. In dat geval zou zo'n uiteenzetting met ongeloof worden aangehoord of hoogstens voor kennisgeving aangenomen, zonder dat er hoegenaamd iets zou veranderen op die ogenblikken, waarop deze angst wordt geprovoceerd, namelijk bij de geslachtelijke toenadering. Dan dient immers de man dit lichaamsdeel aan de ander toe te vertrouwen en juist op dat moment verdwijnen libido en erectie, welke gedurende het voorspel nog volkomen intact bleken. Door het verdwijnen van de erectie wordt de „gevaarlijke situatie”, dat wil zeggen de immissio penis, ontlopen.

In de regel leidt deze castratie-angst tot een primaire stoornis, dus optredende vanaf de eerste poging tot seksuele toenadering. Echter kan de angst ook leiden tot een secundair optredende stoornis, doordat de angst latent bleef totdat een bijzondere aanleiding deze angst manifest maakt, bijvoorbeeld door een acute doodsdreiging. Dat bij zulk een latente angst bij de man de houding en instelling van de seksuele partner van bijzonder groot belang is en vooral bij de aanvang van zijn actief seksueel leven zelfs doorslaggevend kan zijn, moet met nadruk worden vastgesteld. Indien de vrouw zelf angst voor de defloratie heeft en dit door pijnuitingen ondubbelzinnig te kennen geeft, versterkt zij de angst bij de man dusdanig dat het op een falen uitloopt, terwijl bij een positieve en coöperatieve instelling van de vrouw die angst binnen de perken kan blijven.

Tenslotte willen wij hier noemen de grote groep van neurotici, wier potentiële stoornis weliswaar berust op structurele (endogene) oorzaken, maar bij wie daarnaast ook actuele (situatieve) aanleidingen zijn te vinden. Deze mannen zijn voor stoornissen gepredisposeerd tengevolge van niet-overwonnen conflictsituaties uit de kinderjaren. Deze onverwerkte resten kunnen latent blijven, ook in het huwelijk, zolang alles op rolletjes loopt. Totdat een actuele aanleiding, een frustratie, een conflict met de wederpartij of een reeks frustraties en conflicten, de infantiele conflictsituatie doet herleven. Daar komt nog bij dat fixaties aan infantiele conflicten belemmerend werken op de harmonische ontplooiing en rijping van de persoonlijkheid, waardoor in zeer veel gevallen de neuroticus in bepaalde opzichten een onvolgroeide persoonlijkheid bezit en in zijn partnerkeuze onrijpe verlangens tracht te verwezenlijken (bijvoorbeeld een man, die door oedipale gebondenheid in zijn echtgenote een moeder tracht te vinden) of wel een eveneens neurotische wederpartij huwt, die door haar psychische immaturiteit en emotionele labiliteit de kans op frustraties en conflicten nog vergroot.

Het aandeel van de wederpartij inzake de potentie van de man kan derhalve niet licht worden overschat. Zij kan de man seksueel „maken en breken”; zij kan hem over de angstdrempel helpen of zij kan hem hierop laten steken; zij kan zijn onzekerheid, minderwaardigheids- en insufficiëntiegevoelens helpen overwinnen of deze versterken. Zij kan ook aan bijzondere liefdesvoorwaarden en bepaalde perverse inslagen tegemoet komen, voor zover die door haar te aanvaarden zijn. En in de liefde is veel mogelijk en alles geoorloofd!

Actuele oorzaken van potentiële stoornissen. Hoevel actuele oorzaken aan de vermoedelijk overgrote meerderheid van alle potentiële stoornissen ten grondslag liggen, zullen wij die in dit overzicht het kortst behandelen. En wel op grond van de zo grote diversiteit van die oorzaken, dat een volledige opsomming nu eenmaal ondoenlijk is. Wij noemen hier: morele bezwaren, schuldgevoel en strafbehoefte, gekrenkte trots en ijdelheid, vrees voor complicaties, bindingsangst, wens naar een derde, minderwaardigheidsgevoelens en afkeer.

Hoe uiteenlopend ook, alle genoemde oorzaken hebben gemeen dat zij tot vertolking brengen de uit het bewuste afgeweerde negatieve gevoelens ten opzichte van de situatie of de wederpartij, welke gevoelens zijn ontleend aan de actualiteit en derhalve niet structureel samenhangen met de persoonlijkheid. Wel kan die laatste een zekere ontvanke-lijkheid veroorzaken, bijvoorbeeld overgevoeligheid, maar zonder de recente oorzaak zou er stellig geen stoornis zijn opgetreden. Het bewijs wordt veelal geleverd door de snelle genezing na opheffing van het actuele conflict. Het spreekt wel vanzelf dat deze groep van stoornissen tengevolge van actuele oorzaken in de regel van secundaire aard en relatief zijn.

Een huwelijkscombinatie, die als het ware voorbeschikt is voor potentiële stoornissen op actuele grondslag is die tussen een extraverte en primair reagerende vrouw met een introverte echtgenoot. Bij de een of andere aanleiding overlaadt zij hem met grievende verwijten, die hij zwijgend aanhoort en „opzout”. Maar bij de eerstvolgende coïtus faalt hij (hierdoor, maar dat is hij zich niet bewust), waardoor zijn vrouw in haar teleurstelling opnieuw in verwijten of krenkingen vervalt, waarbij de man opnieuw zijn agressie „opvreet”, die zich in een volgend falen openbaart. Enzovoort!

De negatieve gevoelens worden bij deze aandoe-ningen grotendeels uit het bewustzijn verdrongen, althans niet in verband gebracht met de stoornis, zodat de betrokkene niet weet wat de oorzaak is en deze wijt aan allerlei bijkomstigheden: het werk, roken, „vermoeidheid”, enzovoort. Indien het hier geen verdringing betrof en de gevoelens jegens de wederpartij of tegen de situatie bewust als negatief zouden worden ervaren, zou van een toenadering geen sprake zijn, terwijl bij uitsluitend positieve gevoelens de coïtus ongestoord zou verlopen. Daar echter de in het bewustzijn toegelaten wens naar gemeenschap samengaat met uit het bewustzijn afgeweerde negatieve of agressieve gevoelens, komt

het wel tot de aanstalten tot een cohabitatie, die echter niet of slechts tendele wordt voltrokken. Een negatieve instelling tot de echtgenote wordt juist in een goed huwelijk zo dikwijls uit het bewustzijn gebannen, omdat de man dan de neiging heeft eventuele verwijten of grieven te onderdrukken, daar volgens zijn code in een huwelijk uitsluitend liefde mag heersen. De ontlading in de vorm van een manifest geschil blijft dan uit, de atmosfeer wordt niet verfrist en de grief wordt verdrongen en, indien sterk genoeg, omgezet (geconverteerd) in een lichamelijk onvermogen, waarin de man een confrontatie met zijn conflict ontloopt en bovendien de partner „straft”. Dit laatste is vooral duidelijk indien de man middels masturbatie of omgang met een derde zichzelf schadeloos stelt of bij secundaire ejaculatio praecox, waarbij de man immers wél bevrediging krijgt en de vrouw „in de kou blijft zitten”, om een patiënt te citeren. (Overigens is ejaculatio praecox meestal een primaire potentiëstoornis en berust dan op diepliggende structurele oorzaken).

Meestal is de potentiëstoornis een „minusvariant” van het normale gebeuren, zoals libido deficiens, erectiezwakte, ejaculatio praecox, ejaculatoire impotentie (ejaculatio deficiens), anorgasmie of hyporgasmie. Maar ook in een „plusvariant” kan zich een gestoorde potentie openbaren: overmatig libido, frequente en langdurige erecties (onpijnlijk en daardoor verschillend van het continue en pijnlijke priapisme), een bijzonder hoge coïtusfrequentie, een overmatige lange duur van de coïtus (s. ejaculatio retardata).

Zoals reeds is betoogd, bestaat er geen enkele vaste correlatie tussen een bepaalde vorm van potentiëstoornis en een bepaald psychisme, zodat hetzelfde conflict bij verschillende personen aanleiding kan zijn tot geheel uiteenlopende potentiëstoornissen, terwijl omgekeerd eenzelfde potentiëstoornis door zeer verschillende psychische oorzaken kan ontstaan. Hiermede is niet in tegenspraak, dat de onbewuste „keuze” van de stoornis wel degelijk is gedetermineerd en bepaalde gevoelens uitdrukt. Zo bijvoorbeeld morele bezwaren door erectieloosheid („Ik ben tenslotte niet tot het uiterste gegaan”), ressentimenten door premature ejaculatie („Ik wel en jij niet!”), angst voor impotentie door overmatige erecties („Zie je wel dat het nog gaat!”) enzovoort. Maar deze zelfde potentiëstoornissen kunnen even goed op andere gronden berusten!

Therapie van potentiëstoornissen. Wij hebben getracht aan te tonen dat het overgrote merendeel (99 procent) van de mannen die met potentiëklachten tot ons komen, lijdende zijn aan psychogene stoornissen. Omdat bij psychische aandoeningen diagnostiek en therapie niet zijn te scheiden, moet er met nog meer klem op worden gewezen dat zonder een goede diagnose — en „potentiëstoornis” of „erectiezwakte” is géén diagnose! — en duidelijk inzicht in de genese een adequate therapie niet

mogelijk is. Hoe vanzelfsprekend het ook is dat bij een organisch gefundeerde stoornis de oorzaak wordt opgespoord en behandeld, kost het toch de ietwat al te somato-therapeutisch ingestelde arts soms moeite te begrijpen dat ook een psychogene aandoening een adequate aanpak vereist. Nog maar al te vaak wordt de psychogene potentiëstoornis beschouwd als een niet-kunnen in plaats van een niet-mogen, respectievelijk niet-willen. Dan wordt naar de spuit met Neohombreol gegrepen, zonder er zich rekenschap van te geven dat men een conflict, haat of schuld niet kan wegspreken.

Wij willen hiervoor gaarne waarschuwen. Een zo kostbare behandeling — kostbaar niet slechts in geld maar ook omdat hierdoor kostbare tijd verloren gaat die het huwelijk onnodig op een zware proef stelt — is zelden doelmatig en dikwijls een kunstfout, waarbij het excuus dat hiermede toch ook een suggestief effect wordt beoogd, niet geheel opgaat; men kan in dat geval ook iets anders (en niet per injectie) toedienen dan een onfysiologisch hoge dosis testosteron.

Een man van 48 jaar met libidozwakte en enige pijn in de lies werd behandeld met vrij hoge doses testosteron. De libido verbeterde niet, maar de pijn werd nu veel erger en breidde zich uit over de gehele onderkant van de buik. Nu werd hij verwezen naar de chirurg, die de appendix wegnam; deze bleek niet ontstoken te zijn. De man bleef echter over pijn en libidozwakte klagen. Over die laatste zou de chirurg hebben gezegd, dat dat zijn leeftijd was.

De oorzaak lag in de gestoorde echtelijke verhouding met de ontrouwe echtgenote, waardoor een permanente seksuele stuwung was ontstaan welke zich door lichte pudendalgische klachten kenbaar maakte. Door de testosteron werd van de lichte pudendalgie een zware pudendalgie gemaakt met alle gevolgen van dien, doordat dit beeld niet was herkend, zonder dat nochtans iets werd veranderd aan de libido-stoornis noch aan het daaraan ten grondslag liggende conflict.

Een adequate behandeling van psychogene potentiëstoornissen begint met het opnemen van de anamnese, hetgeen bij actief luisteren niet zelden reeds heilzame effecten kan teweeg brengen. Is er een secundaire stoornis, dan verdient het aanbeveling na te gaan wanneer die is ontstaan en of er kort daaraan vooraf gaande een conflict is geweest dat in dat geval de aanleiding zou kunnen zijn.

Een nauwkeurige anamnese is ook daarom belangrijk, omdat een man zich soms ten onrechte van een stoornis beschuldigt op grond van het uitblijven der bevrediging bij de wederpartij, terwijl in werkelijkheid de moeilijkheid niet bij hem doch bij de vrouw zit. Vooral bij de klacht dat de man zo kort over de gemeenschap doet, denke men er aan dit te verifiëren door te informeren naar duur en aantal fricties in vagina.

Men mag trouwens nooit uit het oog verliezen, dat in de potentiëstoornis niet alleen de gevoelens van de man worden uitgedrukt, maar ook zijn reacties op en door de ander. Een potentiëstoornis is eigenlijk minder een symptoom bij een man, dan wel een ziekteverschijnsel van en in een huwelijk. Vandaar dat uitstel van genezing door ontoereiken-

de therapie, evenals ongefundeerde uitspraken van de kant van de arts, fatale gevolgen kunnen hebben voor zo'n huwelijk. Potentiële toornissen zijn levensgevaarlijk — niet voor het individuele maar wel voor het huwelijksleven! Zou men hier vaker aan denken, dan zullen potentiële klachten minder in hun betekenis en gevolgen worden onderschat.

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

Levie, L. H. (1951) *Int. J. Sexol.* VI, 138.

Newman, G. en C. R. Nichols (1960) *J. Amer. Med. Ass.* 173, 33.

Strauss, E. B. (1950) *Brit. med. J.* I, 697.

Enkele sociaal-economische aspecten van de gezinsgrootte

DOOR DR A. VAN BRAAM, SOCIOLOOG TE 'S-GRAVENHAGE

De gezinsgrootte is niet alleen in bevolkingspolitieke zin een belangrijke en controversiële aangelegenheid, maar ook in de sociaal-economische politiek, als het gaat om vraagstukken van inkomensvorming en inkomensbesteding. Men denke in dit verband aan de nog steeds actuele discussies rondom de kinderbijslag, de belastingprogressie en de financiële positie der grote gezinnen in het algemeen. In de nationale en internationale gezinsorganisaties zijn de „financiële gezinslasten” of „de lasten” respectievelijk „kosten per kind” gewilde en emotioneel geladen discussie- en programmapunten. In de geïnstitutionaliseerde wereld der vrijgezellen vindt men deze thema's in spiegelbeeld terug.

Op de keper beschouwd gaat het steeds om deze kernvraag: moeten reële inkomensverschillen tussen kleine en grote gezinnen worden gemitigeerd of zelfs opgeheven („Lastenausgleich”) en zo ja, op welke wijze dient dat te geschieden? Daarbij gaat men er stilzwijgend van uit dat gezinsgrootte en reëel inkomensniveau in de sociaal-economische werkelijkheid negatief zijn gecorreleerd. Met betrekking tot deze kernvraag willen wij nu enig kwantitatief documentatiemateriaal aandragen. Wij beperken ons daarbij tot arbeidersgezinnen, waarvan het gezinshoofd werkzaam is in de industrie.

Het gemiddelde verdiende bruto-weekloon van mannelijke arbeiders van 25 jaar en ouder werkzaam in de nijverheid bedroeg in oktober 1962 ruim f 121,— (1). Dit bedrag is onafhankelijk van de gezinsgrootte. Bij de vaststelling van het bruto-weekloon wordt in ons land geen rekening gehouden met het aantal kinderen dat de arbeider tot zijn last heeft. Voor gelijke prestatie worden hoofden van kleine en van grote gezinnen gelijkelijk beloond. In de praktijk der loon- en inkomensvorming wordt echter niet alleen loon naar prestatie, maar tot op zekere hoogte ook „loon naar behoefte” uitgekeerd. Gewoonlijk geschiedt dit in de vorm van toeslagen (bijslagen, toelagen) op het brutoloon. In ons land kent men deze toeslagen als kinderbijslag, kindertoelage en gezinstoelage. Deze toeslagen berusten overwegend op wettelijke regelingen (Kinderbijslagwet, kindertoelagebesluiten), voor een klein deel worden zij op vrijwillige basis door de werkgever uitgekeerd (bijvoorbeeld bovenwettelijke gezinstoe-

lagen). In oktober 1962 bedroeg de wettelijke kinderbijslag per week voor gehuwde arbeiders in de industrie:

met 1 kind	f 4,56
met 2 kinderen	f 9,54
met 3 kinderen	f 14,52
met 4 kinderen	f 21,30
met 5 kinderen	f 28,08

Met het behoeftenelement wordt overigens niet alleen rekening gehouden aan de kant van het loon, maar ook aan de kant der loonhoudingen en der gezinsbestedingen. Bij gelijk loon neemt de loonbelasting met toenemende gezinsgrootte af. Grote gezinnen betalen, ceteris paribus, absoluut en relatief minder loonbelasting dan kleine gezinnen. Uit een onderzoek van het C.B.S. is gebleken dat ook de druk der indirecte belastingen degressief is ten opzichte van het kindertal (2). In sommige gemeenten zijn de tarieven voor gas en elektriciteit naar gezinsgrootte gedifferentieerd met de bedoeling grotere gezinnen tegemoet te komen. Op school- en cursusgeld, kerkelijke en verenigingsbijdragen, tarieven voor medische voorzieningen worden veelal gezinsreducties verleend. Buiten ons land genieten grotere gezinnen soms ook kortingen op de tarieven der openbare vervoersbedrijven.

* * *

In het algemeen kan men zeggen dat met toenemende gezinsgrootte het nominale netto-inkomen uit arbeid in loondienst (dat is het bruto-loon plus kinderbijslag minus loonbelasting, sociale-verzekeringspremies en gezinsreducties op diverse tarieven) toeneemt. Wanneer men in oktober 1962 het netto-inkomen uit arbeid in loondienst (doch zonder mederekening van de gezinsreducties op bepaalde tarieven) voor de gehuwde industrie-arbeider zonder kinderen op 100 stelt, komt men tot de volgende indexcijfers voor arbeiders met kinderen:

met 1 kind	106
met 2 kinderen	113
met 3 kinderen	120
met 4 kinderen	128
met 5 kinderen	136