

Zullen medische oplossingen voor seksuele problemen seksuologische zorg en seksuologische wetenschap overbodig maken?

David Rowland

Universiteit van Valparaiso, Valparaiso, VS

Samenvatting

De laatste tijd is er heel wat ophef ontstaan omtrent de “medicalisatie” van seksuele problemen en het toenemende gebruik van - en in sommige gevallen zelfs terugkeer naar - het ziektemodel als de standaard voor behandeling (Tiefer, 2002; Winton, 2000). Deze bezorgdheid is niet nieuw, gezien ze in de jaren ‘80 de kop opstak met de introductie van intracaverneuze injecties voor de behandeling van erectieproblemen (zie Bancroft, 1989; Tiefer, 1986). Tijdens de laatste 5 tot 10 jaar blijkt deze trend zelfs fors te zijn toegenomen. Er is dan ook een dramatische verschuiving ontstaan in de behandeling van seksuele problemen, die het meest merkbaar is in de behandeling van seksuele problemen¹ waarbij de klinische verslagen en onderzoeksverslagen gedomineerd worden door het gebruik van farmaceutica zoals PDE-5-remmers (Viagra™, Levitra™, Cialis™). Voor zover dit niet reeds het geval is zullen andere seksuele problemen, zoals genderidentiteitsstoornissen en de seksuele parafilieën waarschijnlijk dezelfde verandering ondergaan in de komende 10 tot 20 jaar.

Waarom deze zaak dan aan de orde brengen, en waarom nu? In de voorbije tien jaar is er een hernieuwde interesse ontstaan voor de studie van seksualiteit en seksuele problemen. Het is geleden sinds Masters en Johnson (1970) en Kaplan (1974) dat er nog zoveel gesproken is over -en zoveel vooruitgang geboekt in het begrijpen van - seksuele problemen en seksuele gezondheid. Er zijn nieuwe tijdschriften en nieuwe professionele verenigingen opgericht, er zijn nieuwe onderzoeksfondsen ingesteld, nieuwe onderzoeksprogramma's toegepast, en nieuwe behandelingen aangeprezen. Maar in dit nieuwe tijdperk van de studie en de behandeling van seksualiteit is de discipline er een geworden van hoofdzakelijk medische aard, die specifiek bekend staat als “seksuele geneeskunde” (“sexual medicine”). In feite is seksuele geneeskunde de algemene en definiërende term geworden voor het merendeel van de recente ontwikkelingen op het gebied, en neemt ze de overhand bo-

ven traditionelere en bredere termen zoals “seksuologische wetenschap” en “seksuele therapie”, benamingen die in de voorbije decennia minder gebruikt werden of zelfs onzichtbaar zijn geworden voor het grote publiek. De hernieuwde interesse voor seksuele gezondheid - nu onder het mom van seksuele geneeskunde - werd grotendeels gedreven door recente farmacologische ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen hebben beduidende gevolgen voor patiënten, verstrekkers van gezondheidszorg en voor het domein van de seksuologie in zijn geheel.

Naar een definitie van de termen

Met de introductie van sildenafil is de laatste verschuiving van seksuologische zorg naar seksuele geneeskunde inzake de paradigma's in de behandeling van seksuele problemen bijna een feit, tenminste wat erectieproblemen betreft. Om de zaken die in deze paper aan bod komen goed te begrijpen is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen “seksuele geneeskunde” en “seksuologische wetenschap en zorg”.

Prof. dr. D.L. Rowland, Department of Psychology, Valparaiso University, Valparaiso IN 46383 USA. F: 219.464.5381; T: 219.464.5313; E: david.rowland@valpo.edu
Dit is een bewerking en vertaling van een lezing op het Vlaamse-Nederlandse jubileumcongres in Antwerpen, september 2006.

¹ gedefinieerd als het gebrek om op een adequate manier seksueel te reageren, wat succesvolle en/of bevredigende seksuele relaties met een partner in de weg staat.

Seksuele geneeskunde (i.e., “medische oplossingen”) steunt vooral op het ziektemodel, dat uitgaat van een onderliggende pathofysiologie die hersteld of bijgesteld dient te worden. Dit model benadrukt fysieke (chirurgische) of biomedische behandelingen en de onderliggende onderzoeksmethodologie, die deze behandelingen ondersteunt, legt doorgaans een sterke nadruk op klinisch proefonderzoek. Voor de patiënt betekent dit dat hij toegang verkrijgt tot gezondheidszorg door aan te kloppen bij een arts, hetzij een huisarts of een specialist (bijv. uroloog, gynaecoloog, of psychiater).

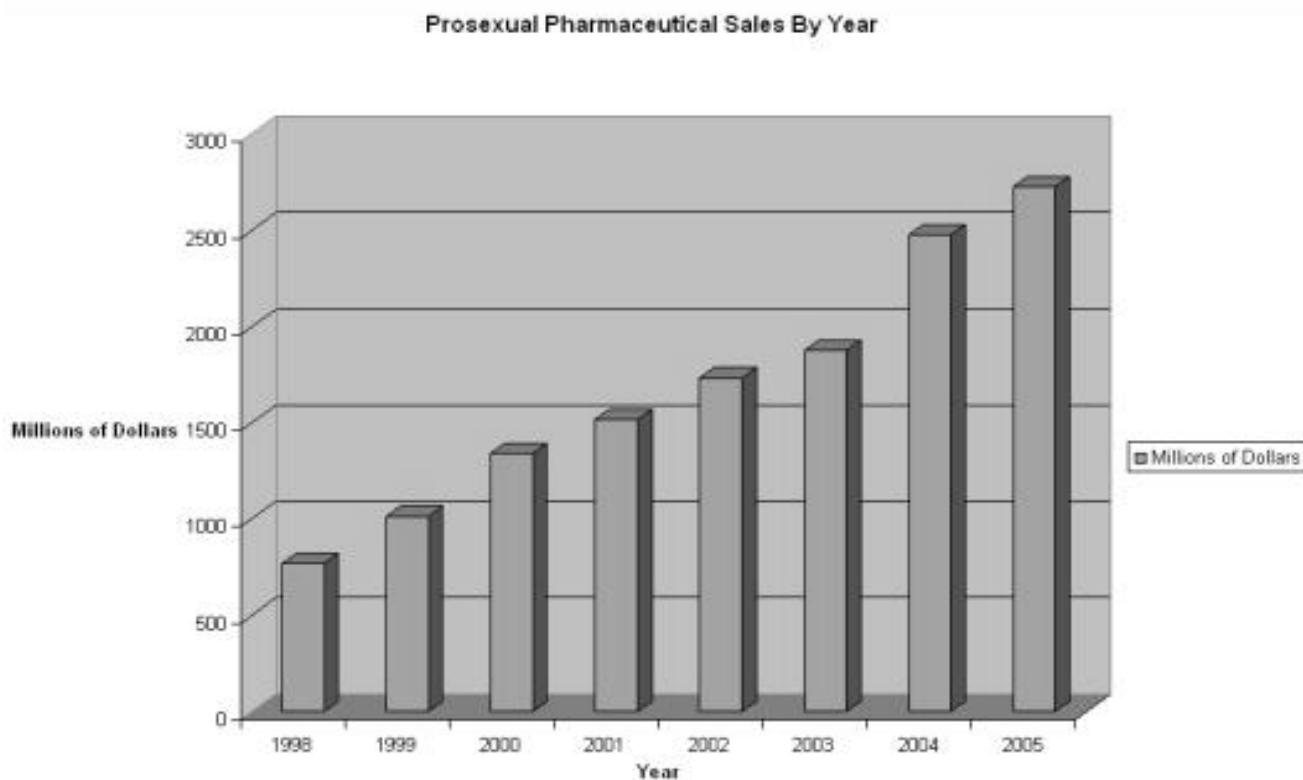
Seksuologische wetenschap en zorg daarentegen vertegenwoordigen vandaag de dag een breed gedefinieerde, interdisciplinaire aanpak van het onderzoek, de diagnose en de behandeling van seksuele problemen - algemeen bekend als het biopsychosociale model². Hoewel deze terminologie soms wat te vaak gebruikt wordt, verwijst ze in essentie naar een aanpak die de nadruk legt op de integratie van culturele, relationele en biologische factoren, zowel voor de behandeling als voor het onderzoek. Een onderliggende veronderstelling van deze aanpak is dat patiënten toegang kunnen krijgen tot de gezondheidszorg door een aantal verschillende deuren, maar dat de verstrekker

van gezondheidszorg een systematische aanpak van het probleem handhaaft, en dus een verscheidenheid van mogelijke gebieden onderzoekt die raken aan de stoornis en een waaier van behandelingsopties aanbiedt, die de patiënt zowel naar een verbeterd seksueel functioneren als naar seksuele voldoening moet leiden.

Voorbij ontwikkelingen, toekomstige trends

Laten we de meest waarschijnlijke ontwikkelingen in beschouwing nemen die aan de basis liggen van de overgang van seksuologie naar seksuele geneeskunde. De laatste jaren bestaat bij farmaceutische bedrijven de toenemende trend om te investeren in geneesmiddelen die de kwesties rond kwaliteit van leven (vs. kwesties van leven en dood) aankaarten. ViagraTM is hier een duidelijk voorbeeld van, maar er bestaan ook andere: in de VS worden deze geneesmiddelen op de markt gebracht onder handelsmerken als NasonexTM voor neus- en sinusproblemen, LunestraTM voor slapeloosheid, NexiumTM voor reflux, RequipTM voor het “rusteloze benen syndroom”, enzovoort. Hoewel de verschillende motivaties van farmaceutische bedrijven uiteenlopen, is economisch gewin er duidelijk één van. Vergrijzing, met als gevolg de toenemende aanwezig-

Figuur 1. Stijgende verkoop van PDE-5 remmers van 1998-2005. Gegevens over Viagra® lopen van 1998 tot 2003. Cialis® en Levitra® zijn opgenomen in 2004-2005. Deze hoeveelheden zijn gebaseerd op een overzicht van financiële gegevens die voor het publiek beschikbaar zijn gemaakt door elk van deze drie producenten: Pfizer Inc., Eli Lilly and Company, and GlaxoSmithKline.



² Dit concept werd voor de eerste keer ingevoerd voor gezondheids- en ziektekwesties door George Engel in 1977.

heid van erectieproblemen, en de sterke interesse voor en het matige succes³ van intracaverneuze injectie-therapie hebben de weg gebaand voor deze overgang. Wat erectieproblemen betreft werd deze overgang een feit met de komst van de eerste PDE-5-remmer, Viagra[™], kort daarop gevolgd door Cialis[™] en Levitra[™].

Deze orale medicaties verzekerden een gemakkelijke, economische en doeltreffende behandeling voor mannen met pathofysiologische of psychologische erectieproblemen, of beiden. De interesse voor, en het gebruik van deze farmacologische opties blijkt uit de verkoopcijfers van deze geneesmiddelen, vanaf de invoering ervan in 1998 tot 2005 (Fig 1). Er bleek een stabiele toename op dit punt in het geval van Viagra[™] tussen 1998 en 2003, die werd gevolgd door een verdere sprong in 2004 met de invoering van Levitra[™] en Cialis[™] (de tabellen 2004 en 2005 van Figuur 1 bevatten de geschatte verkoop van al deze geneesmiddelen). Tussen 1998 en 2004 werden 123 miljoen voorschriften afgegeven voor naar schatting 23 miljoen mannen. De meeste recente schattingen suggereren dat 90% van mannen met behoefte aan behandeling voor erectieproblemen nu behandeld wordt met PDE-5-remmers (Althof, 2006).

Zodoende is een seksueel probleem, dat ooit kon rekenen op de gedeelde interesses en expertises van zowel sekstherapeuten als van artsen/urologen, nagenoeg het exclusieve domein geworden van de geneeskunde. Verdere ontwikkelingen in dit domein wijzen er ook op dat het patroon voor erectieproblemen niet uniek is; deze trend zal zich naar alle waarschijnlijkheid uitbreiden naar andere seksuele problemen, naarmate de initiële impuls van PDE-5-remmers zich verder uitbreidt dankzij geneesmiddelen als dapoxetine en Intrinsa[™], veelbelovende middelen voor de behandeling van problemen met betrekking tot ejaculatie, seksuele prikkeling en seksueel verlangen bij zowel als mannen als vrouwen.

Voor dapoxetine in het bijzonder, in de VS en Europa onderworpen aan uitgebreide klinische tests, is aangetoond dat het de ejaculatie bij mannen met voortijdige ejaculatie tot 1 à 3 minuten kan uitstellen en dat het hun gevoel van controle over hun ejaculatie verhoogt (Pryor e.a., 2006).

Intrinsa[™], een transdermaal androgeenpreparaat voor de behandeling van verminderde seksuele opwindings- en verlangen kon al op de goedkeuring van het Europese veiligheidsagentschap rekenen (zie Davis e.a., 2006). Het onderzoek naar andere middelen met een

impact op het seksuele functioneren heeft een nieuwe versnelling bereikt: de melanocortine-agonist bremelanotide wordt onderzocht als behandelmiddel voor problemen met betrekking tot het seksueel verlangen en de seksuele prikkelingen bij mannen en vrouwen. Ook middelen die de serotonerge, dopaminerge, nitrerge, vip-erge en GABA-erge systemen beïnvloeden, waarvan geweten is dat ze alle een rol spelen in de seksuele respons (Giuliano, 2005), zullen naar alle waarschijnlijkheid verder worden ontwikkeld in de loop van de volgende decennia.

Naar gelang meer farmacologische behandelingen beschikbaar worden, zullen mannen en vrouwen er meer en meer gebruik van maken om hun seksuele problemen te bestrijden. De uiteindelijke verschuiving inzake de toegang tot seksuele gezondheid, waarbij huisartsen en medisch specialisten het algemene (en zelfs enige?) aanspreekpunt worden, zal in het volgende decennium in toenemende mate aanvaard en bevestigd worden.

Een deel van deze verschuiving is adequaat en bevorderlijk in die zin dat er langs deze weg soms beter wordt voldaan aan de zorgbehoefte van de patiënt/klant. Maar bezorgdheid is niettemin aan de orde wanneer zulke verschuivingen de keuze uit behandel-mogelijkheden beperken die aan de patiënt worden geboden, gedreven worden door economische overwegingen, en ze de steun ondergraven voor fundamenteel onderzoek naar psychologische, gedragsmatige en neurofysiologische aspecten van seksualiteit.

Voordelen en risico's

De verschijning van seksuele geneeskunde - geïllustreerd door de farmacologische behandeling van seksuele problemen - is een tweezijdig fenomeen met zowel voordelen als risico's. Bovendien zijn de voordelen en risico's telkens verschillend voor patiënten, voor het gebied van seksuologie en de verbetering van kennis, en de niet-medische verstrekker van gezondheidszorg.

Voor de patiënt

Dat de patiënt zijn voordeel kan halen uit de farmacologische opties ligt voor de hand: een grotere toegang (via de huisarts) tot doeltreffende behandelingsopties die in het algemeen minder inbreuk maken op het leven van de patiënt en ook gemakkelijker te betalen zijn (vooral in geval van vergoeding door een

³ Succes wordt hier gedefinieerd als een herstel van de erectiele respons, eerder dan als een terugkeer naar algehele voldoening inzake seksualiteit en behandeling, die zoals bekend nogal laag stonden.

Tabel 1. Positieve en negatieve impact op de patiënt.

Positief	Negatief
• Duidelijk toegangspunt tot het systeem van de gezondheidszorg • Destigmatisatie van de afwijking door depersonalisatie • Meer opties voor behandeling • Bewezen doeltreffendheid • Gemakkelijke en toegankelijke oplossingen • Terugbetaling door een derde partij	• Toegangspunt dat de opties waarschijnlijk beïnvloedt/beperkt • Geen remedie, enkel een behandeling • Afhankelijkheid van medicatie inzake seksuele respons • Behandelt fysiologische maar geen psychologische of relationele componenten • Patiënten die niet reageren en problemen van afhankelijkheid

derde partij; Tabel 1). Maar ook subtielere voordelen nemen toe. Met de introductie en de promotie van Viagra[™] en zijn tegenhangers hebben patiënten met erectieproblemen duidelijk toegang gekregen tot de gezondheidszorg en worden ze minder gestigmatiseerd - het probleem is nu verplaatst van het gestigmatiseerde gebied van mentale of psychologische gezondheid naar dat van de lichamelijke gezondheid.

Toch worden de nadelen van deze ontwikkelingen ook alsmäär duidelijk. Het nieuwe concept van één enkele weg die toegang biedt tot de gezondheidszorg zal de opties van de patiënt hoogstwaarschijnlijk beperken, of tenminste de vooroordelen versterken inzake behandeling die voortvloeien uit die keuze van de toegang tot de zorg (bijv. huisarts vs. sekstherapeut). In het bijzonder zullen de patiënt en diens partner de psychologische en relationele elementen van hun probleem niet naar waarde schatten en in sommige gevallen voorbij gaan aan de noodzaak om daar aandacht aan te besteden. Daarenboven vindt een deel van de hulpzoekenden de farmacologische behandeling misschien niet toereikend; ofwel reageren ze niet op de medicatie, ofwel beseffen ze, na de medicatie te hebben genomen, dat het herstellen van de genitale respons weinig of niets doet om samen met hun partner opnieuw een bevredigend seksleven op te bouwen. Het verbazend lage aantal mensen dat doorgaat met medicaties als Viagra[™] levert hiervan bewijs (zie Althof, 2006). Hoewel de zaak niet diepgaand werd onderzocht stelt zich hier de vraag of zij die dergelijke medicatie gebruiken om hun seksuele responsiviteit te

verhogen er uiteindelijk niet afhankelijk van zullen worden, waardoor de rol van de partner, de eigen emotionele respons en gevoelens van opwinding, de specifieke situatie enz., die allemaal een belangrijke rol spelen bij seksuele prikkeling en de respons hierop, verminderd worden (Rowland, 2006).

Voor de seksuologische wetenschap

Van de late jaren '80 tot het midden van de jaren '90 stond onderzoek op het gebied van seksueel functioneren en seksuele disfunctie in de VS - en misschien in mindere mate in Europa - op een laag pitje (Hawton, 1992). In de VS bestudeerden slechts een handvol onderzoekers (niet-medische) factoren die seksuele respons en disfunctie beïnvloeden - sommige van de belangrijkste onderzoekscentra waren zelfs ontmanteld of aanzienlijk verkleind door slijtage, en veel van de overlevende onderzoeksprogramma's leden onder een gebrek aan fondsen. De mogelijkheid van farmacologische oplossingen zorgde ongetwijfeld voor een heropleving van en een hernieuwde interesse voor het seksonderzoek. Er kwamen nieuwe middelen van de farmaceutische industrie en strengere ontwerpen voor onderzoek, een noodzaak voor de goedkeuring door controleagentschappen (Tabel 2). Dit onderzoek heeft niet enkel geholpen bij de identificatie van biologische bijdragen aan de seksuele respons (bijv. stikstofmonoxide, serotonine), maar heeft ook de discussie, en in zekere mate de consensus, gestimuleerd inzake de definitie, diagnose en de beoordeling van specifieke seksuele problemen en de behandeling ervan (bijv. de

Tabel 2. Positieve en negatieve impact op het gebied van seksuologie.

Positief	Negatief
• Strengere onderzoeksparadigma's • Identificeren van specifieke (NO, 5-HT) biochemische systemen • Gestimuleerd onderzoek voor de impact van beoordeling en de psychologische impact • Oplossingen met bewezen doeltreffendheid • Hernieuwde vitaliteit voor het gebied (vb., afdelingen van seksuele geneeskunde), samen met nieuwe middelen	• Succesvolle behandelingen kunnen basisonderzoek belemmeren • Verschuiving van economische middelen naar klinische proeven • Onderzoeksagenda gedreven door controleagentschappen • Hernieuwt de ondoordachte dichotomie tussen psychologisch en biologisch • Ontmoedigt geïntegreerde behandelingsparadigma's

IIEF: Rosen e.a., 1997).

Omdat het grootste deel van dit nieuwe onderzoek gesteund wordt door de farmaceutische industrie, wordt de onderzoeksagenda desalniettemin beheerst door de behoefte om data te genereren om zodoende de goedkeuring van controleagentschappen te verzekeren, waarbij de nieuwe economische middelen in de eerste plaats worden aangewend om dure klinische proeven uit te voeren. Daarentegen blijken weinig fondsen te zijn toegewezen aan basisonderzoek naar de etiologie of oorzaken van seksuele problemen, of ze nu van primair biologische of psychologische aard zijn, of zelfs om de doeltreffendheid van niet-farmacologische behandelingen zoals seks- en/of gedragstherapieën te onderzoeken⁴. Ter illustratie van dit patroon toont Figuur 2 hoe de farmaceutische industrie de hoeveelheid onderzoek en de discussie over het mannelijk seksueel probleem van voortijdige ejaculatie heeft beïnvloed.

Het gemiddelde aantal publicaties is scherp gestegen over de laatste zes jaar, tegelijk met een vlaag aan testonderzoek naar de ejaculatievertragende effecten van SSRI-antidepressiva en het onlangs ontwikkelde preparaat dapoxetine⁵. Zoals aangetoond in Figuur 3, is het percentage van artikelen over voortijdige ejaculatie die handelen over biologische en farmacologische factoren sterk gestegen. In tegenstelling hiermee is het percentage van artikelen die psychologische fac-

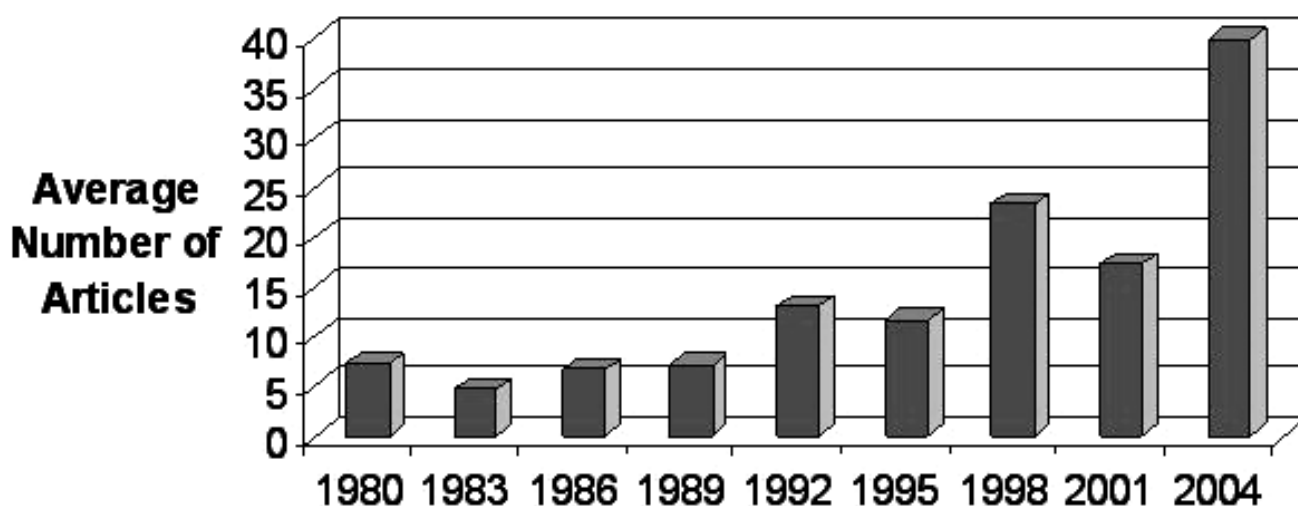
toren en gedragsfactoren van voortijdige ejaculatie behandelen ongeveer hetzelfde gebleven, waarbij het totale percentage dat deze artikelen uitmaken slechts een klein deel van het geheel vertegenwoordigt.

Andere risico's voor het domein van de seksuologie hangen samen met de trend in richting van de seksuele geneeskunde. Klinisch proefonderzoek biedt zelden de mogelijkheid om multidimensionale of geïntegreerde behandelingsparadigma's te onderzoeken. En wanneer de doeltreffendheid van de geneesmiddelen bewezen is en ze goedgekeurd worden door controleagentschappen, kan het bestaan van zulke doeltreffende behandelingsopties verder onderzoek naar de ontvanning van oorzaak- en gevolgrelaties ontmoedigen⁶. Tot slot heeft het succesvolle therapeutisch gebruik van chemische middelen in de behandeling van seksuele problemen door de neurale werking te veranderen de valse dichotomie van biologische vs. psychologische oorzaken van seksuele disfunctie opnieuw aangewakkerd (Rowland, 2007).

Voor de verstrekker van niet-medische gezondheidszorg

Met de ontwikkeling van nieuwe farmacologische oplossingen en een verandering van het onderzoek in de richting van klinische proeven, staat de beoefenaar van niet-medische zorgen voor een probleem. Seksuologen, bijvoorbeeld, zitten met een reeks therapeutische mid-

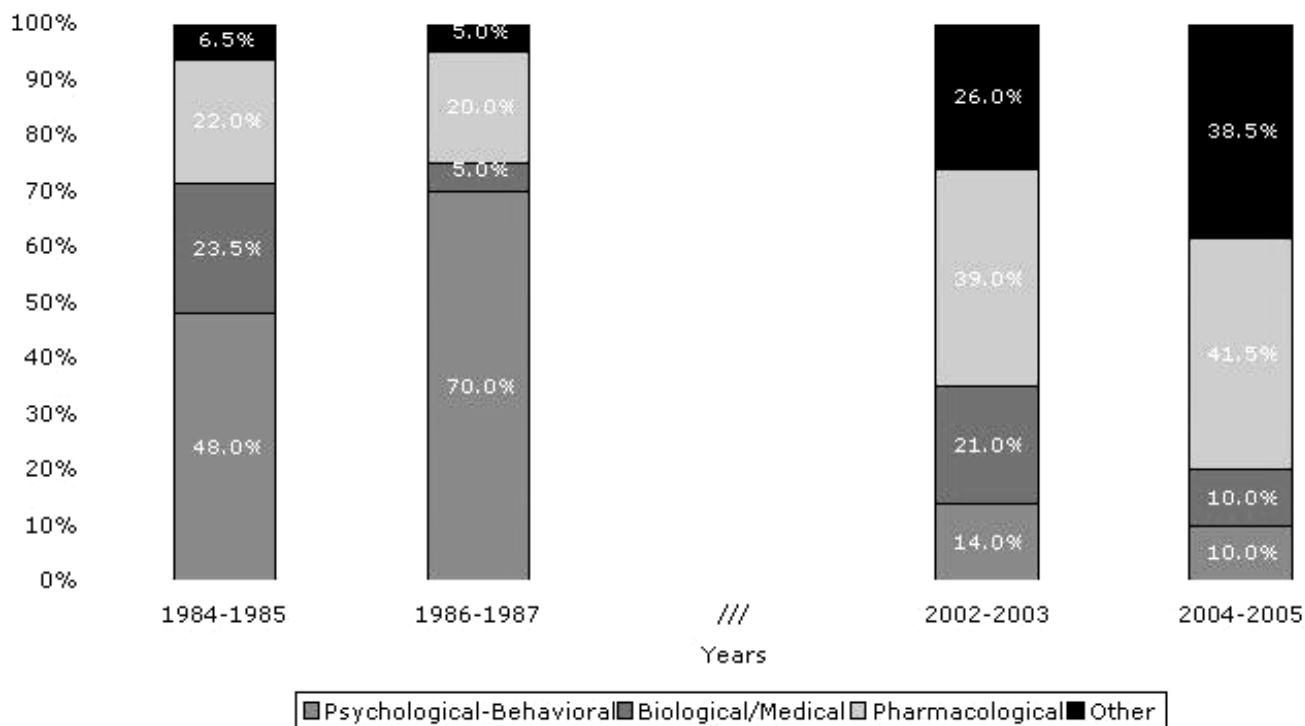
Figuur 2. Aantal artikelen gepubliceerd over voortijdige ejaculatie, voorgesteld als driejaarlijkse gemiddelden.



⁴ Tenminste in de VS heeft de federale financiering van onderzoeksprojecten voor de studie van seksuele respons en gedragspatronen te maken gekregen met nauwkeurig politiek toezicht en even vaak met kritiek. In relatie hiertoe zocht de auteur direct fondsen te werven van een farmaceutisch bedrijf om een bescheiden, gecontroleerd onderzoek te voeren naar de impact van sekstherapie op voortijdige ejaculatie. Hoewel de firma het idee ondersteunde, weigerde ze de aanvraag op de grond dat het niet overeen stemde met hun prioriteit om de noodzakelijke data te genereren voor de goedkeuring van controleagentschappen.

⁵ Medline en PsychInfo databases leverden de referentiebronnen.

Figuur 3. Percentage van verschillende soorten gepubliceerde artikelen over voortijdige ejaculatie. Het percentage van papers dat psychologische – of gedragsproblemen behandelt is veel kleiner in vergelijking met het totaal.



delen waarvan noch de doeltreffendheid noch de betrouwbaarheid is bewezen, en het therapeutische proces dat zij voorstaan is voor de meeste mensen met seksuele problemen minder toegankelijk en betaalbaar (Tabel 3). Onder zulke voorwaarden zullen seksuologen waarschijnlijk minder toegang krijgen tot middelen vanuit de gemeenschap, de regering en een vergoedende derde partij. Als gevolg hiervan zal de invloed van de seksuologie op de studie en de behandeling van seksuele problemen blijven tanen, en uiteindelijk voorspelt deze algemene trend het einde van de niet-medische seksdeskundige. Als men inderdaad de samenloop van alle hierboven vermelde factoren in beschouwing

neemt, ziet de toekomst er voor de verstrekker van (niet-medische) seksuologische zorg nogal somber uit.

De kwestie herkadere

Gezien de hiervoor genoemde voorstelling van benaderingen inzake behandeling, de huidige tendens waarin de onderzoeksagenda gestuurd wordt door farmaceutische belangen, en de economische drijfveren voor zowel de farmaceutische als de medische belangen, luidt de vraag die men zich dient te stellen als volgt: zal basaal seksuologisch onderzoek blijven verkommeren, overschaduwde worden door “klinisch proefonderzoek” en zal seksuologische zorg (in tegenstelling tot “medi-

Tabel 3. Positieve en negatieve impact op de niet-medische verstrekker van gezondheidszorg

Positief	Negatief
???	• Therapeutische middelen met “onbewezen” doeltreffendheid en betrouwbaarheid • Therapeutische benaderingen die minder toegankelijk en betaalbaar zijn • Minder middelen voor vergoedingen van de gemeenschap, de regering of van een derde partij • Dalende impact op het gebied van seksualiteit en behandeling • Ondergang van de niet-medische seksspecialist

⁶ Het wordt algemeen erkend dat de introductie van antipsychotische geneesmiddelen die succesvol (ten minste voor een aantal van de patiënten) schizofrenie behandelen het basisonderzoek naar deze gesteldheid overstemde, niettegenstaande het feit dat zulke behandelingen ondoeltreffend geweest zijn voor belangrijke delen van de patiëntenpopulatie.

sche zorg voor seksuele problemen”) tot het verleden gaan behoren? In plaats van deze recente ontwikkelingen te betreuren, is het een betere strategie wanneer we de zaak opnieuw definiëren: welke mogelijkheden biedt deze uitdaging aan het adres van seksuologen en het gebied van seksuologische wetenschap?

Op basis van de ervaring met geneesmiddelen als Viagra™, wordt het inderdaad steeds duidelijker dat de vervanging van het seksuologische model door het medische model zijn eigen problemen heeft gegenereerd. De medische gemeenschap en de farmaceutische industrie beseffen dat “seksuele en relationele satisfactie” multidimensionele constructies zijn, dat seksuele/genitale prestatie slechts instaat voor een deel van de variatie in deze eindpunten, en dat het bereiken van echte seksuele gezondheid en voldoening een geïntegreerde benadering vereist die psychologische relatiefactoren omvat inzake de conceptualisatie, het onderzoek en de ontwikkeling van nieuwe behandelingsparadigma's. Wie beter dan seksuologen kunnen zo'n perspectief en zo'n vaardigheden aanbieden voor het onderzoek van de seksualiteit?

Seksuologische gezondheidszorg

Bij elk therapeutisch proces, dat een belangrijke psychologische relatiecomponent omvat, schiet het medisch personeel vaak tekort door hun gebrek aan opleiding en hun gebrek aan tijd om zich bezig te houden met de interpersoonlijke dimensies van seksuele relaties en voldoening. Bovendien begrijpen therapeuten al langer het belang om *inhoud* (de “voorgescreven” behandeling, medisch dan wel psychologisch), *proces* (de manier waarop het wordt aangeboden binnen de context van de relatie tussen patiënt en zorgverstreker), en *systemische* factoren (bijv. eigenschappen en waarden van de patiënt, contextvariabelen zoals partnervariabelen, de relatie tussen patiënt en partner, enz.) aan te spreken om optimale behandelresultaten te realiseren.

In dit opzicht zijn seksuologen goed gepositioneerd om geïntegreerde behandelprotocollen aan te bevelen en te implementeren, waarbij de satisfactie van patiënt en partner wordt gemaximaliseerd. Zij kunnen bijvoorbeeld:

- helpen om op voorhand patiënten (d.w.z. aan de hand van patiëntkenmerken) te identificeren, die het meeste voordeel zullen halen uit een farmacologische behandeling;
- verduidelijken hoe inhouds-, resp. procesvariabelen het resultaat van behandelprotocollen kunnen beïnvloeden, vooral wat betreft het nauwgezet volgen van de behandeling en de algemene relationele satisfactie (misschien in het begin door modellen te

gebruiken die gebaseerd zijn op andere stoornissen);

- minimalistische (bijv. 1-3 sessies) maar doeltreffende plannen voor nevenbehandelingen ontwikkelen;
- helpen om behandelingen uit te voeren die psychologische en gedragsbenaderingen integreren met medische behandelingen om zo een perfecte passende verstrekking van optimale zorg te verzekeren;
- zij aan zij werken met beoefenaars van de geneeskunde om vergoeding door een derde partij te verzekeren of anders lobbyen voor het recht om (specifieke) medicatie voor te schrijven, waardoor de integratie van diensten mogelijk wordt en nieuwe deuren voor behandeling geopend worden.

Om tot een dergelijke samenwerking met de medische gemeenschap te komen zullen seksuologen zich natuurlijk flexibel, innovatief en, in zekere mate, politiek moeten opstellen in hun benadering. Even belangrijk is dat ze de unieke waarde en doeltreffendheid van hun middelen op empirische wijze zullen moeten aantonen, een proces dat kan gerealiseerd worden door in onderlinge samenspraak een doelgerichte en intensieve onderzoeksagenda op te stellen.

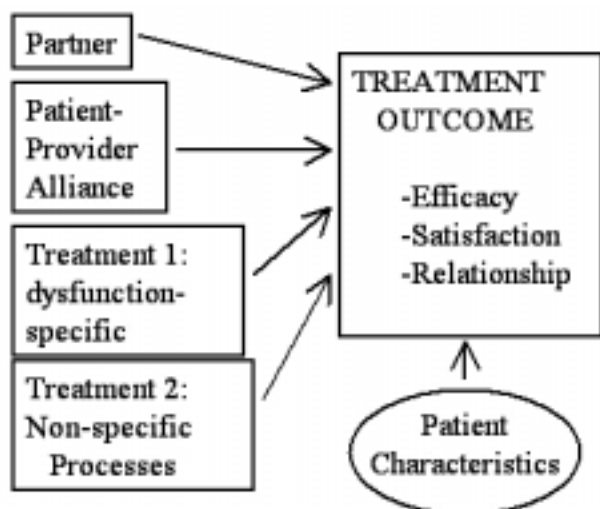
Seksuologische wetenschap en onderzoek

Zoals dit artikel hierboven heeft aangetoond is de overgrote meerderheid van het huidige onderzoek naar voortijdige ejaculatie farmacologisch en/of biologisch van aard. Indien ze systematisch onderzocht werden, zouden gelijkaardige trends hoogstwaarschijnlijk te voorschijn komen bij andere seksuele problemen. Bijvoorbeeld, veel van het rudimentaire onderzoek naar gedragsmatige behandelingen van voortijdige ejaculatie werd gedaan in de jaren '70 en '80. Maar sindsdien werd weinig gedaan om de behandelprotocollen die aangeboden werden door Masters en Johnson of Kaplan te bevestigen of uit te breiden (Hawton, 1992). Hoewel het belangrijk is om de doeltreffendheid van de behandeling (het geneesmiddel) vast te stellen en de goedkeuring van controleagentschappen te verzekeren, biedt klinisch proefonderzoek verder weinig of geen fundamenteel inzicht in de etiologie of de oorzaken van stoornissen, of in effectieve alternatieve (en soms concurrerende) behandelingsstrategieën. Seksuologen moeten daarom aan de slag gaan om een evenwichtige onderzoeksagenda nieuw leven in te blazen, een onderzoeksagenda die:

- een internationale database creëert om aanbevelingen te ondersteunen inzake de rol en de impact van 'counseling' en sekstherapie op eindpunten die relevant zijn voor specifieke problemen en algehele

- seksuele satisfactie;
- de impact onderzoekt van een geïntegreerd cognitief gedrags- en sekstherapieprogramma op de behandeling van seksuele problemen. De huidige data zijn achterhaald en gebaseerd op slecht gedefinieerde uitkomstmaten en op het resultaat van slecht gecontroleerde studies;
- specificeert hoe zowel de therapeutische inhoud als het therapeutische proces de resultaten van de behandeling beïnvloeden;
- een onderscheid maakt tussen therapieën die werken en degene die niet werken;
- therapeutische technieken en processen rangschikt zowel die specifiek zijn voor het seksuele probleem als die meer algemeen van aard zijn (opvoeding, communicatie) - naargelang hun niveau van impact, van validatie en kosten;
- de momenten identificeert waarop de rol van de therapeut het meeste betekent in de behandeling van seksuele problemen;
- samen met de geneeskunde het fundamentele onderzoek naar de psychologische, relationele en de gedragsaspecten van seksuele stoornissen aanbeveelt en ondersteunt, een cruciale overweging gezien het feit dat farmacologische behandelingen slechts effectief zijn voor een deel van de hulpzoekenden;

Figuur 4. Een voorbeeld van een multifactoriële model dat een meer realistische aanpak biedt om variabelen te onderzoeken die relevant zijn voor het begrip, de diagnose en de behandeling van seksuele problemen.



- het geloof weerlegt dat de placebo-gecontroleerde, dubbelblinde test superieur is aan andere methoden van experimenteel onderzoek voor het leveren van geloofwaardige data en conclusies, vooral wanneer de problemen uit meerdere factoren bestaan en wanneer ethische overwegingen pleiten tegen het gebruik van dergelijke onderzoeksontwerpen (zie Figuur 4)⁷.

Een manier om het bovenvermelde onderzoek te vergemakkelijken is om een consensuspanel op te richten, gesteund door de medische gemeenschap (huisartsen en specialisten), beroepsverenigingen en de farmaceutische industrie, dat een onderzoeksagenda combineert met de ondersteuning van onderzoek en de deskundige interpretatie van nieuwe vondsten. Als subdoel bij deze inspanning moeten seksuologen en sekstherapeuten via hun professionele verenigingen ijveren om plaatsen te bemachtigen in farmaceutische adviesorganen - groepen die een belangrijke invloed kunnen hebben op de variabelen die worden ingevoerd voor het oordeel en de analyse inzake klinische proeven.

Conclusies

Sinds Masters en Johnson is de tijd nog nooit zo rijp geweest voor de ontwikkeling van een onderzoeksagenda voor de seksuologische wetenschap. De ontwikkelingen op het gebied van de seksuele geneeskunde bieden sekstherapeuten zowel een uitdaging als een gelegenheid om door middel van evidence-based onderzoek, zowel voor het professionele als voor het bredere publiek, hun relevantie en het belang voor het therapeutische proces in de behandeling van seksuele problemen aan te tonen. In het bijzonder is er, sinds de vroege jaren '80, geen betere gelegenheid geweest voor:

1. een hernieuwde onderzoeksagenda die de rol van psychologische en gedragsfactoren onderzoekt in de etiologie en de behandeling van seksuele problemen en in de therapietrouw aan behandelprotocollen;
2. een hernieuwde aanspraak op de waarde van het klinische onderzoeksmodel dat, in plaats van bepaald te worden door het medische model en de noodzaak van goedkeuring door controleagentschappen, de multidimensionale aard van seksuele problemen benadrukt;

⁷ Experts in de klinische psychologie hebben met succes andere types van onderzoeksmodellen gebruikt als methode van onderzoek; ze hebben ook aangetoond hoe en waarom data uit dubbelblind studies, gecontroleerd d.m.v. placebo's, soms geen betrouwbare of correcte data leveren voor een bepaalde kwestie (American Psychological Association, 2007).

3. een herziene maar belangrijke rol voor de seksuoloog in de ontwikkeling en de implementatie van geïntegreerde behandelprotocollen;
4. de opvoeding van het grote publiek wat betreft de niet-biologische variabelen in behandelprotocollen die leiden tot grotere seksuele satisfactie en seksuele relaties, en
5. het binnenhalen van (onderzoeks-)financiering om voordeel te halen uit de huidige mogelijkheden.

De roep om het hierboven vermelde actieplan vraagt ongetwijfeld visie, leiderschap en pure inspanning. Maar deze gelegenheid zou wel eens voorgoed voorbij kunnen zijn tegen het einde van het volgende decennium.

Referenties

- Althof, S. (2006). Sex therapy in the age of pharmacotherapy. *Annual Review of Sex Research*, 17, 116-131.
- American Psychological Association (2007). APA Policy statement on evidence-based practice in psychology. Downloaded from: www.apa.org/practice/ebp.html, January, 2007.
- American Psychological Association (2007). APA Report on evidence-based practice. Downloaded from: www.apa.org/practice/ebp.html, January, 2007.
- Bancroft, J. (1989). Man and his penis: A relationship under threat? *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 2, 7-32.
- Davis, S.R., van der Mooren, M.J., van Lunsen, R.H., Lopes, P., Ribot, C., Rees, M., Moufarege, A., Rodenberg, C., Buch, A., & Purdie, D.W. (2006). Efficacy and safety of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: A randomized, placebo-controlled trial. *Menopause*, 13, 387-396.
- Giuliano, F., & Clement, P. (2005). Neuroanatomy and physiology of ejaculation. *Annual Review of Sex Research*, 16, 190-216.
- Hawton, K. (1992). Sex therapy research: Has it withered on the vine? *Annual Review of Sex Research*, 3, 49-72.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*, Boston: Little, Brown.
- Pryor, J.L., Althof, S.E., Steidle, C., Rosen, R.C., Hellstrom, W.J.G., Shabsigh, R., Miloslavsky, M., & Kell, S., for the Dapoxetine Study Group (2006). Efficacy and tolerability of dapoxetine in the treatment of premature ejaculation: Integrated analysis of two randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *Lancet*, 368, 929-937.
- Rowland, D.L. (2006). Psychobiology of sexual arousal and response. In R. McNulty & M. Burnette (Eds.), *Sex and sexuality* (pp. 37-66). New York: Praeger Press.
- Rowland, D.L., & Motofei, I. (2007). The etiology of premature ejaculation and the mind-body problem: Implications for practice. *International Journal of Clinical Practice*, 61, 77-82.
- Rosen, R., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830.
- Schover, L.R., & Leiblum, S.R. (1994). Commentary: The stagnation of sex therapy. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 6, 5-30.
- Tiefer, L. (1986). In pursuit of the perfect penis: The medicalization of male sexuality. *American Behavioral Scientist*, 29, 579-599.
- Tiefer, L. (2002). Sexual behaviour and its medicalisation. Many (especially economic) forces promote medicalisation. *British Medical Journal*, 325, 7354, 45.
- Winton, M.A. (2000). The medicalization of male sexual dysfunctions: An analysis of sex therapy journals. *Journal of Sex Education and Therapy*, 25, 231-239.

Summary

Will medical solutions to sexual problems make sexological care and science obsolete?

Recently much ado has been made about the "medicalization" of sexual problems and with it, the increasing use of (and in some cases, return to) the disease model as the standard for treatment (Tiefer, 2002; Winton, 2000). This concern is not new, having been articulated in the 1980s with the introduction of intracavernosal injections for the treatment of erectile dysfunction (e.g., Bancroft, 1989; Tiefer, 1986). However, this trend appears to have accelerated over the past 5-10 years. Indeed, a dramatic paradigm shift has occurred in the treatment of sexual problems; most notable is the treatment of sexual dysfunctions⁸ where the use of pharmaceuticals such as PDE-5 inhibitors (Viagra[™], Levitra[™], Cialis[™]) has dominated clinical and research protocols. Other sexual problems such as gender identity disorders and the sexual paraphilias, if not already undergoing change, are likely to do so over the next 10-20 years.

⁸ defined as the inability to respond adequately sexually and thereby preventing successful and/or fulfilling sexual relations with a partner