

# H16: Seksuele disfuncties bij vrouwen

Moniek ter Kuile, Stephanie Both en Philomeen Weijnen (Leerboek seksuologie hfdst 16)

Samenvatting door Marie Van Driessche

## Inleiding

Meest voorkomende seksuele problemen en stoornissen bij vrouwen worden hier besproken. Meer onderzoek naar vrouwelijk seksueel functioneren laatste jaren waardoor DSM – IV – TR onder discussie kwam te staan. (Bv. Seksuele responscyclus die meer voor mannen dan voor vrouwen leek op te gaan itv afzonderlijke fasen van opwinding en verlangen). DSM – 5 zijn er dan belangrijke veranderingen doorgevoerd daaromtrent. Er wordt in dit hoofdstuk uitgegaan van meest nieuwe classificatiesysteem van de DSM – 5.

## 16.1 Enkele feiten en cijfers

### 16.1.1 Prevalentie en incidentie in de Nederlandse bevolking

#### Prevalentie

Nederland: 2011; grote studie gedaan naar seksuele gezondheid (nog termen van DSM – IV -TR, want voor 2013)

Vlaanderen: 2011 – 2013; studie naar seksuele gezondheid

⇒ Prevalentiecijfers variëren per probleem

15 – 24: seksuele aversie, problemen met subj opwinding, orgasmeproblemen, dyspareunie, vaginisme, disfunctie ih algemeen

40-54: seksuele aversie, orgasmeproblemen, dyspareunie, vaginisme, disfunctie ih algemeen en lubricatieproblemen komen minder vaak voor

55-70: vaker lubricatieproblemen, minder vaak aversie en disfunctie ih algemeen

! Grote discrepantie tss frequentie van het voorkomen van een seksueel probleem en mate van ervaren last: 25 – 75% wel eens tot vaak problemen maar slechts 11% vonden dit een probleem in Nederlandse studie. Dezelfde bevinding werd ook gevonden in Vlaamse studie

- Bancroft en collega's onderzochten welke seksuele problemen samenhangen met ervaren van last (sexual distress). Zij vonden dat sexual distress met de hoeveelheid emotionele en relationele problemen die een vrouw rapporteert samenhangt (dus niet lubricatie of orgasme) -> emotionele relatie met partner is dus belangrijke voorspeller.
- Niet iedereen die last heeft van disfunctie heeft ook behoefte aan hulp: grootste behoefte bij:
  1. Angst voor seksueel contact
  2. Afkeer van seksueel contact
  3. Pijn
  4. Vaginitische klachten

+ ook leeftijd hangt samen met behoefte aan hulp (ouderen meer behoefte)

## Incidentie

Afhankelijk van definiëring en soort instelling:

- Tweedelijnsinstelling: pijn bij geslachtsgemeenschap als belangrijkste klacht.
- Tweedelijns ggz: verminderd verlangen meest voorkomend
- Polikliniek gynaecologie: heel veel seksuele problemen; werd expliciet naar gevraagd

### 16.1.2 Klachtpresentatie

Diagnostische classificatie obv klachtpresentatie

Bv. Pijn dyspareunie/gppps, geen zin seksuele interesse/opwindingsstoornis ...

Zelden komen vrouwen met bv. Klachten als geen seksuele opwinding. Vaak is er ook sprake van comorbiditeit zoals zowel pijn, problemen met opwinding als problemen met zin.

### 16.1.3 Diagnostiek en behandelindicatie

Diagnostische fase etiologie van een seksuele disfunctie te achterhalen

Vaak verschillende disciplines bij betrokken (somatische, psychosociale als relationele factoren die rol spelen)

Anamnese = belangrijkste diagnostisch instrument van een clinicus. Er moet bij iedere vrouw worden gespecificeerd of:

1. Is de klacht er al levenslang/primair of is het plots/geleidelijk/verworven/secundair ontstaan na periode van normaal seksueel functioneren?
2. Treden klachten op in alle situaties (gegeneraliseerd) of alleen tijdens specifieke situatie (situationeel, bv. Wel bij partnerseks, niet bij masturbatie)

Naast aanmeldingsklacht, ook aandacht voor andere klachten/problemen id SRC + anamnese kan worden aangevuld met somatische oz, psychologische tests of/of psychiatrisch oz.



Obv verzamelde info -> plan van aanpak formuleren + indicatie om probleem te behandelen

Voor behandelindicatie onderscheid tss (Kaplan):

- directe oorzaken (die voor of tijdens optreden van seksuele disfunctie spelen)
- meer verwijderde oorzaken (seksuele disfunctie als uitdrukking van ander belangrijk probleem bv. Partnerrelatieprobl, angst-stemmingsstoornis, PTSS na seksueel geweld, verslaving, chronische ziekte, medicatie... zinvol om je hierbij te richten op die oorzaken ipv seksuele probleem

## 16.2 Seksuele interesse -/opwindingsstoornis

DSM – 5 criteria:

A. Een duidelijke vermindering van seksuele belangstelling en/of opwinding zoals blijkt uit minstens drie van de volgende kenmerken:

- afwezige/verminderde interesse in seksuele activiteit;
- afwezige/verminderde seksuele /erotische gedachten of fantasieën;

- geen/verminderd initiatief tot seksuele activiteit en meestal niet ontvankelijk voor het initiatief van de partner;
- afwezige/verminderde seksuele opwinding/plezier tijdens seksuele activiteit in bijna alle of alle seksuele ontmoetingen;
- afwezige/verminderde seksuele interesse/opwinding in reactie op interne of externe seksuele/erotische prikkels (bv. Tekst, verbaal, visueel);
- afwezige/verminderde genitale of niet-genitale sensaties tijdens seksuele activiteit in bijna alle of alle seksuele ontmoetingen.

B. Duur van min 6 maand

C. Moet tot klinische significante lijdensdruk leiden

D. De seksuele stoornis wordt niet beter verklaard door een niet-seksuele psychische stoornis of als gevolg van ernstige relatieproblematiek (bijvoorbeeld partnergeweld) of andere significante stressoren en kan niet worden toegeschreven aan het effect van een middel/medicatie of een andere medische aandoening (anders: seksuele disfunctie door een middel/medicatie)

! bestaan van andere seksuele disfuncties sluit deze diagnose niet uit (bv ook GPPPS kan hiermee samengaan)

<-> DSM – IV – TR:

- Ipv 2 aparte stoornissen (verlangen en opwindingsstoornis) samengevoegd tot 1. Reden? Omdat verminderde zin dikwijls samen ging met opwindingsproblemen
- Seksuele aversie niet meer als aparte stoornis maar onder “andere gespecificeerde seksuele disfunctie”.

#### Differentiaal-diagnostisch:

- Seksuele aversie ≠ geen zin hebben: Ontbreken van opwinding/zin is vooral het afwezig zijn van belangstelling in seks terwijl seks op zich wel als plezierig kan w beleefd. Seksuele aversie = ervaren van negatieve emoties bv. Walging, angst in seksuele situaties waardoor seksualiteit wordt vermeden.
- ⇒ Impact op behandeling: Seksuele aversie: desensitisatie – en counterconditioneringsprocedures toepassen terwijl dit bij ontbreken van/minder zin/opwinding meestal niet nodig is.
- Verschil in verlangen tss partners ≠ voldoende om seksuele interesse/opwindingsstoornis- diagnose te stellen
- Afname is seksuele gedachten/zin met stijgen vd leeftijd kan als normaal w beschouwd volgens DSM -5

! geen objectieve criteria over wat te weinig zin/interesse is om van stoornis te spreken afhankelijk van subjectieve oordeel vd clinicus. Die moet rekening houden met:

- Leeftijd (veroudering gaat vaak samen met minder seksuele behoefte)

- Geslacht (Vrouwen over het algemeen minder vaak en minder sterk seksueel gemotiveerd dan mannen, minder masturbatie, minder fantaseren over seks..)
- Culturele factoren
- Is er sprake van afwezige/verminderde opwinding in reactie op seksuele prikkels OF van afwezige/verminderde genitale of niet – genitale sensaties tijdens seksuele activiteit?
  - o Inadequate seksuele stimulatie    geen diagnose
    - Proberen nagaan wat kwaliteit van seksuele prikkels en seksuele interactie is (wann er bv. geen seksuele opwinding is door vrouwonvriendelijke seksfilm of geen voorspel ≠ symptoom vd diagnose)
    - ! niet kunnen stellen van diagnose ≠ geen hulpvraag
- ❖ Aanhoudende genitale opwindingstoornis (staat niet id DSM en vrij zeldzaam)
  - = spontane, onaangename en ongewenste genitale opwinding, bij afwezigheid van gevoelens van seksuele interesse of verlangen (kan uren of dagen aanhouden en niet (volledig) afnemen na orgasme)
- ❖ Aseksualiteit
  - = levenslang en algeheel ontbreken van gevoelens van seksuele aantrekking tot anderen

### 16.2.1 Probleemoriëntatie

DSM – IV – TR: uitgaande van een lineair model van seksuele respons. Verlangen die voor opwinding, orgasme en herstel komt. Verlangen w hier gezien als spontaan, intern en onafhankelijk van seksuele opwindingsrespons

- ⇒ Kreeg kritiek; seksuele motivatie komt voort uit verwerken van stimuli met seksuele betekenis.
- ⇒ nieuwe modellen en veranderingen in DSM – 5

Seksueel verlangen ontstaat als gevolg van samenspel tss seksueleresponssysteem + stimuli die dat activeren:

- Gevoeligheid systeem
  - Betekenis en intensiteit vd stimuli
- } spelen beide een rol

Opwinding en zin = resultaat van emotionele reactie op bepaalde prikkels    zin in seks gaat dus niet vooraf maar gaat samen met opwinding.

Seksuele motivatie manifesteert zich wanneer w voldaan aan **voorwaarden**:

1. Intact en voldoende gevoelig seksueel systeem opdat seksuele respons mogelijk is
2. Stimuli met een seksuele betekenis die systeem kunnen activeren
3. Mogelijkheid om over te gaan tot seksualiteit moet er zijn

! Als er 1 ontbreekt/onvoldoende is aan voldaan => seksueel proces komt niet op gang/w afgebroken

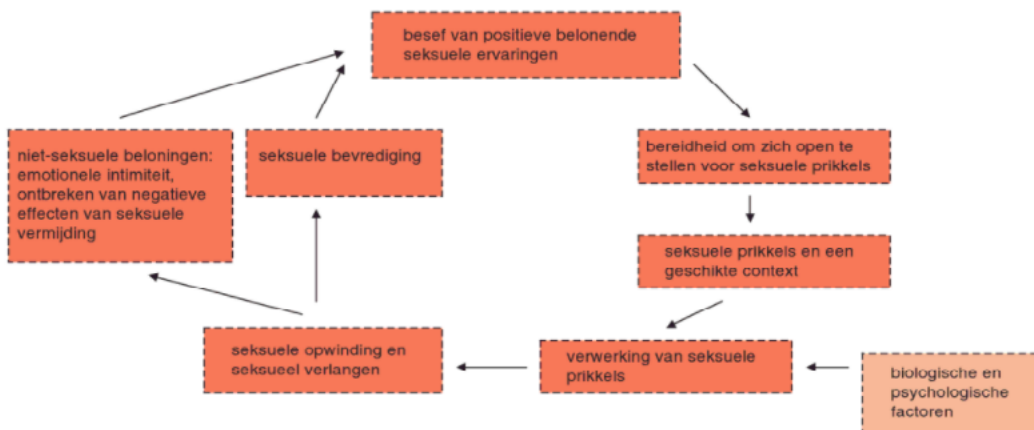
Verschillende motieven om seks te hebben met partner:

- Lichamelijk genot
- Tonen van affectie
- Tevreden stellen vd partner
- Bestrijden van verveling
- Voldoen aan gevoelde verplichting

Mannen: eerder fysieke motieven (aantrekkelijk lichaam zien bv) + seksueel verlangen vanuit seksuele ontlading, klaarkomen, plezier

Vrouwen: eerder relationele motieven (tonen van liefde bv) + seksueel verlangen vanuit behoefte aan emotionele intimiteit

Basson: (gelijkaardige fig 16.1, p 332)



Deze visie sluit aan bij infoverwerkingsmodel van seksuele respons (verdere uitleg in boek)

### 16.2.2 Prevalentie en incidentie

- Gebrek aan verlangen = ongeveer 20-30%. Vaakst gerapporteerd door oudere vrouwen
- Opwindingsproblemen = 11-31%

Cijfers dalen wanneer w gevraagd naar ervaren hinder  
Veel vrouwen dus problemen mee maar slechts deel last van  
Verminderd verlangen vaakst gerapporteerde klacht,  
opwindingsproblemen vrij zeldzaam

### 16.2.3. Etiologie

#### Somatische factoren

Hormonen (oestrogenen en androgenen) => spelen rol bij seksueel functioneren (bv. Opliegers, vaginale atrofie, droogheid, stemmingswisselingen...)

#### Androgenen

- Seksueel verlangen (de arousability) hangt samen met androgenen. Echter geen eenduidige oz-bevindingen: zowel positieve als negatieve effecten
- Invloed op seksuele opwindbaarheid

### Somatische aandoeningen/medische ingrijpen

kan ook leiden tot verminderd seksueel verlangen of opwindingsproblemen. Kan zowel door psychologische als fysiologische factoren.

Voorbeelden van aandoeningen die impact hebben (fysio en psych) op seks functioneren:

- Neurologische aandoeningen (bv. MS, dwarslaesie)
- Endocriene aandoeningen (traag/te snel werkende schildklier, diabetes, hyperprolactinemie)
- Nierfalen
- Depressie

### Medicatie

kan negatief effect hebben op seksuele respons

- Antidepressiva
- Antipsychotica
- Bloeddrukverlagende medicatie

! opwindingsproblemen = vaak te maken met inadequate erotische stimulatie of met negatieve evaluatie van de seksuele stimulus of context ipv verminderde genitale respons

### **Psychische factoren**

DSM – 5: “ wanneer een seksuele disfunctie beter door een andere As 1 stoornis kan verklaard worden is er geen diagnose van een seksuele disfunctie”.

Verminderd seksueel verlangen;

- Lagere zelfwaardering
- Stemmingsproblemen
- Faalangst aandacht richten op negatieve stimuli ipv seksuele stimuli opwinding komt niet goed op gang (bv. gedachten over niet opgewonden geraken, eigen seksuele aantrekkelijkheid) (Barlow).

Incentivemotivatiemodel: belang van aantrekkelijkheid van de stimuli. Dit kan beïnvloed w door habituatie, associatie met negatieve gevolgen.

Verminderd verlangen door:

- Over-vertrouwdheid met partner
- Deseksualisering vd rollen in een relatie
- Gewenning en gebrek aan variatie/seksuele spanning
- Klassieke conditionering (weinig belonende seksuele ervaringen weinig positieve associaties weinig stimuli die verlangen en opwinding kunnen oproepen)

- Seksuele stimuli kunnen ook aantrekkelijkheid verliezen wanneer seks meermaals gepaard gaat met negatieve gevolgen (angst, teleurstelling, pijn)
- Ervaringen van seksueel geweld negatieve associaties bij seks
- Negatieve opvattingen en attitudes tav seks die tijdens seksuele ontwikkeling zijn ontstaan kunnen ook seks beïnvloeden.
- Relationele ontevredenheid (maar zijn relatieproblemen oorzaak of gevolg?) dynamiek id relatie is belangrijke factor

Associaties met meer zin:

- Gemotiveerd zijn om ad behoefte van partner te voldoen (niet exclusief dat want dan geassocieerd met minder zin)

Seksuele opwindingsproblemen geassocieerd met:

- Conflicten
  - Langere relatie-duur
  - Relatieontevredenheid
  - Verschil in zin en in scripts
  - Gebrek aan intimiteit of vertrouwen
  - Gebrekkige seksuele stimulatie
  - Niet optimale context
- 
- Seksuele disfunctie partner
  - Onvoldoende seksuele kennis
  - Gebrekkige stimulatietechniek
- } partnervariabelen

## 16.2.4 Anamnese, diagnostiek en indicatiestelling

### Anamnese

Verminderde seksuele interesse/opwinding gaat zich vaak presenteren als “ geen zin”

- Woorden verhelderen: essentie vh probleem? Waarin geen zin (afzetten tegen wel zin: wel zin ih verleden? Wel zin in iets anders? Partner heeft meer zin?)
- Geen zin of sterke afkeer en vermijding seksueel contact?--> seksuele aversie?
- 2 groepen:
  - Levenslang gegeneraliseerd probleem (komt minder vaak voor)  
Bv. Beperkt/geheel ontbreken van verlangen levenslang  
vraag die centraal staat is dan: hoe omgaan als paar met het probleem?  
info geven die kan leiden tot geruststelling
  - Verworven en situationeel probleem  
Bv. Geen interesse id manier waarop partner vrijt bv bepaalde handelingen die met tegenzin w uitgevoerd maar kan wel nog fantaseren of nog behoefte aan masturbatie  
Bv. met tegenzin seksueel contact, onvrede op andere gebieden vd relatie  
partnerrelatietherapie

- Wanneer veel problematische gebieden algemene partnerrelatietherapie

! vaak zinvol om bij partner seksuele genitale responsiviteit te bevragen, vaak moeilijk voor vrouwen om dit zelf te benoemen + heden met verleden vergelijken

- In welke mate is seks met de partner iets plezierig en bevredigend?
- Voorgeschiedenis van negatieve seksuele ervaringen?  
cognitieve, emotionele en relationele belemmeringen achterhalen

### Diagnostiek

- Zinvol om partners ook apart te spreken om info te verzamelen die de misschien niet in elkaars bijzijn wensen uit te spreken. Bv. Men vindt de ander niet meer aantrekkelijk, pijn
- Geen zin kan ook gevolg zijn van chronische vermoeidheid door langdurige overbelasting goed om dagelijkse stressoren te bevragen.
- Somatische factoren bevragen (medicatie, chronische ziekte, medische ingrepen)

Anamnesevragen: zie box 16.1 pg 336 - 337

### 16.2.5 Behandeling

#### Gesprekken:

- enkel gesprek waarin ze zorgen uitspreken en vragen kunnen stellen in welke mate ze afwijkend zijn kan al erg geruststellend zijn
- voorlichting over gewone variatie bij vrouwen en in relaties (irreële verwachtingen corrigeren)

#### Medicatie:

- weinig medicamenteuze behandelingen voor
- wel voor vaginale atrofie of overgangsklachten oestrogensuppletie (kan ook wel zorgen vr minder seksuele opwindbaarheid)
- vrouwen met laag oestrogenniveau = combi oestrogenen en testosteron beste
- hormoonsubstitutie = enkel vr vrouwen die door bilaterale ovariectomie id postmenopauze zijn geraakt
- Flibanserine middel dat werd goedgekeurd id VS voor verlangensproblemen bij premenopauzale vrouwen. ! veel bijwerkingen, klein effect
- Sildenafil: verhoogt genitale doorbloeding; enkel voor specifieke patiëntengroepen

! farmacologische middelen = enkel werkzaam wanneer men ook rekening houdt met psychologische en relationele factoren die invloed kunnen hebben op verlangen/opwinding. Best dus om paar te zien ipv enkel vrouw en farmaco te combineren met psychologisch – seksuologische interventies

#### Psychologische behandelingen:

- Weinig onderzoek



- Id context van partnerrelatietherapie: w gezien als probleem in het partnerrelatiesysteem.
- EFT (Emotionally Focused Therapy)
- Beste evidentie voor klassieke sekstherapie + sekstherapeutische, cognitieve en systeemtherapeutische interventies.
  - Groepsprogramma Trudel et al:
    1. In kaart brengen v individuele onderhoudende factoren
    2. (emotionele) communicatieoefeningen
    3. Aandacht vr onderlinge bekrachtiging en meer specifiek gericht op seksualiteit zoals; voorlichting, intimiteit, sensatefocusoef
    4. Verandering in inadequate seksuele cognities
    5. Training in seksueel fantaseren
- Algemene relatietherapie = onvoldoende effectief.  
Behandeling met aandacht voor meer adequate seksuele stimulering = wel zinvol
- Wanneer angst het meest op de voorgrond staat en vrouw vooral bezig is met anticiperen op angstige gebeurtenissen (bv pijn) stapsgewijze blootstelling aan angst – inducerende stimuli
  - Exposure in vivo of in vitro
  - Angst hiërarchie opmaken
- Bij seksueel trauma evaluatieve conditionering = gevoelig voor wijzigen van de affectieve betekenis van de stimulus door contraconditionering en of cognitieve technieken. Doel = Controle over haar seksualiteit teruggeven zodat ze zich niet meer dr gevoelens van angst of afkeer laat leiden. Seksualiteit moet weer een positieve betekenis krijgen.

## 16.3 Orgasmestoornis

DSM- 5 criteria:

- A.
- duidelijk vertraagd orgasme ,of zelden of nooit optreden vh orgasme, en/of aanzienlijke verminderde intensiteit van de orgastische sensaties.
  - In bij alle of alle gevallen van seksuele activiteit
    - B. Duur van min 6 maand
    - C. Moet tot klinische significante lijdensdruk leiden
    - D. De seksuele stoornis wordt niet beter verklaard door een niet-seksuele psychische stoornis of als gevolg van ernstige relatieproblematiek of andere significante stressoren en kan niet worden toegeschreven aan het effect van een middel of somatische aandoening

! grote variantie id aard en/of intensiteit van stimulatie die orgasme teweegbrengt

Clinicus moet rekening houden met:

- Diagnose moet gebaseerd zijn op het oordeel dat de mogelijkheden van een vrouw om een orgasme te krijgen minder zijn dan redelijk is voor haar seksuele ervaring en de adequaatheid van de seksuele stimulatie die ze ontvangt.  
stimulatie clitoris = belangrijk.  
wanneer een V niet tijdens gemeenschap maar wel met andere vormen van stimulatie orgasme kan krijgen = geen orgasmestoornis  
wat een orgasme is wordt niet beschreven in DSM - 5..

Ervaren problemen mbt orgasme verschillen ook:

- Nog nooit orgasme
- Enkel tijdens masturbatie
- Nooit tijdens gemeenschap
- Enkel na langdurige intensieve prikkeling
- Alleen met vibrator of specifieke soorten stimulatie
- Iets van lichamelijk verschijnsel ervaren maar geen plezier of genot

### 16.3.1 Prevalentie en incidentie

15 – 25% orgasmeproblemen. Prevalentie daalt wanneer ervaren hinder wordt meegeteld.

Lesbische vrouwen vaker orgasme dan hetero of biseksuele vrouwen. (meer adequate stimulatie?)

### 16.3.2. Etiologie

#### Somatische factoren

Orgasmeproblemen kunnen voortkomen uit:

- Aantasting centraal ZS, ruggenmerg, perifere zenuwen bv trauma, tumor, MS, bekkenchirurgie
- Dwarslaesie
- Tekort aan androgenen
- Medicatie (antidepressiva, antipsychotica)

#### Psychosociale factoren

1. Onervarenheid van partner en/of vrouw zelf  
Gevolg van negatieve attitudes over seksualiteit?
    - Vaak last van schuldgevoelens mbt seks
  2. Opleidingsniveau en godsdienstigheid  
Hoger opleidingsniveau en ongelovig vaker klaarkomen door masturbatie
  3. Gebrek aan assertiviteit
  4. Minder goed kunnen waarnemen van lichamelijke veranderingen samenhangend met seks opwinding
  5. Angst voor controleverlies
- ⇒ Niet eenduidige factor!

Wanneer probleem situatief en secundair is: andere contextuele factoren die rol spelen bv. Partnerrelatieproblemen, gebrekkige communicatie rond seksualiteit, minder aantrekkelijk zijn geworden vd partner

### 16.3.3. Anamnese en diagnostiek en indicatiestelling

#### Anamnese

- Duur (levenslang of verworven)
- Context (situationeel of gegeneraliseerd)
- Gaat vaak samen met seksuele interesse/opwindingsstoornis  
! expliciet naar doorvragen
- Partner ook uitnodigen en vragen hoe hij/zij probleem ziet; kan prestatiedruk geven, als persoonlijk falen w gezien
- Seksuele problemen bij partner kunnen ook meespelen

Anamnesevragen p340-341 box 16.2

#### Behandeling

Nog nooit een orgasme gehad masturbatietraining:

= cognitief gedragstherapeutisch programma. Educatie en onderzoeken van eigen genitaal tot aan masturbatie. Van manuele exploratie en stimulatie naar orale stimulatie en van extravaginaal naar intravaginaal.

Bij verworven orgasmeproblematiek id situatie met partner partnerrelatietherapie

## 16.4. Genitopelvienepijn -/penetratiestoornis

### 16.4.1 Probleem oriëntatie

DSM – 5: 4 vaak voorkomende symptoomdimensies:

A. aanhoudende of terugkerende moeilijkheden met ten minste een of meer van het volgende:

1. vaginale penetratie tijdens gemeenschap;
  2. vulvovaginale of onderbuikspijn tijdens vaginale gemeenschap of pogingen tot penetratie;
  3. angst of vrees voor vulvovaginale of onderbuikspijn in anticipatie op, tijdens, of als gevolg van vaginale penetratie;
  4. duidelijke spanning in of aanspannen van de bekkenbodemspieren tijdens pogingen tot vaginale penetratie.
- B. Duur van min 6 maand
- C. Moet tot klinische significante lijdensdruk leiden; voldoende op 1 dimensie
- D. De seksuele stoornis wordt niet beter verklaard door een niet-seksuele psychische stoornis of als gevolg van ernstige relatieproblematiek of andere significante

stressoren en kan niet worden toegeschreven aan het effect van een middel of somatische aandoening

=> Toelichting van de 4 symptoomdimensies op p342

Vulvaire vestibulitisyndroom of provoked vulvodynie (PVD)

= last van oppervlakkige vulvovaginale pijn + pijn bij aanraken vestibulum vaginae en geen somatische verklaring voor. Meetbaar via een Q – Tip – test of touch test

Spontane vulvodynie

= chronische pijn ad vulva die zonder duidelijke somatische verklaring en onafhankelijk van seksuele stimulatie aanwezig is

#### 16.4.2. Prevalentie en incidentie

= onbekend

5% Nederlandse vrouwen heeft last van dyspareunieklachten

5% vaginisme

- ⇒ vergelijkbaar in Vlaanderen
- ⇒ frequentst door vrouwen tss 15 en 24 en rond en na menopauze

#### 16.4.3. Etiologie

##### **Somatische factoren**

Bij GPPPS ook soms somatische aandoeningen zoals: vaginale infectie, lichen sclerosus of endometriose. Stug hymen, hoog opgelopen hymen of veginaseptum kan ook tot niet kunnen hebben van gemeenschap leiden. Tot op heden nog geen somatische oorzaak van GPPPS gevonden.

Pijn = bijna altijd bij de ingang vd vagina

##### **Psychosociale factoren**

Vaak ook andere seksuele problemen e.g. verminderde zin/opwinding. Oorzaak of gevolg = niet duidelijk.

<-> verschil met vrouwen zonder problemen: vrouwen met GPPPS waarderen seksuele stimuli negatiever. (geen verschil in lichamelijk kunnen reageren op seks)

Onderhoudende factoren =

- na herhaaldelijke pijnlijke ervaringen ontwikkelt ze negatieve cognities omtrent penetratie zorgt vr spanning en angst → verminderde genitale respons en opspannen bekkenbodemspieren = vicieuze cirkel (p 333 fig 16.2)

Personen met chronische pijn overmatige oplettendheid vr dreiging/hypervigilantie speelt een rol in dit proces.

- Vermijden van penetratie in stand houden van de angst vr penetratie

Motieven voor vrouwen met GPPPS om toch gemeenschap te hebben

- Partner een plezier doen
- Intiem zijn
- Gevoelens van schuld
- Bang zijn om partner te verliezen
- Gevoel “ normale vrouw” te willen zijn
- ⇒ Vermijden van negatieve uitkomsten

#### 16.4.4 Anamnese, lichamelijk onderzoek en indicatiestelling

##### Anamnese

- ⇒ 4 dimensies van GPPPS bevragen
- 1. Totaal onvermogen om in welke situatie dan ook iets (tampon, vinger, speculum) in te brengen OF id ene situatie penetratie makkelijk, in de andere situatie niet?
- 2. Aard, locatie en duur vd pijn bevragen.  
PVD: wanneer vrouw aangeeft na coitus een branderig, schrijnende pijn ad vulva of pijn bij mictie na coitus of bij dragen van strakke kleding, fietsen of tampongebruik. lichamelijk onderzoek is noodzakelijk om PVD vast te stellen.  
Vulvodynia: veelvuldig pijn, ook buiten seksuele situatie zonder penetratie of aanraking, continue ongemak ad vagina, pijn interfereert met meer levensgebieden bv. Werk en vrijetijd. best als chronisch pijnprobleem beschouwen ipv seksuele disfunctie
- 3. Vrees of angst voor onderbuikspijn in anticipatie op, tijdens of als gevolg van vaginale penetratie en of pijn tijdens gemeenschap?  
Hierdoor gaan vermijden van seksuele/intieme situaties?
- 4. Worden bekkenbodemspieren aangespannen tijdens poging tot vaginale penetratie?  
Normaal/willekeurig of reflexmatig?  
Vragen of penetratie in omstandigheden van ontspanning soms wel nog mogelijk is?  
Aan partner vragen of hij/zij ervaart dat bekkenbodemspieren w aangespannen?  
Mictie en/of – defecatieklachten? (uitsluiten van andere bekkenbodemspieren)

Beperkte lubricatie = belangrijke onderhoudende factor. ad vrouw en partner vragen of ze voldoende vochtig w en blijft?

+ Depressie, relatieproblematiek bevragen kan samenhangen met verminderde zin en pijn

##### Lichamelijk onderzoek

Educatief gynaecologisch seksuologisch onderzoek:

- Somatische oorzaken vaststellen
- Vrouw informeren over externe genitalia, exacte locatie vd pijn, wat er kan gebeuren bij (on)willekeurig aanspannen van bekkenbodemspieren

= educatief doel

### Inspectie

Lichamelijke afwijkingen die niet kunnen hebben van gemeenschap verklaren:

- Stug hymen
- Congenitale afwijkingen
- Imperforate hymen (nog nooit gemenstrueerd)

### Palpatie

PVD/VVD vaststellen door gevoelige plekjes op vestibulum vagina te vinden/roodheid Q  
-tip test of touch test

### Beoordeling vaginistische reactie dan wel overactieve bekkenbodem

Overactieve bekkenbodem = constant aangespannen zijn vd bekkenbodemspieren. nagaan via onderzoek: palpatie intravaginaal niet mogelijk of gewenst + moeite om bekken te ontspannen/blijven te ontspannen. (kan ook samenhangen met onderzoekssituatie, nooit 100% zekerheid)

### Inwendig gynaecologische onderzoek

Bij vrouwen bij wie gemeenschap ondanks pogingen ertoe nog nooit is gelukt = mal practice, niet doen dus.

Box 16.3: anamnesevragen en lichamelijk onderzoek bij vrouwen met GPPPS

#### 16.4.5. Behandeling

Wanneer GPPPS symptoom is van somatische aandoening na behandeling somatische aandoening, pijn verdwijnt

Bij VVS/PVD:

medische (verdovende zalven, crèmes, injecties) en psychologische behandeling met als doel pijnvermindering.

chirurgische behandeling bv. Vestibulectomie

Laatste jaren: voorlichting, tot rust brengen vh gebied (coitusverbod), ontspanningsoef vd bekkenbodemspieren (eventueel met kunststaven), biofeedbackapparatuur, hypnose, seksuologische interventies

Bij vrouwen die geen gemeenschap kunnen hebben (vaginisme) systematische desensitisatie, sensatefocuseof, seksuele educatie

## 16.5 Conclusie

Meer onderzoek naar vrouwelijk seksueel (dis)functioneren draagt bij aan ontwikkeling van meer seksspecifieke theoretische modellen over seksueel functioneren van vrouwen helpt

om de diagnostiek en behandelingen van seksuele functiestoornissen bij vrouwen te verbeteren.

! We moeten waken dat normaal seksueel functioneren niet w gelabeld als seksueel disfunctioneren oiv medicatie die op de markt (zal) komen.