

**Drs. Truus VAN BILDERBEEK-LANKESTER**

Vrouwenkliniek

Wilhelmina Gasthuis, 1e Helmerstraat 104, NL-Amsterdam

## Vijf jaar poliklinische seksuologische hulpverlening

Dit artikel gaat over vijf jaar poliklinische seksuologische hulpverlening: er hebben zich van 1975 t/m 1979 ongeveer 1000 patiënten op de polikliniek medische seksuologie van het Akademisch Ziekenhuis te Utrecht gemeld met seksuele problemen. Van mijn eigen patiënten heb ik de juiste gegevens van 1976 t/m 1979. Over deze groep patiënten gaat dit artikel. Het aantal patiënten (paren) is 162; minder dan 25% daarvan komt uit de hogere sociale klasse. De behandeling is een directe psychotherapeutische aanpak, zoals die in diverse andere landen toegepast wordt, onder andere door het echtpaar G. Crombach en B. Crombach-Seeber in Wenen (1979), Dr. Alan Cooper in Londen (1979) en Helen S. Kaplan in New York (1974).

### De werkwijze

De woensdagmiddag die geheel aan seksuologie besteed wordt, begint met een teambespreking en supervisie. Ook gaat één van de stafleden naar de studenten die in huis zijn (juniorco's) om een seksuologische casus te bespreken, en aan de hand daarvan te discussiëren over een seksuologisch onderwerp.

Bij de teambespreking zijn aanwezig: het diensthoofd (Prof. Musaph), de stafleden, soms maatschappelijk werkers en de jongste gynecologische assistent in opleiding. Eens in de maand is er een seksuologisch protocol, waar de stafleden op toerbeurt een onderwerp behandelen. Het protocol wordt gehouden voor de stafleden van de vrouwenkliniek en de in huis aanwezige co-assistenten.

In 1975-1976 heb ik een jaar groepstherapie gedaan met Prof. Musaph. Er waren vijf paren voor uitgekozen en de sessies duurden 1 uur. Dit bleek geen succes te zijn. Er was te weinig continuïteit haalbaar en wij hebben de paren op ons spreekuur verder behandeld. Ook hebben wij een jaar lang telefonische consultaties gedaan. Ook dat bleek geen succes. Meestal kun je weinig meer adviseren, dan te verwijzen, maar ook was er gebrek aan tijd en daardoor aan continuïteit. De laatste jaren liep één van de gynecologische assistenten stage op mijn spreekuur. Van tevoren werd aan de cliënten gevraagd of ze bezwaar hadden tegen de aanwezigheid van een stagiaire en meestal maakten ze geen bezwaar. Bij de eerste gesprekken echter vaak wel! Heel begrijpelijk overigens.

Sinds één jaar is er een opleiding medische seksuologie. De drie aangenomen artsen houden zelfstandig spreekuur met mogelijkheid van supervisie. Na de teambespreking en supervisie houdt ieder staflid spreekuur en ziet op een middag drie tot vijf cliënten (paren). De wachttijd is vanaf het begin vier tot zes maanden geweest en is dat nog. Ieder jaar zijn er door Prof. Musaph nascholingsdagen voor huisartsen over seksuologische onderwerpen georganiseerd, waaraan stafleden meewerkten.

#### *Wie verwijst de patiënten?*

Grofweg kan men zeggen dat 70% van de 162 patiënten werd verwezen door de huisarts, 20% door de polikliniek gynecologie van het AZU en de overige 10% door de polikliniek climacterium, de fertiliteits-polikliniek, een gynecoloog of psychiater uit de periferie.

#### **De behandeling**

Het eerste gesprek is een open gesprek. Alle frustraties worden geuit. Vele cliënten werden jarenlang van het ene hulpkader naar het andere verwezen en werden nergens goed geholpen. Wij moeten ons dan ook goed bewust zijn dat wij een eindstation voor velen zijn en dat we vooral niet zelf weer te snel verwijzen, als blijkt dat ze bij ons niet op hun plaats zijn.

Er wordt een behandelingsbeleid voorgesteld en in overleg met de cliënt (cliëntenpaar) maken we afspraken voor volgende konsulten. Bij voorkeur worden partners samen behandeld. Ook worden één of meerdere gesprekken apart gehouden, waarbij geheimen of grote vijandigheden naar voren kunnen komen.

Afhankelijk van de aanmeldingsklacht zien we de cliënten iedere twee weken of om de vier à vijf weken. Bij de behandeling worden vaak gerichte adviezen gegeven, het zogenaamde 'huiswerk'. De meeste paren zijn gemotiveerd om aan hun probleem te werken. Zij vormen dus een gunstige selectie, mede door de verwijzing en de lange wachttijd. De spreiding van het aantal konsulten voor vaginisme is 10-20, van de overige klachten 5-10. Hierbij is dan genezing of verbetering opgetreden of een verwijzing tot stand gekomen. Van de 162 patiënten heb ik er 35 verwezen (21%).

Hoeveel patiënten zijn er weggebleven?

27 van de 162 patienten (16%), waarvan:

20 - na 1 konsult

3 - man of vrouw kwamen alleen

4 - gevallen van vaginisme

2 - waren elders in behandeling

2 - ernstige relatieproblemen.

Opgemerkt kan worden dat in 1979 slechts twee patiënten wegbleven.

Tabel 1

	aantal	nog in be- handeling	verwezen	weg of slecht	afbehandeld
A. vaginisme	47	11	8	4	24 22 genezen 1 verbeterd 1 rel. verbr.
B. dyspareunie	19	1	4	3	10 9 genezen 1 verbeterd
C. anorgasmie	31	6	8	3	14 11 genezen 3 verbeterd
D. aversie	9	0	3	3	3 1 genezen 2 verbeterd
E. libidoverlies	23	4	8	7	4 2 genezen 2 verbeterd
F. impotentia erigendi	19	0	3	4	12 10 genezen 1 rel. verbr. 1 slechte rel.
G. impotentia ejaculandi	6	0	1	3	2 2 genezen

## Vaginisme

Het lichamelijk onderzoek van de vaginistische patiënte vindt nooit plaats tijdens het eerste konsult, altijd in de loop van de behandeling en bij voorkeur op een onderzoekbank. Op onze polikliniek moeten we ons behelpen met een gynekologische stoel. De vaginistische patiënt komt meestal samen met haar partner. Ze zijn vaak ondanks het vaginisme getrouwd en denken dat ze de enigen zijn met deze klacht. Ze worden vaak ontdekt bij het gynekologisch onderzoek, bijv. bij pilkontrolle.

Sommige vaginistische vrouwen laten zich echter goed onderzoeken, maar blijken erg angstig te worden bij een poging tot penetratie van de penis (Musaph, 1979). Naast de vaginistische vrouw zien we meestal een wat schuchtere, meegaande man, die zijn partner geen pijn wil doen. In de loop van de behandeling blijkt soms zijn onzekerheid door potentie-stoornissen. Het is opvallend dat bij vaginisme de relatie buiten bed als erg goed wordt ervaren.

De behandeling bestaat uit: geruststelling, voorlichting, systematische desensitisatie en detaboeïsering (Thoben, 1979). Het wordt duidelijk gemaakt, dat het een probleem van beiden samen is. Meestal zijn ze bereid iedere 14 dagen terug te komen. Tijdens de behandeling geldt een coïtusverbod en er wordt veilige anti-konceptie voorgeschreven (bij voorkeur orale anti-konceptie).

De reden waarom ze nu pas komen is vaak de kinderwens. Driekwart van de vaginistische vrouwen bereikt bij het vrijen een clitoreel orgasme. Er worden pelottes meegegeven om te oefenen, maar ze mogen desgewenst de vingers gebruiken om te helpen de penetratie-angst te overwinnen. Meestal laat ik ze zelf kiezen, óf pelottes, óf eigen vingers, óf vingers van de partner.

Bij het opnemen van beider anamnese komen soms andere storende factoren naar voren zoals: niet ongestoord kunnen vrijen, gestoorde moeder-kind relatie (meestal moeder-dochter), slechte woonsituatie, andere angsten, onuitgesproken weerstanden tegen de partner, overspannen huwelijksverwachting, te grote belasting door werk en huishouding.

Opgemerkt kan worden, dat bij alle seksuele dysfuncties enuresis nocturna vaak in de anamnese voorkomt. De vrouw is vaak te perfektionistisch, heeft een hoog streefnivo, waardoor het falen een moeilijk te verwerken probleem is. Ook de schuldvraag wordt besproken. Meestal heeft de vrouw de schuld van het falen gekregen, respectievelijk op zich genomen en ik benadruk steeds weer dat het hun gezamenlijk probleem is. Ze moeten zo mogelijk ook samen komen.

Van de 47 cliënten (paren) met het probleem vaginisme zijn er nog 11 in behandeling, werden er 8 verwezen, zijn er 22 genezen en bleef de rest (6) weg of liep minder gunstig af (zie tabel 1, A).

## **Dyspareunie**

De patiënten met dyspareunie worden meestal eerst gynecologisch nagekeken omdat dit één van de weinige klachten is, waar nogal eens een organische oorzaak gevonden wordt.

Als de diagnose buikwandneuralgie luidt, wordt een spasmolyticum voorgeschreven.

Van de 19 cliënten (paren) zijn er 4 verwezen, 9 genezen, 1 verbeterd (voor de rest: zie tabel 1, B).

## **Anorgasmie**

De behandeling bestaat ook hier uit voorlichting (Schreuder-Bais, 1979). Velen menen dat simultaan orgasme het enige na te streven doel is van een bevredigend geslachtsleven, mogelijk beïnvloed door de slechte voorlichtingslektuur uit de seksboetieks. De drempel daarheen blijkt voor mensen met problemen minder groot dan de drempel naar de boekwinkel om een goed voorlichtingsboek aan te schaffen.

Hier is het betrekken van de partner bij de behandeling van evident belang. Als hulpmiddel wordt soms een vibrator aangeraden, als masturbatie op te veel weerstanden stuit. Ook het gebruik van de vibrator wordt bij voorkeur binnen de relatie gebracht.

Van de 31 cliënten (paren) zijn er nog 6 in behandeling, zijn er 8 verwezen, 11 genezen, 3 verbeterd (voor de overigen: zie tabel 1, C).

## **Seksuele aversie**

Het waren allen vrouwen. Sommige kwamen alleen en aversie was de oorzaak, dat er geen seksueel contact met de partner gemaakt kon worden. De meesten hadden ernstige relatieproblemen en werden óf verwezen naar een ander hulpkader óf bleven na één consult weg (zie tabel 1, D).

## **Libidoverlies**

Ook hier is de relatie vaak ernstig gestoord en is verwijzing naar een ander therapeutisch kader noodzakelijk (zie tabel 1, E). Zowel bij seksuele aversie als libidoverlies kunnen streel oefeningen volgens Masters en Johnson zowel diagnostische als therapeutische waarde hebben.

## **Impotentia erigendi**

Er komt in de loop der jaren een toenemend aantal mannen naar onze polikliniek seksuologie. In 1979 ruim tweemaal zoveel als in 1975. Mogelijk doordat bij mannen de drempel om met klachten te komen hoger ligt, maar ook misschien omdat onze polikliniek in de vrouwenkliniek gesitueerd is. Het lijkt me een extra drempel om met je probleem

temidden van zoveel vrouwen in de wachtkamer te zitten, althans dat zou je kunnen verwachten. In feite zitten ze er temidden van andere paren.

De behandeling is weer bij voorkeur samen met de partner. Er worden zelden hormonen gegeven, waar ze wel meestal om vragen. Andere organische oorzaken kunnen met enkele vragen worden uitgesloten. Informatie naar alcoholgebruik, overmatig roken en medicijnen is essentieel. Een coïtusverbod om de 'faalangst' te bestrijden heft de potentie-toornis soms al op. Meestal is er verbetering van de relatie nodig, door het opsporen van onbewuste vijandige gevoelens.

Van de 10 cliënten (paren) werden er 3 verwezen en zijn 10 genezen (voor de overigen: zie tabel 1, F).

### **Impotentia ejaculandi**

De patiënten met ejakulatiestoornissen worden meestal verwezen door de polikliniek voor fertiliteitsonderzoek, ook zijn het soms buitenlanders met ejaculatio praecox (gegevens in tabel 1, G).

### **Overige klachten**

Van de overige klachten was er: 1 man met homofiele gevoelens, die naar het IMP verwezen werd; 1 pedofiel, die een langdurige incestueuze relatie met zijn dochtertje heeft gehad, en zich na zijn scheiding aan de behandeling heeft onttrokken, terwijl zijn vrouw en kinderen het contact kontinuëerden met onze maatschappelijk werkster, waarmee al een vertrouwensrelatie was gegroeid; 1 fetisjist is in behandeling gegaan bij een psychiater (zijn vrouw eveneens) en 2 vrouwen hadden problemen met hun identiteit.

*Tabel 2 Overzicht van de totale patiëntenpopulatie*

Aantal	Nog in behandeling	Verwezen	Weggebleven	Diversen	Afbehandeld
162	23	35	27	8	69
	± 14%	± 21%	± 16%	± 5%	± 42%

Van de 69 afbehandelde patiënten zijn er:

57 genezen

9 verbeterd

3 relatie verbroken of slecht

### **Exemplarische kasuïstiek**

In 1978 meldde zich een paar. De man is 40 jaar, predikant, de vrouw 34 jaar, verpleegster. Twee uiterst charmante mensen! In een begeleidend briefje van de huisarts staat als klacht vermeld: ejaculatio praecox. Zij

hebben elkaar in een psychotherapeutische kliniek leren kennen en zijn inmiddels 7 jaar getrouwd. Tijdens het huwelijk heeft de vrouw diverse opnames gehad wegens depressies en de man een opname vanwege de angst om de kansel te beklimmen. Er is bij hem in 1974 een circumcisie verricht en mevrouw is bovendien vaginistisch. Ze zijn samen nog 1½ jaar in partnerrelatietherapie geweest. Nergens is het seksueel probleem besproken.

Ik begin de behandeling met de normale wijze waarop ik iedere vaginisme-patiënt behandel. Het aangeraden voorlichtingsboek blijkt al een moeilijk te nemen barrière. Mevrouw schrikt van de plaatjes en mijnheer 'is nog niet zover' om het boek in te zien.

Ik beschouw het niet meer als 'petite sexologie', ik heb in mijn achterhoofd hen naar een ander hulpkader te verwijzen. Nadat ze tweemaal een half jaar zijn weggebleven, blijken ze aan hun problemen te kunnen en willen werken. Mevrouw heeft iets aan haar knie en komt altijd strompelend met een-stok binnen. Inmiddels delen ze me mee, dat ze niet meer elders in therapie willen.

De man heeft afschuw van de genitaliën van zijn vrouw en zij meer van haar eigen geslacht dan dat van haar partner. De systematische desensitisatie is voor beiden heel nuttig en nodig: dus worden er heel gestructureerde adviezen gegeven. Ze komen nu iedere maand terug, vaker is niet haalbaar. Bespreken van beider masturbatie is een grote opluchting (ze wisten het niet van elkaar!).

Na een jaar (dus twee jaar na het eerste konsult) lukt de coïtus regelmatig. De ejaculatio praecox is opgeheven na een advies tweemaal achter elkaar te vrijen. Nu overwegen ze of ze nog kinderen willen. De relatie is veel meer ontspannen en volwassener geworden. Vooral de man deelt mee 'beter bij zijn gevoel te kunnen'.

Ik heb ze elders op mijn spreekuur nog eenmaal gezien. Mevrouw was voor het eerst zonder stok, ze hebben een kampeervakantie van vier weken op de fiets achter de rug. Ze vinden dat nu in hun relatie een kind zou passen. Mijnheer is zo reëel, dat hij zich afvraagt of hij een kind met zijn 'gekte' mag opzadelen. Ze gebruiken al enige tijd geen anticonceptie meer.

In het algemeen is met deze therapeutische benadering een redelijk resultaat bereikt. Uit een follow-up zou moeten blijken of de genezing dan wel verbetering permanent zal blijken te zijn. Het is zeker nodig een dergelijk onderzoek eens te doen.

## Literatuur

- COOPER, A. (1979), 'A review of 215 cases in a sex clinic'. *British Journal of Sexual Medicine*, 6 (nr. 45), 38-42.
- CROMBACH, G.; CROMBACH-SEEBER, B. (1979), 'Direktive Therapie sexueller Funktionstörungen'. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 129 (5), 119-126.
- KAPLAN, H.S. (1974), 'The new sex therapy'. New York: Brunner Mazel.

- MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. (1971), 'Seksuele stoornissen bij man en vrouw'. Amsterdam, Brussel: Paris/Manteau.
- MUSAPH, H. (1977), 'Vaginismus'. In: Musaph, H. & A.A. Haspels (eds.), 'Dyspareunia. Aspects of painful coitus'. Utrecht: Scheltema-Holkema.
- SCHREUDER-BAIS, C.A. (1979), 'Anorgasmie in de praktijk: klacht zonder klagen'. In: H. Musaph & A.A. Haspels (eds.), 'Orgasmestoornissen bij de vrouw'. Deventer: Van Loghum Slaterus, 16-29.
- THOBEN, A. (1977), 'Vaginisme'. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Prof. dr. Arnold Lazarus

WORKSHOP  
THE PRACTICE OF MULTIMODAL THERAPY

Groningen, 4 en 5 juni 1981

Arnold Lazarus, auteur van o.a.:

*Behavior therapy and beyond*

*Multimodal therapy*

*You can if you want to*

*The Mind's Eye*

zal gedurende twee dagen een workshop leiden voor psychologen, psychiaters, artsen, maatschappelijk werkers en therapeuten over de toepassing van zijn Multimodal therapy.

Behalve een uitvoerige uiteenzetting van de theorie wordt de praktijk getoond aan de hand van demonstraties en oefeningen.

Voertaal: Engels

Inschrijving

door storting van f 360,-

op giro 2804938 t.n.v.

J. Wijnberg Groningen

Informatie:

Huispsychologen praktijk

Drs. T.V. Wijnberg-Kratochvil

Drs. J.R. Wijnberg

v. Moerkerkenlaan 2

9721 TB Groningen

Tel. 050 - 265596