

SEKSUELE RESPONS PROBLEMEN VAN VROUWELIJKE PATIENTEN; HOE KAN DE HUISARTS HELPEN?°

Conny A. Schreuders-Bais*

Seksuele responsproblemen vormen geen zeldzaamheid. De prevalentie van seksuele dysfuncties in de vrouwelijke populatie is vermoedelijk tussen 35 en 60 procent, waarbij gebrek aan zin in seks en opwindingsstoornissen het hoogst scoren (Hawton, 1990). Totaal onvermogen om orgasme te bereiken komt voor bij 10 tot 15 procent van de vrouwen. Het gemiddeld aantal vrouwelijke patiënten met seksuele klachten en vragen dat per week door de huisarts wordt gezien bedraagt 2.2 (Frenken et al., 1988). Dit aantal is geringer dan op grond van de prevalentie van seksuele dysfuncties verwacht mag worden. Recent onderzoek (Wigersma, 1990) liet zien dat patiënten inderdaad meer seksuele problemen ervaren dan zij in contact met de huisarts naar voren brengen.

Met dit artikel wordt beoogd deze discrepantie te verkleinen door de huisarts enkele handvatten te reiken om seksuele responsproblemen bij vrouwelijke patiënten te onderkennen en de vraag te verhelderen (met nadruk op het belang van ingaan op de belevingsaspecten). Op basis van de grafische voorstelling van de seksuele respons cyclus (Masters en Johnson, 1966) worden in drie paragrafen respectievelijk libido-, opwindings- en orgasmestoorissen belicht. Daarbij wordt vooral gelet op voor de huisarts relevante aspecten van anamnese, diagnostiek en behandeling. Aan de mogelijkheden en moeilijkheden van het verwijzen van patiënten met seksproblemen wordt tot slot een aparte paragraaf gewijd.

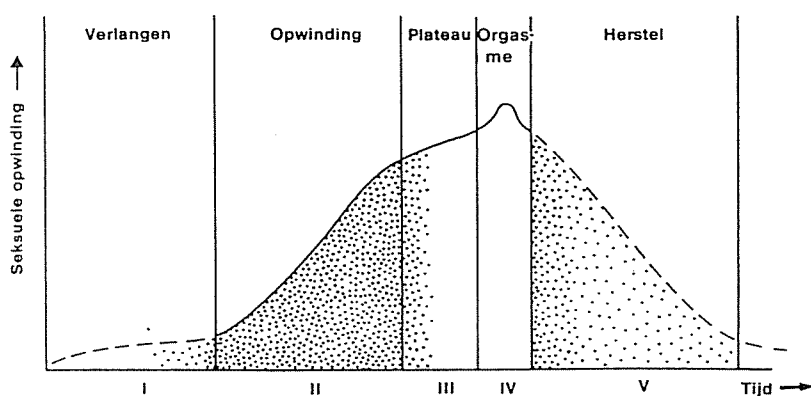
Vooraf dient iets te worden gezegd over de in dit artikel gebruikte terminologie. Het is tegenwoordig gebruikelijk om bij de diverse begrippen en definities in de seksuologische literatuur uit te gaan van de indeling volgens de DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, herziene 3e editie, 1987). Ook in dit artikel zullen deze, in verkorte vorm, worden gehanteerd. Wat betreft het gebruik van de termen "seksuele dysfunctie" en "seksueel probleem" is een overlap niet steeds te vermijden, al zijn ze strikt genomen niet synoniem (een dysfunctie, bij voorbeeld anorgasmie, wordt niet per sé als een probleem ervaren, terwijl omgekeerd een gepresenteerd seksueel probleem, bij voorbeeld behoefteverschil tussen de partners, niet noodzakelijkerwijs berust op een seksuele dysfunctie). De woorden libidovlies, geen zin in seks en geremd seksueel verlangen worden als synoniem gebruikt. Seksuele aversie vormt een begrip apart, waarop in het desbetreffende gedeelte nader wordt ingegaan.

Bij de gespreksvoering met patiënten over seksuele respons problemen vormt de grafische voorstelling (zie fig. 1), ontleend aan het werk van Masters en Johnson

* Drs. C.A. Schreuders-Bais, arts-seksuologe. Afdeling Gynaecologie AZN Radboud, Nijmegen. Eigen praktijk: Dennenweg 2, 6881 KB Velp (Gld.)

° Geaccepteerd voor publicatie 4 maart 1993.

(1966) en Kaplan (1979), in de praktijk een handig schema, mits men zich bewust blijft van de individuele verschillen in tijdsduur en intensiteit van de verschillende fasen.



Figuur 1. Seksuele opwinding tijdens de verschillende fasen die mensen door (kunnen) maken bij seksuele activiteit (overgenomen van Stoeckart et. al., 1992).

Bovenstaande figuur geeft de seksuele opwinding weer in de opeenvolgende fasen die mensen kunnen doormaken tijdens seksuele activiteit. Intensiteit van stippeling is een maat voor "extravert" (donker) of "introvert" (niet gestippeld) zijn. In de donkere gedeeltes is de mens meer op de omgeving, de partner gericht: de interactiefase, terwijl in het witte gedeelte de puur individuele (lichaams) beleving en gevoelens centraal staan: de solofase (Stoeckart, et. al., 1992). Op dit belangrijke onderscheid wordt nader teruggekomen in de paragraaf over orgasmestoornissen.

Libidostoornissen

Definitie

Libidoverlies of Verminderd Seksueel Verlangen is volgens de DSM-III-R:

Een aanhoudende of herhaalde deficiëntie of het ontbreken van seksuele fantasieën en seksueel verlangen. Bij de beoordeling van dit tekortschieten of ontbreken houdt de arts rekening met factoren die het seksueel functioneren beïnvloeden zoals leeftijd, geslacht en de situatie van betrokkenen. Komt soms voor in de loop van een psychiatrische stoornis, bij voorbeeld tijdens een ernstige depressie.

Aetiologie

Vooropgesteld dient te worden dat niet elk verminderd of zelfs afwezig seksueel verlangen per definitie pathologisch is. Er is sprake van een normale variatie, en sommige individuen bevinden zich met hun libido aan de lage kant van het gemiddelde. Volgens Bancroft (1989) kunnen genetische en mogelijke hormonale factoren hieraan ten grondslag liggen. Strikt genomen betreft het dan geen libidoverlies, doch een intrinsiek lage libido. De persoon in kwestie heeft er meestal geen last van. De problemen ontstaan pas, wanneer het verschil in seksuele behoefte binnen een relatie aanleiding vormt tot spanningen. Daarnaast is het goed zich te realiseren, dat geen zin in seks voor de persoon "functioneel" kan zijn in een voor haar onaantrekkelijke of ongewenste situatie: "niet zo, niet nu, niet met jou" (situationeel libidoverlies). Wanneer het seksueel verlangen altijd ontbreekt (gegeneraliseerd libidoverlies), dus ook onder gewenste omstandigheden met een geliefde partner, wijst dit doorgaans

op dieperliggende individuele problematiek welke teruggrijpt op de jeugd. Oorzaken kunnen gelegen zijn in een lustvijandige opvoeding, in affectieve verwaarlozing of seksueel misbruik (bijvoorbeeld incest). Meer en meer wordt duidelijk dat het voor vrouwen die als kind slachtoffer van seksueel geweld zijn geweest vaak buitengewoon moeilijk is om seks als iets positiefs te ervaren. Niet zelden zien we dan zelfs een regelrechte afkeer van seks, met vermijding van (bijna) elk genitaal seksueel contact met een partner. Daar seksueel misbruik van meisjes en vrouwen een omvangrijk probleem vormt (Draijer, 1988), dient men als huisarts alert te zijn op deze aetiologie bij gegeneraliseerde libidostornissen van vrouwen.

Anderzijds kan libidoverlies secundair optreden (eerder was er geen libidostornis, nu wel) bij ziekte of medicatie. Ook factoren als een veranderde levensfase (post partum, perimenopauze), een verslechterde sociale situatie (werkeloosheid, sterfgeval) of conflicten in de relatie kunnen het verlangen naar seks ernstig verstoren. Bij (dreigende) ziekte, chronisch geneesmiddelengebruik of een vitale depressie kan libidoverlies heel geleidelijk ontstaan, maar kan anderzijds ook een eerste symptoom zijn van een systeem ziekte of de voorbode van een maligne proces (Moors, 1992).

Anamnese

Net zoals de ene huisarts meer moeite heeft met praten over seks dan de andere, zo is er ook bij patiënten verschil in het gemak waarmee zij een seksuele moeilijkheid naar voren brengen. Het bekende fenomeen van "de vraag achter de vraag" doet zich bij de seksuele problematiek geregeld voor. Ook libidostornissen kunnen schuilgaan achter "vage" klachten. Als de huisarts een man is, vormt dit voor sommige vrouwen een extra handicap. Vragen of zij hier moeite mee heeft, helpt haar wellicht zich op haar gemak te stellen.

Wanneer de klacht "geen zin in vrijen" of "afkeer van seks" is uitgesproken, is het belangrijk wat patiënte daarmee precies bedoelt. Waarin heeft patiënte geen zin, waartegen aversie? Voelt zij zich geremd bij elke vorm van fysieke intimiteit, of zijn er specifieke seksuele activiteiten die haar tegenstaan? Heeft zij bij voorbeeld wel zin in knuffelen, kussen, strelen, maar geen behoefte aan de "verplichte" coïtus of een afkeer van een door de partner gewenste houding of handeling? Een voorbeeld:

Een echtpaar, mid-vijftigers, bezoekt hun arts op initiatief van de man. In hun nu 30-jarig, overigens goed huwelijk is de seksuele relatie nooit uit de verf gekomen, als gevolg van een "totaal gebrek aan interesse voor seks" van de kant van de vrouw. Zij heeft tientallen jaren uit plichtsbesef coïtus gedoogd, maar daarbij zelf nooit iets prettigs beleefd. Geleidelijk ging zij seksueel contact mijden, en sinds een jaar weert zij elke vorm van fysieke intimiteit af. De echtgenoot voelt zich sterk afgewezen en vraagt om hulp. Ook de vrouw, die zich in toenemende mate tekort voelt schieten, wil verbetering.

Vervolgens vindt een gesprek plaats met elk apart (zoals te doen gebruikelijk bij de inventarisatie van een seksueel relatieprobleem). Als aan de vrouw gevraagd wordt waarin ze precies "geen zin" heeft, geeft ze aan wel degelijk seksuele gevoelens en (zelf)bevrediging te kennen, maar nooit bij het vrijen met haar man. Deze heeft van het begin van hun relatie altijd aangedrongen op orogeenitaal contact, maar zij heeft aan die wens nooit kunnen/willen voldoen; alleen al de gedachte aan fellatio maakt haar misselijk. Zij meent dat deze eis - want zo ervoer zij het - haar zin in en initiatief tot seksueel contact van meet af aan heeft geblokkeerd.

Bij dit echtpaar leidde het bespreekbaar maken van dit voor hun beladen thema tot een sterk verbeterde communicatie over hun seksuele beleving; nadat de man had beloofd af te zien van zijn orogeenitale wensen, trad bij de vrouw opmerkelijk snel verbetering van de libido op. Uit dit voorbeeld moge blijken dat een huisarts die patiënten met een seksprobleem open en rustig tegemoet treedt, respectvol, maar ook niet bang om gericht door te vragen, heel goede resultaten kan bereiken. Na verheldering en zonodig herformulering van de klacht kunnen onder meer de volgende vragen aan bod komen (daarbij alert zijn op eventuele weerstanden):

- Is het libidoverlies er altijd, of is er soms wel behoefte?

- Is het probleem partner-gebonden? Vindt b.v. wel masturbatie plaats, erotische fantasieën?
- Gaat de klacht gepaard met andere symptomen, fysiek (b.v. moeheid) of psychisch (b.v. depressie)?
- Welke invloed heeft dit probleem op haarzelf, of partnerrelatie?
- Spelen er nog andere problemen in de relatie, het gezin, de familie?
- Heeft patiënte in haar jeugd onprettige (seksuele) ervaringen gehad; zo ja, welke?
- Hoe ervaart patiënte haar huidige leefsituatie?
- Wat is volgens haarzelf de oorzaak van de libidostoornis?

Behalve deze speciale anamnese wordt ook een globale tractus anamnese afgenomen. Juist de huisarts kan op deze wijze vaststellen hoe de klacht past in de psychische en sociale context van de patiënte, en of er mogelijk een causale organische factor in het geding is. Het moge duidelijk zijn dat een dergelijke anamnese enige tijd vergt. Soms is het daarom raadzaam om na een eerste inventarisatie patiënte op een rustiger moment te vragen terug te komen. Het is van belang dat zij zich serieus genomen en begrepen voelt. In dit kader is het nuttig bereidheid uit te spreken om ook met de partner en met beiden tesamen te spreken. Het bevorderen van de communicatie werkt dikwijls op zich al therapeutisch. Wel dient men te realiseren dat tijdens een drie-gesprek bij de partner van andere sekse dan de dokter een al dan niet terecht gevoel van "twee tegen een" kan ontstaan. Het is vaak nuttig dit even aan te kaarten.

Diagnostiek

Voor het stellen van de juiste diagnose kan nader medisch onderzoek gewenst zijn. Bij een vermoeden van een vitale depressie of ernstige stress zal de huisarts dit wellicht bevestigd willen zien door een psycholoog of psychiater (uiteraard in overleg met de patiënte). Een algeheel lichamelijk onderzoek is bij libidostoornissen in principe alleen geïndiceerd wanneer er sprake is van libidoverlies zonder aanwijsbare psychische oorzaak. Redenen voor somatisch onderzoek kunnen zijn lichamelijke klachten/ziekte in de recente voorgeschiedenis, aanwijzingen voor een endocrinologische stoornis, chronische pijnklachten, geneesmiddelengebruik (zie ook hieronder). De diagnostiek dient gericht te zijn op differentiatie van intrapsychische relationele of organische aetiologie, daar dit bepalend is voor de behandelingsstrategie.

Behandeling

De behandelmogelijkheden in de huisartspraktijk liggen op het vlak van begeleiding, gerichte medisch-somatische therapie (indien relevant) c.q. antidepressie-therapie of stevige onderbouwing van een verwijzing. Begeleiding door de huisarts is een optie, wanneer het libidoprobleem secundair en voornamelijk psychisch of relationeel bepaald is. De huisarts hoeft voor dergelijke "seksuele counselling" echt geen sekstherapeut te zijn, maar dient wel te beschikken over attitude, kennis en vaardigheden die het mogelijk maken om op ontspannen wijze met patiënten over seks te praten. Bij libidoproblematiek is het meestal zinvol om de partner zo spoedig mogelijk bij de behandeling te betrekken. In de gesprekken kan gefocussed worden op het bevorderen van de communicatie, het inzicht geven in oorzaak en achtergronden van het probleem, het sanctioneren van lustbeleving en het geven van suggesties om positieve ervaringen op te doen en negatieve te vermijden. Follow-up is belangrijk. Indien na vier tot zes gesprekken niet voldoende vooruitgang is geboekt, dient een verwijzing te worden overwogen voor sekstherapie, individuele psychotherapie of partnerrelatietherapie. Voor verwijsmogelijkheden raadplege men het slot van dit artikel.

Libido en geneesmiddelen

Over seksuele bijwerkingen van geneesmiddelen is bij vrouwen tot nu toe veel minder onderzoek gedaan en derhalve minder bekend dan bij mannen. Belangrijk inventariserend werk op dit gebied in ons land werd verricht door Moors-Mommers (1985). Zij wijst er terecht op dat de effecten van een medicament op seksualiteit afhankelijk zijn van een drietal factoren, namelijk de farmacologische eigenschappen van het middel, de dosering en de individuele gevoeligheid van de patiënt. Een bijkomend probleem bij deze onderzoeken is het feit dat zelden onderscheid wordt gemaakt tussen libido en opwinding. Op basis van onderzoek bij mannen worden de volgende (groepen) geneesmiddelen in de literatuur geassocieerd met libidoverlies: kalmende middelen, antidepressiva, antihypertensiva, narcotica, anti-emetica, antiandrogenen. Of dit mutatis mutandis ook voor vrouwen geldt, is nog maar de vraag.

Libido en de pil

Een veelgehoorde vraag in de huisartspraktijk is of geringe behoefte aan seks een gevolg kan zijn van het (langdurig) gebruik van een bepaalde anticonceptiepil. Hierover vallen enkele dingen te zeggen. Libidoverlies kan theoretisch een bijwerking zijn van de progestagene component in de pil (door antioestrogeen en eventueel antiandrogeen effect). Dit is echter in realiteit, zeker met de huidige "derde generatie" pillen (laaggedoseerd en voorzien van het nieuwe progestageen gestaden), zelden het geval. Het ontstaan van libidoverlies tijdens pilgebruik heeft vaker een psychologische dan een farmacologische oorzaak. Mogelijk heeft patiënte moeite met de acceptatie van de pil ("minder vrouw", permanente beschikbaarheid als sekspartner) of bestond het libidoprobleem al voordat met de pil begonnen werd. Het is daarom raadzaam om in de anamnese voorafgaand aan het eerste pilgebruik naar (fluctuaties in) de seksuele behoefte te informeren. Wanneer bij voorbeeld tijdens de luteale fase van de menstruele cyclus de libido minder is dan tijdens de folliculaire fase verdient een combinatie-tablet met oestrogeenoverwicht of een meerfasenpreparaat de voorkeur. Ook het gebruik van een pil waarvan het progestageen een androgeen neveneffect heeft (norethisteronpreparaat) kan een gunstige invloed hebben op de libido sexualis (Kremer en Haspels, 1991). Voor de wijze waarop het pilconsult bij de huisarts een toegangspoort kan zijn voor een gesprek over seks moge verwezen worden naar Smits (1993).

Libido en ziekte

Bij een acute, tijdelijke ziekte verdwijnt meestal de behoefte aan seks, zonder dat dit door de betrokkene(n) als een probleem wordt ervaren. Anders ligt het met ziekten van chronische aard, met name wanneer deze ernstig invaliderend zijn of met pijn gepaard gaan (bij voorbeeld chronische depressie of reumatoïde arthritis). Evenals bij door andere oorzaak gehandicapte mensen, ligt hier voor de huisarts een duidelijke taak als begeleider. De arts zal trachten te begrijpen wat de fysieke en psychologische consequenties zijn op de seksualiteitsbeleving van de patiënt en diens partner. Door dit spreekbaar te maken, zal de arts het paar mogelijk op het spoor zetten van creatieve oplossingen, die hernieuwd plezier in seks of andere vormen van lichamelijke intimiteit mogelijk maken. Eventuele adviezen kunnen onder meer betreffen het nemen van medicatie voorafgaand aan het seksuele contact, houdingsadviezen en suggesties voor sensuele massage.

Een depreciatie van het eigen lichaamsbeeld als gevolg van lichamelijke handicap of (de behandeling van) een ziekte, kan vooral bij vrouwen de zin in vrijen ernstig

verstoren. Men denke aan gynaecologische ingrepen, mutilerende operaties, radiotherapie, incontinentie, haaruitval bij chemotherapie etc. (Weijmar Schultz en van de Wiel, 1991). Zich verzekerd te weten van de emotionele steun van de partner is van doorslaggevende betekenis om haar soms juist versterkte behoefte aan fysieke nabijheid te durven uiten. Ook hierbij kan de huisarts een positieve rol spelen door van betrokkenheid op dit punt blijf te geven en de communicatie tussen de partners te bevorderen.

Opwindingsstoornissen

Definitie

De vroeger gehanteerde term "frigiditeit" is obsoleet geworden. Nu spreken wij van opwindingsstoornis ("Female Sexual Arousal Disorder" volgens de DSM-III) als ondanks verlangen naar en participeren in seksuele activiteit subjectief en/of fysiologisch de fysieke respons achterwege blijft. Indicatief hiervoor is het uitblijven van pelviene vasocongestie en intravaginaal transsudaat. Een probleem bij de definitie vormt het feit, dat er bij vrouwen discrepantie kan bestaan tussen de subjectieve en de objectieve mate van opwinding. Bij onderzoek bleek dat vrouwen bij kijken naar "erotisch" beeldmateriaal aangaven zich niet opgewonden te voelen, terwijl niettemin via meting een toename van genitale doorbloeding en lubricatie werd vastgesteld (Moors, 1992). Verondersteld wordt dat vrouwen minder dan mannen gewend zijn zich bewust te zijn van de lijfelijke sensaties van seksuele opwinding.

Aetiologie

Somatische oorzaken

Een fysiologisch deficit of inadequate vasculaire respons kan een gevolg zijn van oestrogeenderving in de postmenopauze of tijdens de lactatieperiode. Met name postmenopauzale lokale aandoeningen als vulvo-vaginale atrofie of lichenificatie komt de huisarts regelmatig tegen. Voorts kunnen ook bepaalde medicijnen, met name beta-blokkers, interfereren met een normale fysiologische respons. Endocriene ziekten (b.v. diabetes) en neurologische aandoeningen hoeven niet per sé, maar kunnen wel als gevolg van aantasting van zenuwbanen een remmend effect hebben op vasocongestie en lubricatie. Aan een opwindingsstoornis kan ook pijn bij coïtus (dyspareunie) ten grondslag liggen. Anticipatie van pijn belemmert veelal seksueel opwindingsgevoel en kan tevens een in de seksuologie beruchte vicieuze cirkel creëren: pijn - angst - spanning (reflectoire hypertonie van de bekkenbodummusculatuur) - pijn etc. Als het lukt deze cirkel te doorbreken (bij voorbeeld door adequate behandeling van de causale pijnfactor), herstellen opwinding en lubricatie zich doorgaans snel.

Niet-somatische oorzaken

Verreweg de meest frequente oorzaak van moeilijk opgewonden kunnen raken is het ontbreken van de specifieke voorwaarden, welke voor deze individuele vrouw seksuele opwinding mogelijk maken. Deze voorwaarden hebben betrekking op de "ambiance" van het minnespel, op de manier en de duur van de fysieke stimuli, en op de capaciteit van de vrouw om haar wensen aan de partner duidelijk te maken. Dikwijls zijn hierbij de ontvankelijkheid van de partner en de emotionele kwaliteit van de relatie van doorslaggevende betekenis. Men wake er dan ook voor om bij een

opwindingsstoornis de oorzaak uitsluitend bij de vrouw zelf te zoeken; heel wel kan onbegrip van de partner of gebrekkige communicatie tussen beiden de reden zijn. Daarnaast ontbreekt het vaker dan men misschien zou verwachten aan basale kennis omtrent de anatomie van de geslachtsorganen en de normale seksuele respons.

Soms echter spelen intrapsychische factoren bij de vrouw wel degelijk een rol bij de genese van haar opwindingsprobleem. Een geïnternaliseerd verbod op lustbeleving, angst controle te verliezen, minderwaardigheidsgevoelens, nare (seksuele) jeugdervaringen, er is een scala van meestal niet bewust onderkende oorzaken waarom een vrouw "zich niet kan geven". Het gevoel van onmacht dat dit bij patiënte en haar partner teweegbrengt, kan een bron zijn van jarenlang verdriet en frustratie.

Anamnese

Een patiënte met een opwindingsstoornis kan haar klacht bij voorbeeld als volgt verwoorden: "Ik verlang er best naar om seks te hebben met mijn vriend, maar zodra hij mij begint te strelen, voel ik niks meer". Of, een oudere patiënte: "Ik heb gemeenschap met mijn man altijd prettig gevonden, maar sinds ik in de overgang ben doet het me niets meer". Goed luisteren naar de klacht geeft al richting aan de anamnese. Zo zal de huisarts bij eerstgenoemde patiënte informeren of het altijd zo geweest is, hoe het was in eventuele eerdere relaties, in hoeverre is zij vertrouwd met haar eigen lijf, zijn er situaties waarin zij wel opgewonden raakt (masturbatie?), is ook de partner voldoende bekend met anatomie en adequate stimulatie? Bij de perimenopauzale patiënte van het tweede voorbeeld zal het accent in de anamnese meer komen te liggen op mogelijke organische factoren, met name urogenitale klachten (pijn, droogheid, incontinentie), terwijl het daarnaast van belang is te informeren naar haar beleving van de nieuwe levensfase. In alle gevallen is het zinvol te vragen naar:

- situaties of manieren van vrijen waarin opwinding wel optreedt
- het effect van dit probleem op de persoon zelf en op de relatie
- patiëntes eigen ideeën omtrent de oorzaak

Diagnostiek

Hoewel opwindingsstoornissen bij vrouwen in meerderheid psychogeen zijn, zoals onder het kopje aetiologie besproken, dient de huisarts de somatiek niet uit het oog te verliezen. Bij vermoeden van een organische achtergrond (of op verzoek van patiënte zelf) dient ter uitsluiting of bevestiging gekeken te worden naar gezondheids-toestand, medicatie en hormonale status. En gynaecologisch onderzoek zal duidelijkheid kunnen geven over de toestand van uit- en inwendige genitalia (pijn?, ontsteking?, atrofie?), terwijl tevens een indruk wordt verkregen van de tonus van de bekkenbodum. Als een neurogeen letsel in het pudendusgebied wordt vermoed (multiple sclerose, post-operatief), kan een poliklinisch neurofysiologisch onderzoek (zogenoemd NUFO) hierover informatie verschaffen. Fysiologische metingen aan de hand van een "trial" met erotisch beeldmateriaal bevindt zich voor vrouwen nog in een experimenteel stadium. Wat de diagnostiek van de niet-somatische oorzaken betreft volgt het belangrijke onderscheid tussen initiële moeilijkheden (berustend op misverstanden en gebrekkige vrijschik) en diepgewortelde intrapsychische problematiek doorgaans reeds uit de anamnese.

Behandeling

Bij gevonden somatische afwijkingen zal, indien mogelijk, een daarop toegesneden therapie worden gegeven. De huisarts dient er echter alert op te zijn, dat ook na

genezing enige follow up nodig is om zekerheid te krijgen dat het seksuele probleem eveneens is opgelost. In geval het opwindingsprobleem voornamelijk samenhangt met onwetendheid en onhandigheid ligt er juist voor de huisarts een dankbare taak om, bij voorbeeld in het kader van een pilconsult, een helder permissief voorlichtend gesprek te voeren. Een instructief lichamenlijk onderzoek kan hieraan gekoppeld worden, desgewenst in aanwezigheid van de partner. Als zij dit wil, moet de vrouw met een handspiegel mee kunnen kijken tijdens het onderzoek (Vink en van der Does, 1992). Het aanbevelen van een seksueel voorlichtingsboek vormt een goed sluitstuk van zo'n therapeutische sessie, maar ook hier weer geldt als advies voor de huisarts: maak een vervolgspraak! Bij een vermoeden van "dieperliggende" intrapsychische problematiek kan patiënte gebaat zijn met een goede verwijzing naar een (psychotherapeut-)seksuoloog. Dit geldt a fortiori bij gevallen van seksueel misbruik in heden of verleden, hoewel ook hierbij de huisarts het belang van zijn/haar rol bij eerste opvang en als begeleider niet moet onderschatten (Ter Braak, 1992).

Orgasmestoornissen

Definitie

Er is sprake van een orgastische dysfunctie ("Geremd vrouwelijk orgasme" volgens de DSM-III), wanneer een vrouw in de beide eraan voorafgaande fases van de seksuele respons, te weten libido en opwinding, geen probleem ervaart, doch steeds als het ware blijft "steken" vlak voor de orgasmefase. Het uitblijven van de fysieke ontlading van opgebouwde seksuele spanning kan lichamenlijk en geestelijk ongenoe-gen geven en aanleiding vormen tot de klacht: "ik kan niet klaarkomen".

Aetiologie

Vooraf even de feiten: ruim 10% van de volwassen vrouwelijke populatie kent geen orgasme (Kaplan, 1979), circa 90% van de vrouwen kent dit gevoel wel (waarbij voor de meesten (peri)clitorale stimulatie door zichzelf of door de partner essentieel is) en niet meer dan een op de drie vrouwen komt makkelijker klaar tijdens coïtus dan daarbuiten (De Bruijn, 1985). Vooral dit laatste feit is belangrijk, omdat daarmee de wijdverbreide opvatting wordt weerlegd, dat coïtaal orgasme, en dan liefst nog simultaan met de partner, de enig "echte" en de enig "normale" manier van klaarkomen is. Faalangst en orgasme"plicht" kunnen dan blokkerend werken. Een vrouw die soms jarenlang getobd heeft over het niet klaar kunnen komen tijdens de gemeenschap en vreest in dit opzicht abnormaal te zijn (in deze opvatting niet zelden door haar partner bevestigd!), voelt zich bevrijd en opgelucht als zij van haar huisarts te horen krijgt dat er met haar niets aan de hand is. Niet iedere vrouw echter zal deze boodschap thuis gemakkelijk kunnen "verkopen"; een voorlichtend gesprek met het paar is dan nuttig.

Deze pseudo-orgasmestoorntis dient onderscheiden te worden van de echte anorgasmie, die primair kan zijn of in tweede instantie ontstaan. Primaire anorgasmie (dus: nog nooit op enigerlei wijze een orgasme beleefd) is vrijwel altijd psychogeen. Het betreft evenwel niet per se een stoornis, zeker als het nog jeugdige vrouwen betreft: het orgasmegevoel werd simpelweg door henzelf nog niet ontdekt. De reden dat sommige vrouwen nooit zijn gaan masturberen, kan berusten op afwezige behoefte daaraan of nooit op het idee gekomen te zijn, maar de oorzaak kan ook dieper

liggen, bij voorbeeld in een seksueel restrictief opvoedingsklimaat. Angst en schaamte voor het seksuele, vaak gepaard aan een genitaal aanrakingstabeo, kunnen dan een sterke belemmering vormen om vertrouwd te raken met het eigen lijf. Vrouwen die nooit met zichzelf geëxperimenteerd hebben, zullen over het algemeen ook meer moeite hebben om te leren "orgasmeren" met een partner. Niet alleen kunnen zij de partner minder goed instrueren ten aanzien van de voor hen effectieve stimulatie, maar zij zijn soms ook minder goed in staat zich zodanig op eigen lustgevoel te concentreren dat een climax mogelijk is. Dan ontbreekt tijdens het vrijen de voor een orgasme noodzakelijke "solo" fase (zie figuur 1). Anderzijds kan een verklaring voor anorgasmie van de vrouw ook wel eenvoudigweg zijn, dat door de partner te weinig met haar behoeftes en wensen rekening gehouden wordt, dat er te kort geknuffeld en gestreeld wordt en veel te snel tot intromissie van de penis wordt overgegaan, terwijl zij mogelijk zelfs überhaupt geen coïtus wil.

De aetiologie van verworven anorgasmie (eerder wel orgastisch, nu niet meer), kan zowel psychisch als organisch zijn. In het eerste geval kunnen veranderingen in relatie (bij voorbeeld nieuwe partner) of situatie (minder "veilig", gehorig) verhinderen dat een vrouw zich niet meer zoals vroeger "volledig kan geven". Bij organische oorzaken welke een negatieve invloed op de orgasmebeleving kunnen hebben (te weten anorgasmie of pijn bij orgasme dan wel een subjectief sterk verminderde "kwaliteit" van het orgasme) kan onder meer gedacht worden aan:

- pijnlijke processen aan genitalia interna of externa (infecties, adhaesies)
- hypotonie van de bekkenbodummusculatuur (postmenopauzaal, postpartum)
- neurologische ziekte (multiple sclerose)
- diabetes in gevanceerd stadium (ten gevolge van neuropathie)
- posttraumatisch (dwarslaesie)
- postoperatief (prolapsoperaties, sympathectomie)

In of na de overgang blijkt angst voor of gêne over onwillekeurig urineverlies, juist tijdens seksuele opwinding en orgasme, nogal eens een reden om "af te haken" bij het vrijen. De huisarts kan helpen door dit onderwerp aan te kaarten en liefst ook met de partner erbij te overleggen hoe dit euvel het beste kan worden opgevangen.

Anamnese

Evenals we zagen bij libidoproblemen, is ook bij orgasmestoornissen verheldering en eventueel herformulering van de klacht van cruciale betekenis voor het verdere beleid. Om een indruk te krijgen van aard en ernst van de klacht kan men patiënte haar eigen respons laten intekenen in de afgebeelde Seksuele Respons Curve (zie fig.1); dit vormt vaak een goede ingang voor het verdere gesprek. Is er werkelijk sprake van een dysfunctie, waar patiënte zelf onder lijdt of lijkt het meer een probleem voor de partner te zijn: "Mijn man vindt het raar dat ik niet tegelijk met hem klaar kom..."? Belangrijk onderscheid is voorts of het orgasme altijd uitblijft, of alleen onder bepaalde omstandigheden, met een bepaalde partner. Essentieel voor het behandelplan is om te horen of de patiënte ooit in haar leven op enigerlei wijze ("spontaan", bij masturbatie of anderszins) een orgasme heeft ervaren. Zo nee, dan is het zinnig te informeren naar jeugd en achtergrond van patiënte (sfeer thuis, houding ten opzichte van seksualiteit, rol religie, onprettige seksuele ervaringen), omdat dit kan leiden tot een verklaring van de geremdheid.

Bij een "secundair" opgetreden orgasmestoornis is het relevant om in de anamnese aandacht te besteden aan (eventuele veranderingen in) de huidige leefsituatie en aan de lichamelijke gezondheidstoestand. Een toegesneden tractusanamnese

kan richting geven aan nader somatisch onderzoek.

Diagnostiek

Zoals bij de meeste seksuele responsproblemen, volgt de diagnose doorgaans direct uit een goede anamnese. Bij primaire anorgasmie is een lichamelijk onderzoek zelden geïndiceerd. Alleen indien patiënte vreest dat een lichamelijke afwijking de oorzaak is van haar probleem, kan een gynaecologisch onderzoek functioneel zijn ter geruststelling. Anders ligt het bij secundair afwezig of verminderd orgasme; naast lichamelijk onderzoek kan dan ook het natrekken van het dossier (bij voorbeeld met betrekking van voorafgaande gynaecologische of urologische operaties) relevante informatie opleveren. Gynaecologisch onderzoek is voorts aangewezen bij pijnlijk orgasme.

Behandeling

De behandelingsmogelijkheden van de huisarts zijn afhankelijk van de ernst van het probleem en de bagage en taakopvatting van de betreffende arts. Gezien de tijd en know how, die gemoeid is met het oplossen van een primaire orgastische dysfunctie, zal in die gevallen een verwijzing naar een sekstherapeut of preorgastische vrouwen-groep (zie Verwijzen) voor de hand liggen. Therapeutische interventies van de huisarts liggen bij uitstek op het vlak van voorlichting, sanctionering en geruststelling, naast de vertrouwde taak van het genezen van de eventuele lichamelijke oorzaak. Indien de orgasmestoornis berust op een irreversibele organische afwijking, heeft de huisarts een voorname functie als begeleider. Het valt voor patiënte en partner vaak niet mee om te berusten in veranderde of verdwenen orgasmebeleving als gevolg van ziekte, ongeval of operatie (Weijmar Schultz en van de Wiel, 1991). De huisarts kan deze mensen helpen om dit verlies te verwerken en alternatieve vormen van fysiek genot voor de vrouw te ontdekken. Soms blijken ook niet-genitale zones bij prikkeling "orgastische" sensaties te kunnen geven, b.v. bij dwarslaesiepatiënten (Van Son-Schoones, 1987).

De seksuologische praktijk heeft geleerd, dat een organisch bepaalde orgasmestoornis eerder uitzondering dan regel is. De huisarts dient daarom vooral alert te zijn op psychische en relationele factoren, die selectief de orgasmerespons kunnen remmen. Wanneer de huisarts boven water kan krijgen dat de orgasmestoornis een symptoom is van onderliggende problematiek, kan vervolgens in overleg met patiënte (en haar partner) de volgende stap bepaald worden: behandeling c.q. begeleiding binnen de huisartspraktijk dan wel verwijzing naar externe hulpverlener.

Verwijzen

Wanneer, hoe en waarheen een patiënte met een seksueel responsprobleem te verwijzen? Hiervoor gelden dezelfde mogelijkheden en moeilijkheden als bij verwijzen van alle seksuele problemen, waarover voor huisartsen veel nuttigs te lezen staat in het laatste hoofdstuk van "Seksuologie voor de arts" (Bezemer, 1992). Korthedshalve worden hieronder slechts enkele aspecten genoemd.

Wanneer verwijzen

- a. als na inschatting van aard en ernst van het aangeboden probleem verdere behandeling de grenzen van de huisarts te buiten gaat
- b. als leeftijd, sexe, eigen waarden en normen van de huisarts een belemmering

- vormen bij de hulpverlening
- c. als de eigen behandeling c.q. begeleiding stagneert en patiënte zelf gemotiveerd is om behandeling elders voort te zetten

Hoe verwijzen

Veel mensen moeten (voor zichzelf) een hoge drempel nemen om over hun seksprobleem te gaan praten. De huisarts kan wezenlijk steunen met een goed onderbouwde verwijzing door:

- a. bij voorkeur eerst zelf contact op te nemen met de beoogde therapeut of instelling voor overleg
- b. patiënte zo exact mogelijk te informeren over het soort behandeling, wanneer gestart kan worden (wachttijst?) en de kosten (vergoeding door de verzekering kan een probleem zijn, omdat de seksuologie geen erkend specialisme is).

Waarheen verwijzen

Er zijn in principe drie mogelijkheden, namelijk:

- a. een vrijgevestigde sekstherapeut (arts-seksuoloog of psycholoog-seksuoloog)
- b. een instelling als de Rutgers Stichting, MR70 (voor Amsterdam) en enkele RIAGG's met seksuologisch geschoolde medewerker(s)
- c. een polikliniek seksuologie verbonden aan een Academisch Ziekenhuis (meestal afdeling Gynaecologie)

Voor adressen, telefoonnummers en nadere details raadplege men de Gids Seksuele Hulpverlening (Moors-Mommers, 1991).

Het verdient aanbeveling om als huisarts te streven naar een vaste samenwerking met één of twee sekstherapeuten in de regio, bij wie men behalve voor verwijzing ook terecht kan voor consultatie en advies bij het zelf begeleiden van patiënten met een seksueel probleem.

Summary

Impaired Sexual Response of female patients: how can the G.P. help?

Sexual response problems are not rare. The prevalence of sexual dysfunction of women in the general population is probably between 35 and 60 per cent, with impaired sexual interest and arousability being the most common (Hawton, 1990). Complete failure to reach orgasm is found in approximately 10 and 15% of women. In The Netherlands the average number of female patients with a sexual complaint or question seen by the general practitioner is 2.2 per week (Frenken, 1988). A recent investigation has shown that patients experience more sexual problems than they will admit at a visit to their G.P. (Wigersma, 1990). Doctor related factors (practical and/or personal impediments) are partly responsible for this discrepancy (Frenken et al., 1988).

The aim of this article is to offer clues to the identification of sexual response problems in women and ways in which arrangements can be made for appropriate help if required. Difficulties met during the desire phase, the arousal phase and the orgasm phase of the sexual response are considered separately. Emphasis is put on the therapeutic effect of G.P.'s assessment, in which next to the somatic aspect sufficient attention is given to the emotional significance of the sexual problem for the patient individually as well as within the partnerrelationship. The patient should be encouraged to express her feelings. Being familiar with the patient's personal history, her social situation and perhaps her family background, the G.P. may be able to put the present problem in its proper perspective and understand some of the causal factors. While talking about sex with a patient, one should not only take the patient's own sexual values into account, but also one's own values and possible impediments or taboos. Ideally, every G.P. should have sufficient knowledge and skills to supply the patient with adequate information/education regarding her sexual problem and should be able to perform a physical examination, if necessary. Specific advice and treatment, however, may go beyond the task of the G.P. A well prepared referral to a sexologist is then in the best interest of the patient. Some aspects of the referral procedure are discussed.

Literatuur

- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems* Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Bezemer, W. (1992). Verwijzen bij seksuele problemen. In: Slob, A.K., et al. (red.). *Seksuologie voor de arts*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Braak, E.M. ter (1992). Seksueel geweld waargenomen in de huisartspraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 136: 1467-1471.
- Bruijn, G.M. de (1985). *Vrijen met een man, kan dat dan?* Anthos, Baarn.
- Draijer, N. (1988). Seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag.
- Frenken, J., N. Rodenburg en B. van Stolk (1988). *Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hawton, K. (1990). *Sex Therapy: a practical guide*. Oxford University Press, Oxford.
- Kaplan, (1979). *Disorders of Sexual Desire*. Brunner/Mazel, New York.
- Kremer, J. en A.A. Haspels (1991). *Geboortenregeling bij de mens*. De Tijdstroom, Lochem/Gent.
- Masters, J.M. en V.E. Johnson (1966). *Human Sexual Response*. Little, Brown en Co, Boston.
- Moors, J.P.C. (1992). Seksuele problemen en stoornissen bij vrouwen. In: A.K. Slob, et al (red.). *Seksuologie voor de arts*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Moors-Mommers, M. (1985). Invloed van geneesmiddelen op de seksualiteit. *Geneesmiddelenbulletin*, 19: 13-18.
- Moors-Mommers, M. (1991). *Gids Seksuele Hulpverlening 1991*. Nisso/Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Smits, P. en A. Visser (1993). Seksuologische aspecten van anticonceptie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 17: 166-172.
- Son-Schoones, N. van (1987). Traumatische handicaps en hun invloed op de seksualiteitsbeleving. In: M. Moors-Mommers et al. (red.). *Handboek Seksuele Hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Stoeckart, R., A.K. Slob en M.A.C.T. Moors-Mommers (1992). Fysiologie en anatomie van de seksuele respons. In: A.K. Slob et al. (red.). *Seksuologie voor de arts*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Vink, C.W. en E. van der Does (1992). Anamnese en lichamelijk onderzoek. In: A.K. Slob, et al. (red.). *Seksuologie voor de arts*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Weijmar Schultz, W.C.M. en H.B.M. van de Wiel (1991). *Sexual functioning after gynaecological cancer treatment*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen.
- Wigersma, L. (1990). *Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorganen en seksualiteit*. Dissertatie, Universiteit van Amsterdam. MEDltekst, Lelystad.