

VAGINALE PLETHYSMOGRAFIE BIJ VROUWEN MET DYS-PAREUNIE^o

Jan Wouda¹, Petra M. Hartman, Riksta M. Bakker, Jan O. Bakker, Harry B.M. van de Wiel¹, Willibrord C.M. Weijmar Schultz²

In dit onderzoek werd nagegaan in hoeverre bij vrouwen met dyspareunie de genitale reacties tijdens seksuele opwinding verschillen van die van vrouwen zonder dyspareunie. Tevens werd onderzocht in hoeverre deze verschillen samengaan met verschillen in seksualiteitsbeleving.

De seksuele opwinding werd opgewekt door de vrouwen te laten kijken naar enkele erotische videofragmenten. Door middel van vaginale plethysmografie werden de veranderingen in de doorbloeding van de vaginawand vastgesteld als maat voor de genitale reacties bij seksuele opwinding. Door middel van twee vragenlijsten werden enkele aspecten van de algemene seksualiteitsbeleving en de ervaren opwinding tijdens het onderzoek gemeten.

Aan het onderzoek namen 18 vrouwen met dyspareunie en een controlegroep van 16 vrouwen zonder dyspareunie-klachten deel. Bij beide groepen trad een duidelijke toename in vaginale doorbloeding op ten opzichte van de rustfasen bij het zien van verschillende erotische scènes. Bij het kijken naar scènes met orale seks (cunnilingus en fellatio) was deze reactie voor beide groepen gelijk. Bij het kijken naar een fragment met een coïtus-scène nam bij de vrouwen zonder dyspareunie de vaginale doorbloeding nog verder toe, terwijl bij de vrouwen met dyspareunie de doorbloeding juist afnam. Van deze afremming van de genitale respons bij het zien van een coïtale scène waren de vrouwen met dyspareunie zich kennelijk niet bewust blijkens hun antwoorden op de vragenlijst over de door hen ervaren opwinding tijdens het zien van de videofragmenten.

Dyspareunie wordt omschreven als het ervaren van pijn bij seksuele activiteit in of rondom de geslachtsdelen, die de beleving van het vrijen hinderlijk verstoord (Moors, 1990). Dyspareunie is één van de meest voorkomende seksuele dysfuncties, zowel in de huisartsen- als in de gynaecologische praktijk. 61% van alle vrouwen die seksueel actief zijn (geweest), heeft last (gehad) van dyspareunie (Glatt, Zinner en McCormack, 1990).

Bij de etiologie van dyspareunie is er sprake van een continuüm van bepalende factoren. De pijn bij dyspareunie heeft vaak een lichamelijke oorzaak, maar de dyspareunie kan ook door psychische factoren zijn ontstaan en/of in stand worden gehouden (Sandberg en Quevillon, 1987).

J. Wouda, fysioloog/seksuoloog NVVS, P.M. Hartman, arts i.o., H.M. Bakker, arts i.o., J.O. Bakker, technicus, Dr. H.B.M. van de Wiel, psycholoog/seksuoloog NVVS, Dr. W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog/seksuoloog NVVS

¹ Medische Psychologie, Academisch Ziekenhuis Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

² Vakgroep Obstetrie en Gynaecologie, Academisch Ziekenhuis Groningen, Postbus 30.001, 7900 RB Groningen.

Het onderzoek maakt deel uit van de onderzoekslijn Seksualiteit, ziekte en handicap (Gezondheids-wetenschappen en Obstetrie & Gynaecologie, RU Groningen).

^o Geaccepteerd voor publicatie 16 juli 1996.

Masters en Johnson (1966) beschrijven hoe bij vrouwen als reactie op seksuele opwinding een toename van de doorbloeding en lubricatie van de vaginawand tot stand komt. Door een groter slagvolume van het hart en relaxatie van het gladde spierweefsel van de arteriën die de geslachtsorganen van bloed voorzien, wordt de druk in het vaginale capillairbed hoger en lekt er plasmatransudaat uit de capillairen dat de vaginawand bevochtigt. Deze reactie treedt gewoonlijk binnen korte tijd op onder invloed van vooral parasymphatische prikkeling (Bancroft, 1989; Wagner & Ottesen, 1980; Levin, 1992; Stoeckart, Slob & Moors-Mommers, 1992).

Bancroft (1989) veronderstelt dat bij de pathofysiologie van dyspareunie een ontoereikende lubricatie als gevolg van een onvoldoende vasocongestie een belangrijke rol speelt. Ook Palace & Gorzalka (1990, 1992) vonden dat tijdens het kijken naar een erotische film de genitale respons bij vrouwen met seksuele dysfuncties -waaronder een aantal vrouwen met dyspareunie- minder was dan bij een controlegroep.

Laan (1994) onderzocht de samenhang tussen deze genitale reacties en subjectieve indices van seksuele opwinding bij gezonde vrouwelijke proefpersonen. Voor het meten van de vasocongestie maakte zij gebruik van vaginale plethysmografie (Geer, Morokoff & Greenwood, 1974). Uit haar onderzoek bleek dat de genitale reactie op seksuele opwinding zich als een onwillekeurige respons gedraagt. Wanneer vrouwen worden blootgesteld aan een erotische stimulus, zoals een erotische film, treedt er vrijwel direct een toename op in de doorbloeding van de vaginawand. Deze respons treedt ook op als de vrouw geen of weinig seksuele opwinding rapporteert, de erotische prikkel negatief beoordeelt of als deze prikkel negatieve emoties bij haar oproept.

Op grond van de bevindingen van Laan kan men daarom veronderstellen dat bij vrouwen met dyspareunie deze vasocongestie en lubricatie tijdens seksuele opwinding niet of nauwelijks zal zijn verstoord, als er tenminste geen sprake is van een somatische afwijking (anatomisch en/of hormonaal) waar de verminderde genitale reactie aan kan worden toegeschreven. Eventuele negatieve gevoelens bij de (aanblik van een) geslachtsgemeenschap vanwege de associatie met de pijn die deze vrouwen daarbij ervaren, zou dan geen invloed hebben op de genitale reactie. In dit onderzoek werd nagegaan in hoeverre deze veronderstelling over de autonomie van de genitale reactie bij seksuele prikkeling opgaat voor vrouwen met dyspareunie.

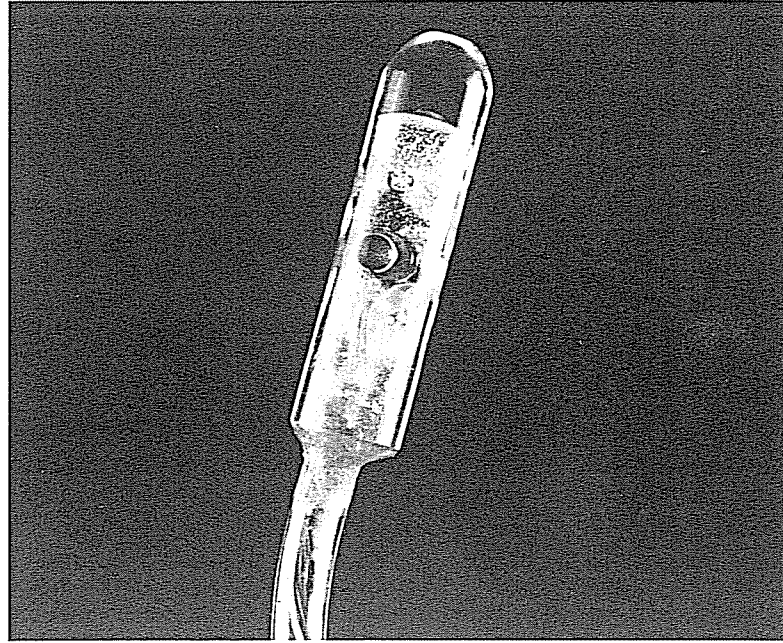
Methode

Aan het onderzoek namen 18 vrouwen met dyspareunie deel die voor deze klacht in behandeling waren bij de polikliniek seksuologie van het Academisch Ziekenhuis te Groningen. De controlegroep bestond uit 16 vrouwen die door middel van een advertentie in een lokale krant waren geworven. Alle vrouwen werden zorgvuldig geïnformeerd over het doel en de procedure van het onderzoek en tekenden vooraf een informed consent formulier.

De vaginale plethysmogroaf die wordt gebruikt voor het bepalen van de vaginale vasocongestie, bestaat uit een tampon van doorzichtig kunststof met daarin een lichtbron en een fotocel (zie figuur 1).

De hoeveelheid licht uit de lichtbron die door de vaginawand wordt gereflecteerd, is afhankelijk van de doorbloeding van de vaginawand. Deze veranderingen in de lichtintensiteit worden in de fotocel omgezet in veranderingen in een elektrische weerstand. Dit signaal wordt omgezet in een elektrische spanning (Volt) en vervolgens versterkt, gefilterd en door

analoog-digitaal conversie (samplefrequentie 10 Hz) geschikt gemaakt voor verdere statistische bewerking (zie onder). Tijdens het gehele onderzoek werd een vaste versterkingsfactor (range: 0 - 8 Volt) en een vaste tijdsconstante (5 sec.) van het filter aangehouden. Alle verkregen registraties zijn daardoor onderling vergelijkbaar wat betreft hun signaal-eigenschappen.

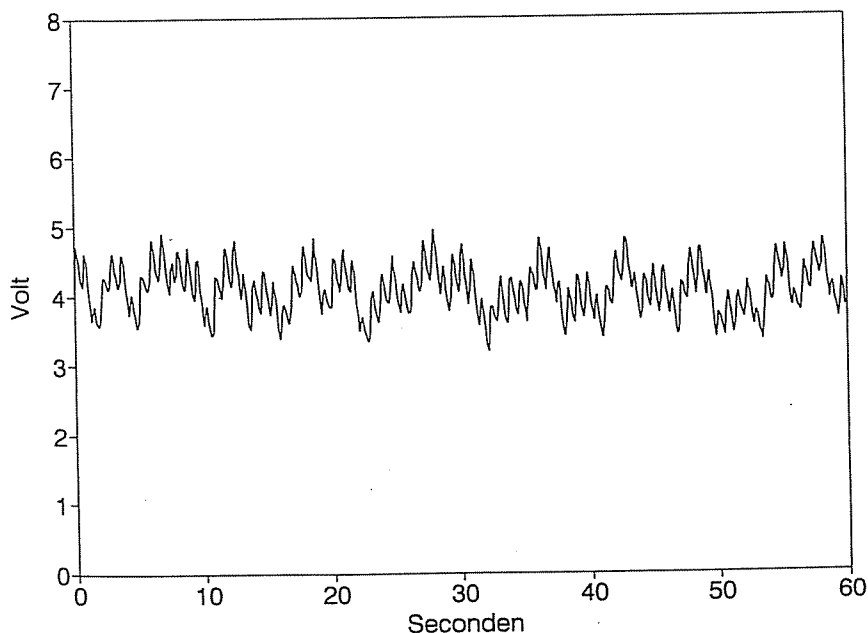


Figuur 1. Vaginaplethysmograaf. In het midden van de tampon bevindt zich de fotocel. Daarboven zit de infrarood lichtbron.

Tijdens het onderzoek zat de vrouw in een comfortabele stoel in een aparte kamer, gescheiden van de meetopstelling. Voor het gebruik werd de vaginaplethysmograaf volgens voorschrift van de fabrikant gedesinfecteerd met Cidex-7 (Olsen, 1995). Om het inbrengen van de tampon te vergemakkelijken werd de tampon met Sensilube ingesmeerd. Na een uitleg over de gehele onderzoeksprocedure werd de vrouw geïnstrueerd hoe ze de meettampon zelf kon inbrengen. De positie van de tampon in de vagina was gefixeerd door de positie van een kunststofring om de toevoerkabel van de tampon (Laan, 1994). Nadat de vrouw de tampon had ingebracht, kreeg zij tenminste vijf minuten de tijd om aan de onderzoekssituatie te wennen en zich te ontspannen. Het onderzoek begon vervolgens met een rustmeting (baseline) van vijf minuten van de vaginale doorbloeding. Daarna kreeg de vrouw een video-fragment van ongeveer acht minuten te zien, waarin vooral orale seks (cunnilingus + fellatio) voorkomt. Vervolgens was er een rustperiode van tien minuten waarin de vrouw een denkspelletje moest spelen om haar aandacht van de erotische prikkels af te leiden. Daarna volgde een video-fragment van 5 minuten met een cunnilingus-scène, gevolgd door een video-fragment van 5 minuten met een coïtus-scène.

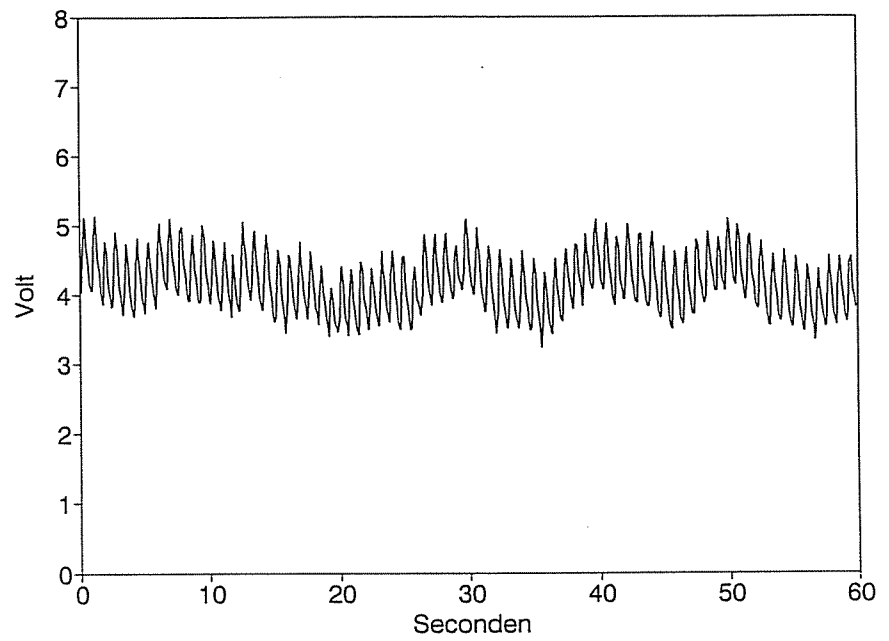
Nadat alle metingen waren verricht, vulde de vrouw twee vragenlijsten in. Met de Genitale Ervaringen Vragenlijst (Dekker, 1988) werd vastgesteld in hoeverre de vrouw seksuele opwinding ervoer tijdens de metingen en werd tevens haar mening over de kwaliteit van de vertoonde video-fragmenten gevraagd. De tweede vragenlijst was een uitgebreide versie van de Groninger Arousability Scale (Van de Wiel, Weijmar Schultz, Molenaar, Vennix, Beens en Vessies, 1995). Deze lijst bestaat uit een aantal subschalen die diverse aspecten van de seksuele ervaringen en beleving meten. Deze subschalen zijn: seksuele tevredenheid (4 vragen), variatie in vrijgedrag (6 vragen), genitale gevoelens bij opwinding (5 vragen), beleving van een orgasme (4 vragen), vermogen om opgewonden te raken (6 vragen) en onaangename (pijnlijke) gevoelens tijdens het vrijen (6 vragen). Daarnaast werden enkele demografische en medische gegevens gevraagd: leeftijd, opleiding, seksuele ervaring, relatievorm, medische behandelingen en zwangerschappen.

Uit de plethysmografie metingen van iedere vrouw werd voor ieder van de vijf onderzoeksfasen een stukje signaal geselecteerd van telkens één minuut lengte. Bij de signalselectie werd gekozen voor een fragment aan het einde van iedere onderzoeksfase zonder opvallende bewegingsartefacten. Figuur 2 toont ter illustratie van één van de proefpersonen één minuut signaal tijdens de tweede rustfase en één minuut signaal tijdens de coïtale (vijfde) fase.

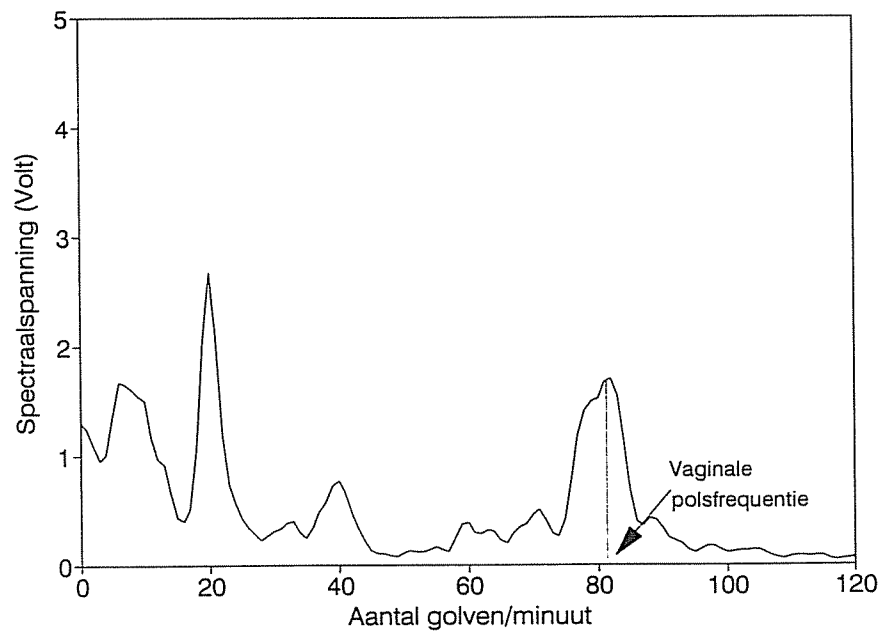


Figuur 2a. Het plethysmografie-sigitaal van één van de proefpersonen: Signaalfragment van 1 minuut uit de tweede rustfase.

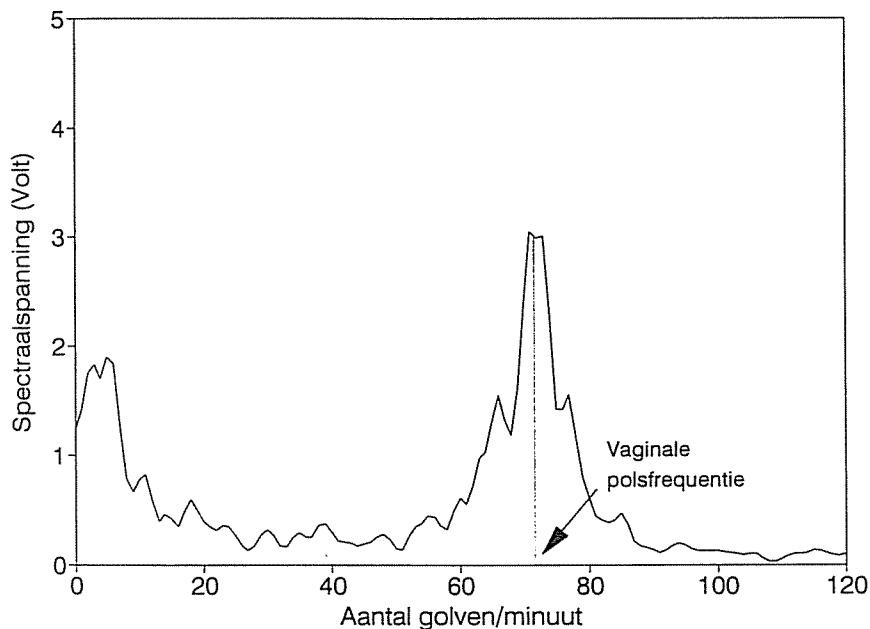
In beide signalen is een snelle golfbeweging te zien, gesuperponeerd op een langzame golfbeweging. De snellere golf is de *vaginale polsslag*, dat wil zeggen de pulsaties in het vaginale vaatbed ten gevolge van de hartslag. De amplitude van deze vaginale polsgolf is een betrouwbare maat voor de genitale respons bij seksuele opwinding (Laan, 1994). Figuur 2 laat



Figuur 2b. Het plethysmografie-sigitaal van één van de proefpersonen. Signaalfragment van 1 minuut uit de coïtusfase.



Figuur 3a. De frequentiespectra van de signaalfragmenten uit figuur 2: Frequentiespectrum uit de rustfase. De piek bij 82 golven/minuut geeft de frequentie van de vaginale polsslag weer. De spectraalspanning (hoogte van de piek) is 1.70 Volt



Figuur 3b. De frequentiespectra van de signaalfragmenten uit figuur 2: Frequentiespectrum uit een opwindingsfase. De spectraalspanning van de vaginale polsslag is hoger dan in het rustfragment (3.04 Volt) en ligt ook bij een lagere frequentie (71 golven/minuut).

zien dat in de opwindingsfase deze amplitude aanzienlijk groter is dan in de rustfase. De langzame golfbeweging is vooral een weergave van het ademhalingsritme.

De verdere bewerking van de plethysmografie-signalen bestond uit een frequentie-analyse (Fourier-analyse) van de geselecteerde signaalfragmenten (Stephenson, 1971). Een Fourier-analyse rafelt het totale signaal uiteen in golven met dezelfde frequentie (golven/minuut). Het frequentie-spectrum geeft per golffrequentie de (energie)bijdrage aan het totale signaal weer. Deze bijdrage wordt de spectraalspanning genoemd en wordt weergegeven in Volt. Figuur 3a en 3b tonen de frequentie-spectra van de twee signalen uit figuur 2. De pieken in het gebied van 5 tot 25 golven/minuut ontstaan vooral door het ritme van de ademhaling. De piek tussen 50 en 100 golven/minuut is de spectrale weergave van de amplitude van de vaginale pols. De hoogte van deze piek is dus een maat voor de genitale respons bij seksuele opwindings.

Voor iedere vrouw werden uit de vijf frequentie-spectra (vijf onderzoeksfases) de volgende parameters berekend:

- de (piek)frequentie van de vaginale polsslag (in golven/min);
- de spectraalspanning (hoogte van de piek) van deze vaginale polsfrequentie (in Volt).

Bij de verdere statistische analyses werden de polsfrequentie en de spectraalspanning in de eerste rustfase als baseline-waarden gehanteerd. Daardoor werd de inter-individuele variatie in deze parameters gecompenseerd. De verandering in polsfrequentie in de tweede tot vijfde meetfase werd uitgedrukt in verschillen ten opzichte van deze baseline waarde. De veran-

deringen in de spectraalspanning ($=V_n$) werden uitgedrukt in (normaal-verdeelde) decibelscores ten opzichte van de baseline waarde ($=V_0$) volgens de formule $Db = 20 \text{Log } V_n/V_0$.

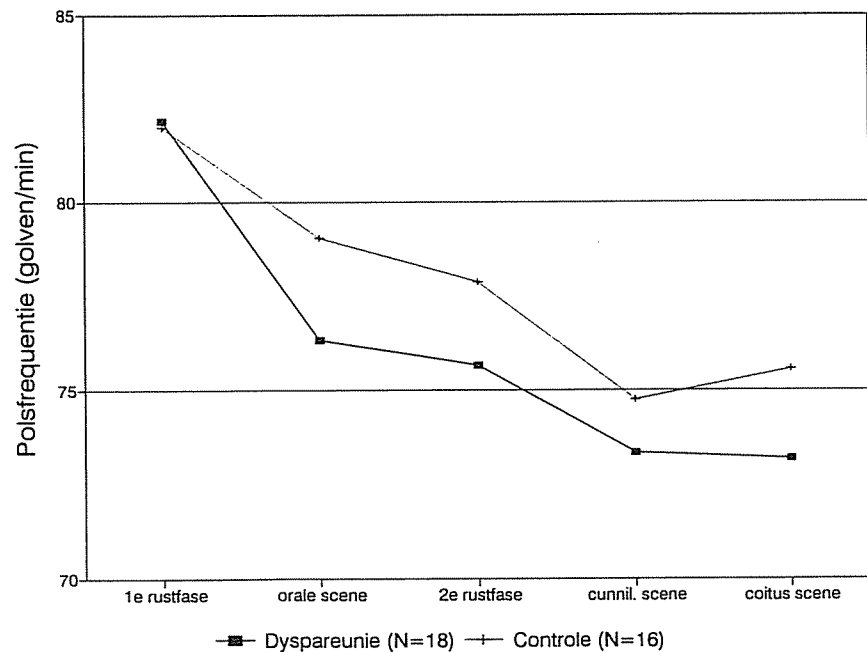
De statistische analyse bestond uit een herhaalde metingen variantie-analyse met de onderzoeksfase als binnengroepsfactor, de onderzoeksgroep (patiënt of controle) als tussengroepsfactor en de baseline waarde (eerste rustfase) als covariaat. Voor de twee afhankelijke variabelen, de verschillscores in polsfrequentie en de decibelscores, werden aparte variantie-analyses uitgevoerd.

Resultaten

Demografische en medische gegevens

De gemiddelde leeftijd van de groep vrouwen met dyspareunie was 25 jaar (range: 21-34). Bij 12 patiëntes was er sprake van dyspareunie zonder aantoonbare somatische oorzaak. Bij 6 patiëntes was er tevens sprake van een somatisch probleem (meestal een ontsteking). 14 patiëntes hadden een vaste (mannelijke) partner, één patiënte had wisselende partners en de overige 3 patiëntes hadden geen partner.

De gemiddelde leeftijd van de controlegroep was eveneens 25 jaar (range: 20-35). 14 van hen hadden een vaste partner en 2 hadden wisselende partners. De gemiddelde opleiding lag tussen HBO- en VWO-niveau. Het opleidingsniveau van de controlegroep was iets hoger dan dat van de groep patiëntes. Alle vrouwen hadden heteroseksuele ervaringen en de beide groepen waren hierin vergelijkbaar. Geen van de vrouwen die aan het onderzoek meedeed, had ooit een kind gekregen of een operatie ondergaan aan de genitalia.



Figuur 4. Gemiddelde vaginale polsfrequenties (golven/ minuut) van de dyspareuniegroep en van de controlegroep in de vijf onderzoeksfasen

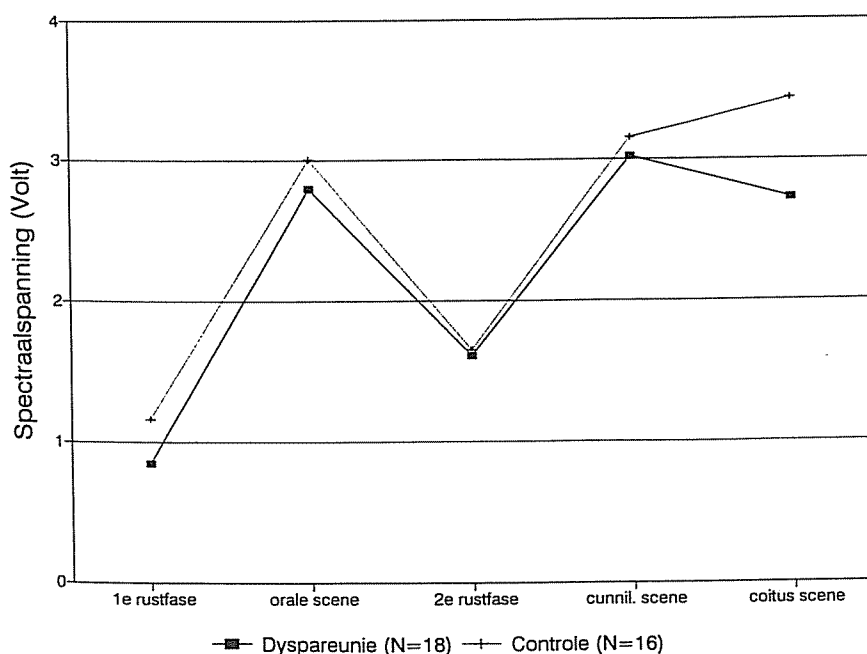
Veranderingen in polsfrequentie en spectraalspanning

Figuur 4 toont voor beide groepen de gemiddelden van de polsfrequenties tijdens de vijf onderzoeksfasen. De grafiek laat zien dat er bij beide groepen in de loop van het onderzoek een daling in de vaginale polsfrequentie optreedt ten opzichte van de eerste rustfase.

Tabel 1 geeft de verschillen van de polsfrequenties weer ten opzichte van de baseline (rust)meting. De variantie-analyse toonde een significant hoofdeffect voor de verschillen tussen de onderzoeksfasen ($F(3,30) = 8.75; p < 0.001$). De dyspareuniegroep en de controlegroep verschilden niet van elkaar in deze veranderingen in vaginale polsfrequentie.

Tabel 1: Gemiddelde verschillen van de polsfrequenties (aantal golven/ minuut) in de vier onderzoeksfasen ten opzichte van de baseline (rust)meting. Tussen haakjes staat telkens de standaarddeviatie.

Onderzoeksfase	Dyspareuniegroep (N=18)	Controlegroep (N=16)
orale scène	-5.83 (5.89)	-2.94 (6.48)
2e rustfase	-6.50 (5.34)	-4.12 (8.51)
cunnilingus scène	-8.83 (4.77)	-7.25 (8.36)
coitus scène	-9.00 (6.40)	-6.44 (7.27)



Figuur 5. Gemiddelde spectraalspanningen (Volt) van de dyspareuniegroep en van de controlegroep in de vijf onderzoeksfasen

Figuur 5 toont voor beide groepen de gemiddelden van de spectraalspanning tijdens de vijf onderzoeksfasen. De grafiek laat zien dat in de eerste tot en met de vierde fase de gemiddelde spectraalspanning in beide groepen vrijwel gelijk is. Bij het kijken naar de coïtus-scene treedt er echter een verschil op tussen beide groepen.

Tabel 2 geeft deze veranderingen in spectraalspanning weer in decibelwaarden ten opzichte van de baseline. De variantie-analyse gaf een significant hoofdeffect aan voor de verschillen tussen de onderzoeksfasen ($F(3,30) = 38.31$; $p < 0.001$). Er was geen hoofdeffect voor de verschillen tussen beide groepen ($F(1,31) = 1.10$; $p = .30$). Gerekend over alle onderzoeksfasen was ook het Fase x Groep interactie-effect nauwelijks significant ($F(3,30) = 3.30$; $p = .03$). Neemt men echter alleen de veranderingen in de twee laatste onderzoeksfasen in beschouwing, dan blijkt er een significant hoofdeffect voor de groepsverschillen ($F(1,31) = 31.78$; $p < .001$) en een significant Fase x Groep interactie-effect te bestaan ($F(1,30) = 34.22$; $p < .001$). Deze resultaten betekenen dat er tussen beide groepen alléén een verschil in reactie is, wanneer de proefpersonen kijken naar de coïtus-scene. Bij de controlegroep neemt de respons nog verder toe; bij de dyspareuniegroep neemt de respons af (enkelvoudige T-toetsen, $p < .05$)

Tabel 2: Gemiddelde verandering van de spectraalspanning (decibel) in de vier onderzoeksfasen ten opzichte van de baseline (rust)meting. Tussen haakjes staat telkens de standaarddeviatie. De onderste waarden zijn de veranderingen in de coïtus-fase ten opzichte van de cunnilingusfase. Daaronder staan de T-toetswaarden van deze veranderingen. * $p < .01$

Onderzoeksfase	Dyspareuniegroep (N=18)	Controlegroep (N=16)
orale scène	10.34 (4.48)	7.85 (4.02)
2e rustfase	5.65 (3.61)	2.28 (4.41)
cunnilingus scène	10.97 (4.19)	7.67 (4.43)
coitus scène	9.97 (4.80)	9.18 (3.81)
verandering in coïtusfase t.o.v cunnilingusfase Student T	-1.00 (1.91) 2.23*	1.51 (2.78) 2.17*

Vragenlijsten

Tabel 3 toont de gemiddelde scores op de subschalen van de Groninger Arousbility Scale. Uit de tabel blijkt dat de dyspareuniegroep en de controlegroep wat betreft hun seksualiteitsbeleving in een aantal opzichten van elkaar verschillen. De dyspareuniepatiënten zijn minder tevreden over hun seksleven, vertonen minder variatie in vrijgedrag, kunnen minder goed opgewonden raken en hebben (uiteraard) meer onaangename (pijnlijke) gevoelens tijdens het vrijen. Door de Pearson correlatiecoëfficiënten te berekenen tussen de scores op deze subschalen en de verandering van de spectraalspanning in de coïtusfase t.o.v. de cunnilingusfase is onderzocht in hoeverre deze verschillen in seksualiteitsbeleving samenhangen met

het bovengenoemde verschil in reactie op het zien van de coïtus-scene. De betreffende correlaties zijn in de vierde kolom van tabel 3 weergegeven en laten zien dat er een significante correlatie bestaat voor de tevredenheid met seks, de variatie in vrijgedrag en het ervaren van onaangename gevoelens tijdens het vrijen.

Tabel 3: Gemiddelde scores op de subschalen van de Groninger Arousbility Scale (GAS) voor beide groepen. Achter ieder gemiddelde staat telkens de standaarddeviatie. De derde kolom geeft de waarden van de T-toets weer voor het verschil tussen de beide groepen. De laatste kolom toont de Pearson correlatie tussen de betreffende subschaal en de veranderingsscore (decibel) van de coïtusfase t.o.v. de cunnilingus-fase. Significanties: *p <.01, ** p <.001

	Dyspareunie (N=18)	Controle (N=16)	Student T (df=32)	Correlatie met spectrale verandering in coïtusfase
seksuele tevredenheid	9.73 (2.52)	14.07 (1.39)	5.83**	.42*
variatie in vrijgedrag	22.72 (3.72)	26.06 (2.52)	3.02*	.42*
genitale gevoelens bij opwinding	15.33 (3.41)	16.44 (2.68)	1.04	-.05
beleving van orgasme	11.06 (3.60)	13.75 (1.77)	2.70	.33
vermogen tot opwinding	14.44 (3.93)	19.81 (2.14)	4.86**	.36
onaangename gevoelens	19.47 (2.88)	8.75 (1.73)	12.67**	-.49*

Uit de antwoorden op de Genitale Ervaringen Vragenlijst over het ervaren van opwinding tijdens het onderzoek en over de waardering voor de diverse erotische fragmenten bleken geen verschillen tussen beide groepen. Beide groepen rapporteerden dezelfde mate van opwinding bij het kijken naar de drie scènes en beide groepen vonden de orale scene, de cunnilingus-scène en de coïtus-scène even opwindend. Ook was er geen verband tussen de antwoorden op deze vragen en de (veranderingen in de) spectraalwaarden.

Discussie

In de literatuur worden uiteenlopende bevindingen gerapporteerd over de verandering in hartslagfrequentie tijdens de eerste fase van seksuele opwinding (Bancroft, 1989; Masters & Johnson, 1966; Levin, 1992; Laan, 1994; Slob, 1990). Bij de vrouwen die aan ons onderzoek deelnamen, trad een duidelijke daling op van de vaginale polsfrequentie en dus van de hartslagfrequentie in het verloop van de vijf onderzoeksfases. Deze daling in de hartfrequentie kan het gevolg zijn van het feit dat de vrouwen zich gaandeweg het onderzoek steeds meer gingen ontspannen. Wij sluiten echter niet uit dat deze daling mede tot stand komt door de toegenomen activiteit van het parasymphatisch zenuwstelsel in deze eerste fase van seksuele opwinding.

Uit de resultaten blijkt zonder meer dat bij vrouwen met dyspareunie klachten in het alge-

meen een even sterke toename in vaginale doorbloeding optreedt als bij vrouwen zonder deze klachten. Dit resultaat lijkt overeen te komen met de bevindingen van Laan (1994) dat de vasocongestie een autonome respons is als reactie op seksuele prikkeling, en lijkt de veronderstelling van Bancroft (1989) en van Palace & Gorzalka (1990; 1992) te weerleggen dat een verminderde vasocongestie een belangrijke factor is bij het ontstaan en in stand houden van de dyspareunie. Anderzijds vonden wij bij de vrouwen met dyspareunie een afname van de vasocongestie wanneer zij naar de coïtus-scène keken, terwijl bij de groep controlevrouwen de genitale opwinding dan nog verder toenam. Het is dus mogelijk dat bij vrouwen met dyspareunie een licht aversieve reactie optreedt bij het zien van een coïtus-scène, die wel degelijk van invloed is op hun genitale respons. De autonomie van de genitale respons kent blijkbaar zijn grenzen. De gevonden correlaties tussen deze verminderde vaginale doorbloeding en enkele subschalen van de GAS, met name de subschaal over onaangename (pijnlijke) ervaringen tijdens het vrijen, ondersteunen deze veronderstelling.

Aangezien de dyspareuniepatiëntes de betreffende coïtus-scène niet minder opwindend vonden dan de controlevrouwen, zijn zij zich blijkbaar niet bewust van deze aversieve reactie. Onze conclusie is dan ook dat bij seksuele opwinding de vasocongestie in de vaginawand van vrouwen met dyspareunie klachten zeker niet is verstoord, maar dat er bij hen onbewust een afwijzende reactie optreedt bij de (aanblik van een) coïtus die een verdere toename van deze genitale respons afremt.

Summary

Vaginal plethysmographic research in women with dyspareunia.

This study demonstrates that the genital vasocongestion in response to erotic stimuli in women with dyspareunia is similar to the vaginal response of those who are sexually functional. However, there was a difference in response to erotic film stimuli displaying sexual intercourse. In sexually functional women this video-exposure led to a further increase of the genital vasocongestion, whereas the response of the women with dyspareunia showed a slight decrease. The answers to the questionnaires showed that this reaction was related to the negative sexual experiences of the women with dyspareunia, but was not related to a difference in appreciation for the intercourse-scene. This suggests that the aversive response to the intercourse-scene in the women with dyspareunia takes place on a subconscious level.

Literatuur

- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Dekker J. (1988). *Voluntary control of sexual arousal*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit, Utrecht.
- Geer J.H., P. Morokoff & P. Greenwood (1974). Sexual arousal in women: the development of a measurement device for vaginal blood volume. *Archives of Sexual Behaviour*, 3: 559-564.
- Glatt A.E., S.H. Zinner & W.M. McCormack (1990). The prevalence of dyspareunia. *Obstetrics & Gynecology*, 75: 433-436.
- Laan E.T.M. (1994). *Determinants of sexual arousal in women: genital and subjective components of sexual response*. Academisch proefschrift, Amsterdam.
- Levin R.J. (1992). The mechanisms of human female sexual arousal. *Annual Review of Sex Research*, 3: 1-48.
- Masters W.H. & V.E. Johnson (1966). *Human sexual response*. Little Brown, Boston.
- Moors J.P.C. (1990). *Vaginisme en dyspareunie*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Antwerpen.
- Olsen S.E. (1995). *Instruction for the Geer gauge*. Behavioral Technology Inc, Salt Lake City.
- Palace E.M. & B.B. Gorzalka (1990). The enhancing effects of anxiety on arousal in sexually dysfunctional and functional women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99: 403-11.
- Palace E.M. & B.B. Gorzalka (1992). Differential patterns of arousal in sexually functional and dysfunctional women: physiological and subjective components of sexual response. *Archives of Sexual Behaviour*, 21: 135-159.

- Sandberg G. & R.P. Quevillon (1987). Dyspareunia: an intergrated approach to assessment and diagnosis. *Journal of Family Practice*, 24: 66-69.
- Slob A.K. (1990) Seksueel gedrag, fysiologie en beleving. In: K. Slob, A. Meulebelt & J. Frenken (eds.) *Facetten van seksualiteit*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Antwerpen.
- Stephenson G. (1971). *Mathematical methods for science students*. Longman, London.
- Stoekart, R., A.K. Slob & M.A.C.T. Moors-Mommers (1992). Fysiologie en anatomie van de seksuele respons. In: A.K. Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors, W. Everaerd (eds) *Seksuologie voor de arts*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Wagner, G. & B. Ottesen (1995). Vaginal blood flow during sexual stimulation. *Obstetrics & Gynecology*, 56: 621-24.
- Wiel, H.B.M. van de, W.C.M. Weijmar Schultz, I.W. Molenaar, P. Vennix, H. Beens & D. Vessies (1994). Zelfbeoordeling van genitale sensaties en lichaamsperceptie bij vrouwen; de constructie van twee vragenlijsten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 19: 119-131.

24 april 1997

SYMPOSIUM 'SEKSUOLOGIE MULTIDISCIPLINAIR'

Op deze studiedag zullen de diagnostiek en behandeling van een aantal seksuele problemen via lezingen en workshops worden belicht vanuit het multidisciplinaire uitgangspunt.

Onderwerpen en sprekers:

- **De hypertone bekkenbodem** (dr. Rik van Lunsen, drs. Marjo Ramaekers, bekkenbodempfysiotherapeute Lilian Smeets)
- **Erectiestoornissen** (drs. Eric Vrijhof en drs. Guusje van der Schoot, drs. Katrien Grootaers)
- **Vrouwen en seksualiteit** (dr. Ellen Laan)
- **Vershil in verlangen** (drs. Annette Heffels)
- **Seksualiteit en ziekte** (dr. Willibrord Weijmar Schultz, drs. Dorothee Vessies)
- **Pedofilie en andere parafiliën** (drs. Gerard Roelofs)
- **Invloed van medicijnen op het seksueel functioneren** (drs. Gerard Roelofs)

Organisatie: afdeling Seksuologie van het Academisch Ziekenhuis Maastricht in samenwerking met de regionale huisartsenvereniging, RIAGG Maastricht en het Infohuis voor Seksualiteit en Relaties Maastricht.

Lokatie: Kasteel Ryckholt te Ryckholt

Kosten: f 125,-

Geaccrediteerd voor seksuologen (6 punten), huisartsen, urologen en gynaecologen.

Voor informatie en inschrijving: Mw. H. van Slijpe, secr. Seksuologie AZM.

Tel.: 043-3876770 (ma-middag, di, do.).