

## VROUWELIJKE SEKSUELE DISFUNCTIES: HET BEHANDELINGSAANBOD IN NEDERLAND<sup>1</sup>

Anne Brewaews<sup>2</sup>

De behandeling van vrouwelijke seksuele disfuncties kwam de voorbije 20 jaar in een stroomversnelling. Recente en betrouwbare prevalentiecijfers over het voorkomen van seksuele problemen in de algemene bevolking ontbreken echter en zijn dringend nodig om een vraaggestuurd hulpverleningsaanbod te kunnen ontwikkelen. Ondanks de schaarste van het actuele aanbod zijn de behandelingsstrategieën sterk geprofessionaliseerd. De poliklinieken seksuologie spelen in dit proces een prominente rol. Dyspareunie (37%), vaginisme (15%) en stoornissen in het seksuele verlangen (16%) zijn de drie meest voorkomende aanmeldingsklachten van vrouwen op deze poliklinieken. Behandelingen gebeuren zowel door een arts (47%) als een psycholoog (34%) en bestaan overwegend uit kortdurende symptomgerichte interventies. Dé uitdaging voor de toekomst is empirisch aan te tonen dat een seksuologische behandeling met aandacht voor bio-psycho-sociale aspecten van het seksuele probleem een meerwaarde heeft.

Reeds eeuwenlang poogt men op de meest uiteenlopende manieren seksuele problemen te verhelpen; de zoektocht naar een effectief afrodisiacum is allicht zo oud als de mensheid zelf. Het is echter nog maar kort geleden dat objectieve kennis over menselijke seksualiteit de betrokken behandelaars handvaten bood om hun patiënten eerder op een professionele dan op een intuïtieve wijze hulp te bieden. Het leeuwen-deel van de aandacht ging hierbij naar de mannelijke helft van de bevolking. De erkenning van vrouwelijke seksualiteit als essentieel anders dan de mannelijke kwam in een stroomversnelling na de tweede feministische golf van de jaren 70. Vrouwelijke seksuologen werden actief in onderzoek en patiëntenzorg en vergaarden een rijkdom aan kennis over fysiologie en betekenisgeving m.b.t. vrouwelijke seksualiteit. Een seksespecifiek behandelingsaanbod werd langzaam maar zeker ontwikkeld. De Leidse polikliniek seksuologie speelde in deze ontwikkelingen een prominente rol.

In dit overzicht zal een antwoord worden geformuleerd op de volgende vragen:

*Probleemstelling.* Welke seksuele disfuncties worden er bij vrouwen precies beschreven en wat weten we over de prevalentie van seksuele disfuncties in de algemene bevolking?

*Hulpvraag.* Wie zoekt er hulp en voor welke disfuncties doet men dat?

*Behandelingsaanbod.* Wie behandelt er in Nederland vrouwelijke seksuele problemen? Met welke klachten komen vrouwen naar de seksuele hulpverlening?

*Hoe behandelt men deze klachten?*

Vooraf wil ik er even op wijzen dat dit verhaal gaat over een beperkt aantal vrouwelijke seksuele problemen, namelijk de disfuncties. De seksuele gezondheid van vrouwen omvat veel meer dan wat hier ter sprake komt. Seksuele problemen die verband houden met seksueel misbruik, met seksuele voorkeur en genderidentiteit, met ziekte of handicap, met ouderdom komen hier niet aan bod.

### Vrouwelijke seksuele disfuncties

#### *Classificatie DSM IV*

In de seksuologische literatuur wordt bij de omschrijving van vrouwelijke seksuele problemen vaak gepleit om gebruik te maken van bestaande classificatiesystemen zoals de DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 1994). Dat heeft het grote voordeel dat we van elkaar weten waar we het precies over hebben en bijgevolg efficiënt kunnen communiceren. Bovendien maakt een eenduidige begripsomschrijving het mogelijk om resultaten van prevalentie- en effectstudies met elkaar te vergelijken. Seksuele disfuncties worden in classificatiesystemen geïjkt op de klassieke seksuele responscyclus met de fases van verlangen, opwinding en orgasme (tabel 1). Een essentieel criterium hierbij is dat er sprake moet zijn van duidelijke lijdensdruk of relatieproblemen. Dat betekent dus dat de disfunctie alleen kan worden gediagnosticeerd als de persoon in kwestie ook last ondervindt van de

<sup>1</sup> Geaccepteerd voor publicatie: 14 april 2003.

<sup>2</sup> Dr. A.M.A. Brewaews, psycholoog-seksuoloog NVVS. Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Gynaecologie, tel. 071-5268032, e-mail: a.brewaews@lumc.nl

klacht.

Op de manier waarop vrouwelijke seksuele problemen in dit classificatieschema worden omschreven, kwam kritiek van een aantal (vrouwelijke) seksuologen (Vroege et al., 1998; Basson et al., 2001, Basson, 2002, Tiefer et al., 2002). De DSM-IV reduceert seksuele problemen tot strikt afgebakende *onderdelen van de seksuele responscyclus*. Het gaat hier telkens over gefragmenteerde disfuncties die ons niets vertellen over problemen met seksuele satisfactie en de impact hiervan op kwaliteit van leven. Emotionele, relationele en socio-culturele kenmerken van haar specifieke situatie worden in de DSM-IV classificatie niet in rekening gebracht. Wel of geen seksueel misbruik in de voorgeschiedenis, wel of geen intimiteitproblemen in de partnerrelatie, wel of geen genderongelijkheid in haar cultuur, het maakt een verschil in de betekenissen die zij aan haar seksuele relatie toekent en de daaruit volgende lijdensdruk. Dat dit reductionistisch schema vrouwelijke seksuele problemen inadequaet omschrijft, blijkt uit het feit dat de meeste vrouwen een hoge co-morbiditeit van diverse seksuele disfuncties vertonen. Uit een recente Amerikaans studie bleek dat bij driekwart van de 250 vrouwelijke patiënten opwindings-, verlangen-, en orgasmestoornissen tegelijk voorkwamen (Talakoub et al., 2002).

### De prevalentie van vrouwelijke seksuele disfuncties in de algemene bevolking

Van seksuele disfuncties wordt algemeen aangenomen dat ze frequent voorkomen onder de algemene bevolking en een aanzienlijke impact hebben op de kwaliteit van leven. Grootschalige en methodologisch correct uitgevoerde prevalentiestudies zijn echter uiterst schaars. Nederlandse cijfers zijn daarenboven

verouderd (Vroege et al., 2001). Ik heb er daarom voor gekozen gebruik te maken van een recente studie uitgevoerd door Simons en Carey (2001). Daarin nemen zij 52 prevalentiestudies van seksuele problemen in de algemene bevolking onder de loep. Deze studies werden tussen 1990 en 2000 uitgevoerd in een diversiteit aan landen. De meeste waren echter West-Europees of Noord-Amerikaans van origine.

Tabel 2 biedt een overzicht van de beschikbare cijfers m.b.t. de meest voorkomende seksuele disfuncties. Prevalentiecijfers voor vaginisme bij vrouwen en voor pijn bij mannen zijn niet beschikbaar. Omdat de Nederlandse cijfers (Frenken, 1987, van Zessen & Sandfort, 1991) binnen de hier gepresenteerde range vallen, worden deze niet afzonderlijk vermeld. Eén uitzondering is Frenken die in zijn studie een niet meer geëvenaarde prevalentie vond voor vrouwelijke orgasmestoornissen (33%).

Wat meteen opvalt is de grote variatie in de cijfers. De discrepanties tussen boven- en ondergrenzen zijn voornamelijk te wijten aan methodologische verschillen en geen weerspiegeling van eventuele socio-culturele verschillen tussen de betrokken landen. Toch suggereren veel van deze resultaten dat de frequentie van seksuele disfuncties bij vrouwen hoger is dan bij mannen. De vaak geciteerde Amerikaanse studie uitgevoerd door Laumann en collega's (1994) vindt een vrouw/man verhouding van 43% vs. 31%, het "Seks in Nederland" onderzoek daarentegen vind een vrouw/man verhouding van 14 vs. 12 % (van Zessen & Sandfort, 1991). De vaakst gepresenteerde klacht bij vrouwen zou op basis van deze cijfers de stoornis in het seksuele verlangen zijn. Echter, het blijft een open vraag of die trend nog zichtbaar blijft als men niet de klacht zelf maar de mate van last rapporteert die vrouwen hiervan ondervinden. Factoren zoals leeftijd, gender, seksuele gerichtheid, duur en kwaliteit van de partnerrelatie, cultuur en etniciteit beïnvloeden in sterke mate de onvrede die men ervaart bij een bepaalde seksuele disfunctie.

Simons en Carey identificeren in deze studies echter een waslijst van onderzoekstechnische fouten en besluiten dat deze cijfers onbetrouwbaar zijn om de volgende redenen: het seksuele probleem of de klacht is onduidelijk gedefinieerd. Slechts 8 van de 52 studies maken gebruik van een officieel classificatiesysteem zoals de DSM-IV. Resultaten zijn daarom onderling niet te vergelijken. Verder gaat het meestal om kleine steekproeven die niet representatief zijn voor de algemene bevolking. Bovendien geven de gepresenteerde cijfers weinig duidelijkheid over hoe lang de klacht precies voorkomt. Gaat het over levenslange, actuele of éénjarige prevalentie? Ook laat men in het midden of onderzoekers alleen vroegen naar het vóór-

Tabel 1: overzicht seksuele disfuncties DSM-IV

#### Man / vrouw

- Stoornissen in het seksueel verlangen:
  - verminderd verlangen
  - aversiestoornis
- Seksuele opwindingsstoornis
- Orgasmestoornis
- Seksuele pijnstoornis
- Seksuele disfunctie door een somatische aandoening
- Seksuele disfunctie door een middel
- Seksuele disfunctie niet anders omschreven

#### Man

Voortijdige ejaculatie

#### Vrouw

Seksuele pijnstoornis: vaginisme

Tabel 2: de prevalentie van vrouwelijke seksuele disfuncties (%) in de algemene bevolking

|                                    | Eerste versie<br>(52 studies) |        | Gereviseerde versie<br>(enkele studies) |        |
|------------------------------------|-------------------------------|--------|---|--------|
|                                    | Vrouwen                       | Mannen | Vrouwen                                 | Mannen |
| Orgasmestoornis                    | 4 -24                         | 0-8    | 7-10                                    | 0-3    |
| Premature ejaculatie               |                               | 4-29   |   | 4-5    |
| Opwindingsstoornis                 | 5-19                          | 0-10   | ?                                       | 0-5    |
| Stoornis in het seksueel verlangen | 4-33                          | 0-16   | ?                                       | 0-3    |
| Seksuele pijnstoornis              | 2 -18                         | ?      | ?                                       | ?      |
| Vaginisme                          | ?                             |        | ?                                       |        |

Bron: Simons & Carey (2001).

komen van de seksuele disfunctie, of ook naar de mate van onvrede die men met dit probleem ervaart. Onderzoekers die expliciet vragen naar de mate van onvrede of last, vinden beduidend lagere cijfers. Een Zweedse studie vindt bijvoorbeeld dat het verschil tussen het voorkomen van een seksuele disfunctie en of men het als een probleem ervaart, zich verhoudt van 22 tot 10% (Fugl-Meyer & Sjögren Fugl-Meyer, 1999).

Na een grondige schoonmaakactie waarbij onbetrouwbare cijfers werden verwijderd, weerhouden de auteurs een totaal ander beeld. Let wel, hier gaat het enkel over grootschalige bevolkingsstudies waarbij de disfuncties zijn gedefinieerd volgens de DSM-IV criteria. Dat betekent dat de cijfers het aantal mensen weergeven dat de seksuele disfunctie als een probleem ervaart. Bovendien worden alleen ‘current’ en ‘one year’ prevalentiecijfers weerhouden. Meteen is duidelijk dat de beschikbare cijfers behoorlijk lager zijn. Voor mannen is de meest voorkomende disfunctie “premature ejaculatie” maar voor vrouwen zijn er alleen gegevens beschikbaar over de orgasmestoornis. Over het voorkomen van vrouwelijke seksuele disfuncties valt er dus, vanuit de empirische evidentie, nog maar weinig te zeggen.

### De hulpvraag

Ongetwijfeld heeft de toegenomen publieke aandacht voor seksualiteit en de exponentieel gestegen kennis t.a.v. seksuele problematiek voor menigeen de drempel richting hulpverlening verlaagd. Dat seksuele problemen de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden, is nu algemeen erkend. De zoektocht naar oplossingen komt bijgevolg sneller op gang. Bovendien creëert een zichtbaar behandelingsaanbod weer een grotere hulpvraag.

Welke mensen met hun seksuele problemen uit-

eindelijk naar één of andere vorm van hulpverlening stappen, daar vertelt empirisch onderzoek tot dusver niets over. Een gedegen studie die de behoefte aan seksualiteitshulpverlening inventariseert is niet voorhanden. Zijn de uiteindelijke hulpzoekers diegenen met het meeste last? Of zijn het alleen de happy few die de toegang tot het schaarse hulpverleningsaanbod hebben gevonden?

### Het behandelingsaanbod in Nederland

#### *Wie behandelt seksuele problemen in Nederland?*

In een recent verschenen rapport schetsen Vroege en collega’s een weinig rooskleurig beeld van het actuele behandelingsaanbod voor seksuele problemen; de hulp is te beperkt, te versnipperd en te weinig toegankelijk (Vroege et al., 2001).

Met een seksuele disfunctie kan men Nederland op een beperkt aantal plaatsen terecht. De meeste mensen met vragen op dit gebied gaan naar de huisarts. In hun rapport signaleren Vroege en collega’s dat zowel de patiënt als de arts aanlopen tegen onwennigheid als er over seks moet worden gepraat. Bovendien verkiest menig hulpvrager een anoniemer aanspreekpunt dan de huisarts (Vroege et al., 2001).

De Rutgers Stichtingen, ooit bedoeld als laagdrempelige voorzieningen voor een veelheid aan problemen m.b.t. seksuele gezondheid, zijn helaas verleden tijd. De inhuizing van de niet afgedankte medewerkers bij de abortuscentra is nu een feit. Het aanbod m.b.t. seksualiteitshulpverlening blijft kleinschalig en duur en kan onmogelijk beantwoorden aan de oorspronkelijke doelstelling. Hiermee verdwijnt in Nederland een aanzienlijk kwantitatief deel van het hulpverleningsaanbod in de eerste lijn, maar ook kwa-

litaief gaat een jarenlang opgebouwde professionele deskundigheid teloor.

Sporadisch zijn er eerstelijns psychologen/seksuologen die hulp bieden op het terrein van seksuele disfuncties maar een precieze inschatting van de omvang en de inhoud van dit aanbod is vooralsnog niet mogelijk.

Bij het ontbreken van een grootschalig en regulier gefinancierd aanbod in de eerste lijnsgezondheidszorg, komt een deel van de cliënten automatisch in de tweede lijn terecht. Als het gaat om de behandeling van seksuele disfuncties genieten de poliklinieken seksuologie de grootste naamsbekendheid. De medicalisering van zowel mannelijke als vrouwelijke seksuele disfuncties heeft er echter voor gezorgd dat ook medisch specialisten zoals gynaecologen en urologen zich in toenemende mate bezig houden met dit onderwerp. Daarnaast zou er binnen de RIAGG's ruimte moeten bestaan voor de behandeling van seksuele problemen, zeker als deze samengaan met andere ernstige psychische problemen. De aandacht voor seksualiteit is binnen de setting van de geestelijke gezondheidszorg is echter altijd minimaal geweest (Vroege, 1993).

#### *De poliklinieken seksuologie*

In 1995 hebben de poliklinieken seksuologie zich georganiseerd binnen het Landelijk Overleg Poliklinieken Seksuologie (LOPS). Sindsdien groeit het aantal centra gestaag. In 2000 waren er acht academische ziekenhuizen en drie niet-academische ziekenhuizen aangesloten bij het LOPS. Omdat er sinds 1997 systematisch data worden verzameld over de werkzaamheden van deze poliklinieken, bestaat er enig zicht op een aantal belangrijke aspecten van hun behandelingsaanbod. Dergelijke gegevens zijn voorlopig niet beschikbaar voor andere seksuologische hulpverleningsinstanties. De lezer dient zich echter te realiseren dat in wat nu volgt slechts één (niet gering) segment van de seksuele hulpverlening onder de loep wordt genomen. Bevindingen zijn daarom niet representatief maar geven voornamelijk een beeld van wat er zich afspeelt in de tweedelijns gespecialiseerde seksuologische centra in Nederland.

Ik zal proberen aan de hand van de cijfers uit de LOPS registratie 2000 de volgende vragen te beantwoorden (Vroege, 2002) :

*“Welke vrouwen komen met welke klachten op de poli's seksuologie?”*

Vrouwen melden zich vaker dan mannen (57% vs. 43%) en de meerderheid (75%) is tussen 20 en 50

jaar oud. Omdat in de LOPS registratie alleen de aanmeldingsklacht wordt genoteerd zijn gegevens over andere tegelijk voorkomende seksuele disfuncties helaas niet voorhanden (tabel 3). Opvallend is dat bij alle poliklinieken de klachten dyspareunie én vaginisme, twee disfuncties die in de praktijk niet altijd even makkelijk van elkaar te scheiden zijn, een speerpunt vormen. Samen zijn ze goed voor 52% van de aanmeldingsklachten. Verminderd seksueel verlangen blijft echter een prominent aanwezige klacht (16%). Vroege voegde aan het LOPS classificatiesysteem een nieuwe categorie toe, namelijk ontevredenheid met de seksuele relatie en voor 6% van de vrouwen bleek dit de primaire klacht te zijn. Helaas ontbreekt een juiste omschrijving van wat hiermee precies wordt bedoeld. Opvallend is dat opwindings- en orgasmestoornissen bij vrouwen zelden een primaire klacht zijn. Tenslotte is het duidelijk dat, ondanks de aanzienlijke categorie “overigen” (17%) waarin ook een aantal niet primair seksuologische klachten thuishoren, bepaalde problemen zelden voorkomen. Parafilieën, genderidentiteitsproblemen, en onvrede met seksuele oriëntatie zijn verwaarloosbaar als aanmeldingsklacht. Ook seksuele problemen als gevolg van seksueel misbruik zijn zelden de primaire klacht. Hoeveel van de aangemelde vrouwen uiteindelijk seksueel traumatische ervaringen in hun voorgeschiedenis hebben, is uit deze cijfers niet te achterhalen. De gevolgen van seksueel misbruik manifesteren zich in vele fysieke en psychische gezondheidsproblemen, inclusief seksuele disfuncties.

Als we de cijfers tussen vrouwen en mannen vergelijken, dan valt op dat mannen minder variatie vertonen in hun klachtenpatroon. Bovendien is ook de aard van hun klachten anders. In tegenstelling tot de vrouwen, is bij mannen de opwindingsstoornis, namelijk de erectiele disfunctie, de meest voorkomende klacht (54%). Dan volgen de orgasmeproblemen waarvan de ejaculatie praecox de belangrijkste is. Verlangestoornissen komen veel minder vaak voor, maar seksuele ontevredenheid scoort dan weer even hoog.

Omdat er in de LOPS registratie sinds 1997 gegevens beschikbaar zijn, ben ik even gaan speuren naar mogelijke verschuivingen van het klachtenpatroon in de loop van de tijd. Ik kon slechts één duidelijke trend identificeren. Na 1998 daalt het aantal mannen met een opwindingsstoornis tot ongeveer 1/3 van het oorspronkelijke aantal. Tegelijk stijgt het percentage vrouwen (van 52 naar 57%) en neemt de aanmeldingsklacht “dyspareunie” lichtjes toe. De verklaring ligt voor het grijpen, in 1998 werd sildenafil in Nederland geïntroduceerd. Uit een kleinschalig onderzoek onder Leidse huisartsen blijkt dat het aantal patiënten dat zich bij de huisarts aanmeldt met een erectiele disfunctie sterk stijgt terwijl het aantal verwijzingen van

Tabel 3: De aanmeldingsklachten van patiënten (%) op de poliklinieken Seksuologie

|   | Vrouwen<br>% | Mannen<br>% |
|---|--------------|-------------|
| Dyspareunie                               | 37           | 5           |
| Verminderd seksueel verlangen             | 16           | 7 --        |
| Vaginisme                                 | 15           | -           |
| Ontevredenheid<br>met de seksuele relatie | 6            | 6           |
| Opwindingsstoornis                        | 3            | 54          |
| Orgasmestoornis                           | 3            | 18          |
| Seksuele problemen<br>na seksueel geweld  | 3            | -           |
| Overigen                                  | 17           | 10          |

Bron: LOPS cijfers 2000 (Vroege, 2002).

huisarts naar de tweede lijn sterk afneemt (Schuil, 2000).

### Waaruit bestaat het hulpverleningsaanbod van deze poliklinieken?

#### Algemeen

Doorverwijzers zijn het vaakst huisartsen (33%), gevolgd door gynaecologen (21%) en urologen (19%). Van de hulpverleners in de poliklinieken zijn 47% arts, 34% psycholoog en de overigen hebben meestal één of andere HBO-opleiding. In alle klinieken worden multidisciplinaire patiëntbesprekingen gehouden.

De LOPS cijfers bieden ook een zicht op het gemiddeld aantal patiëntcontacten. In 33% van de keren vindt er slechts 1 gesprek plaats met het patiëntstelsel. Voor 43% van de patiënten bestaat het contact uit 2-5 gesprekken en bij 13% van de patiënten vinden er 6-10 gesprekken plaats. In slechts 11% van de gevallen behelzen de patiëntcontacten meer dan 10 gesprekken. Wat betreft het gemiddeld aantal patiëntcontacten bestaan er grote verschillen tussen de diverse poliklinieken. Opvallend is dat 48% van de patiënten weer verder wordt verwezen, in de meeste gevallen naar een medisch specialist (uroloog of gynaecoloog), een hulpverlener in de GGZ of de huisarts.

#### Behandelingsstrategieën

De LOPS registratie biedt geen zicht op wat behandel-aars nu precies doen tijdens de gesprekken die met de patiënt worden gevoerd. Vorig jaar verscheen echter het boek "Behandelingsstrategieën bij Seksuele Disfuncties", voornamelijk geschreven door seksuologen werkzaam in deze poliklinieken (Hengeveld & Brewaeyts, 2001). De vier beschreven vrouwelijke seksuele disfuncties (stoornissen in het seksuele verlan-

gen, orgasmestoornissen, dyspareunie en vaginisme) schetsen een helder beeld van de actuele psychotherapeutische en medische aanpak in Nederland.

De meest gebruikte psychotherapeutische methoden zijn gebaseerd op een aantal standaardtechnieken, voornamelijk afkomstig uit de gedragstherapie. De beroemde *sensate focus* oefeningen van Masters & Johnson, gebaseerd op technieken zoals systematische desensitisatie en relaxatie zijn altijd in één of andere vorm aanwezig. Het doel ervan is de vicieuze cirkel van faalangst te doorbreken. Meestal worden deze oefeningen aangevuld met methoden uit de *cognitieve gedragstherapie*. In dit theoretisch model nuanceert men de rol van "angst" als belangrijkste oorzaak van seksuele problemen en benadrukt men het belang van cognities als mediërende factor tussen stimulus en respons. Disfunctionele cognities houden de klacht in stand en dienen te worden omgebouwd. *Communicatieoefeningen* spelen vooral een rol bij therapieën met beide partners.

Opvallend is dat in de loop van de tijd de eclecticische aanpak met aandacht voor contextfactoren zoals intrapsychische- en relatieproblemen aan terrein verloren heeft. Deze trend is duidelijk merkbaar in een aantal recente Nederlandse publicaties (van Lankveld, 1998; IJff, 1997; Hengeveld & Brewaeyts, 2001) maar wordt ook gesignaleerd in de buitenlandse literatuur (Leiblum, 2001). Menig therapeut vindt zelfs dat ernstige psychische en/of relatieproblemen bij de cliënt exclusiecriteria dienen te zijn (van Lankveld, 1998; IJff, 1997; van Lankveld & Meuleman, 2001; Both et al., 2001; ter Kuile & Weijnen, 2001; de Bruijn & van Lankveld, 2001). De opmars van deze symptoombenadering bij seksuele problemen kan niet worden losgezien van de stijgende vraag naar kortdurende en gestandaardiseerde behandelmethoden. Deze trend gaat hand in hand met de behoefte aan betrouwbare effectstudies die de meerwaarde van psychotherapeutische interventies bij seksuele disfuncties moeten onderbouwen (O'Donohue, 1997; Bancroft, 1999). Immers de concurrentie van de farmacologische interventies, ook voor vrouwen, wordt steeds groter.

De meest spectaculaire vernieuwingen in de seksuologie deden zich ongetwijfeld voor op het terrein van de somatische aanpak van seksuele problemen. De kennis over de rol van anatomische, neurochemische en hormonale processen bij vrouwelijke seksualiteit nam spectaculair toe. In eerste instantie werden de mannelijke disfuncties onderwerp van onderzoek, maar ook bij vrouwelijke klachten zoals dyspareunie, opwindingsstoornissen en verlangenstoornissen, identificeerde men steeds vaker somatische oorzaken met medische behandelingen als gevolg (Michelson et al., 2000; Tiefer, 2001; Leiblum & Rosen, 2001;

ter Kuile & Weijnenborg, 2001; Ferguson, 2002; Guay & Jacobson, 2002; Traish et al., 2002; Talakoub et al., 2002).

Is er dan nog een toekomst voor de psychotherapeutische aanpak van seksuele problemen? Te verwachten valt dat de succesverhalen over de erectiepill bij mannen zich niet zullen herhalen bij vrouwen. De belangrijkste reden hiervoor is dat farmacologische behandelingen weinig of niets veranderen aan de context waarbinnen mensen seksueel actief zijn. En precies die contextfactoren bepalen, in het bijzonder voor vrouwen, in sterke mate hun seksuele tevredenheid. Toch zal sekstherapie er anders komen uit te zien in het post-Viagra tijdperk. Nu verloopt de aanpak van seksuele problemen nog vaak langs twee van elkaar gescheiden circuits. De psychologisch geschoolde seksuologen sluiten vooraf een prominente somatische oorzaak uit en vervolgen dan hun weg via de hen bekende psychotherapeutische technieken. De meerderheid van de artsen daarentegen focust op de somatische component van de klacht zonder deze te plaatsen in een bredere context. Aangezien er bij de meeste seksuele problemen sprake is van een interactie tussen somatische, psychische en sociale factoren, verdient een geïntegreerde aanpak de voorkeur. De nadruk moet in de toekomst komen te liggen op de ontwikkeling van behandelingsstrategieën waarbij psychotherapeutische interventies worden gecombineerd met farmacologische en andere somatische technieken.

### Tot slot

Dit overzicht maakt duidelijk dat grootschalige en betrouwbare studies over voorkomen van (vrouwelijke) seksuele disfuncties in de Nederlandse bevolking ontbreken. Dat maakt het tot dusver onmogelijk om een inschatting te maken van de omvang van de hulpvraag. Er is dus dringend behoefte aan een nieuw "Seks in Nederland" bevolkingsonderzoek onderzoek waarbij worden geïnventariseerd (1) de prevalentie van seksuele disfuncties bij mannen en vrouwen, (2) de mate van last die men hiervan ondervindt en (3) de daaruit volgende hulpvraag. Alleen dan wordt het mogelijk om een vraaggestuurd behandelingsaanbod voor seksuele problemen te ontwikkelen.

Toch is er in de voorbije jaren veel werk verricht. De seksuele hulpverlening is geprofessionaliseerd en dat is zichtbaar in de ontwikkeling van behandelingsstrategieën voor een variatie aan vrouwelijke seksuele disfuncties. Dé uitdaging voor de toekomst is echter empirisch aan te tonen dat een seksuologische behandeling met aandacht voor bio-psycho-sociale aspecten van het seksuele probleem een meerwaarde

heeft. Immers, de explosie van farmacologische behandelingen zorgt ook bij vrouwen voor een behoorlijke concurrentie. Hierbij moet men niet alleen kijken naar het effect van de interventie op de geïsoleerde seksuele disfunctie; de uiteindelijke vraag moet zijn: "is de seksuele tevredenheid en de daaraan gekoppelde kwaliteit van leven verbeterd?" Of men dit kan bereiken via de toepassing van schriftelijk vastgelegde en symptoomgerichte behandelingsprotocollen zal nog moeten blijken.

### Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington.
- Basson, R. (2002). Women's sexual desire - disordered or misunderstood? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 17-28.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I., Graziottin, A., Heiman, J., Laan, E., Leiblum, S., Padma-Nathan, H., Rosen, R., Segraves, K., Segraves R., Shabsigh, R., Sipski, M., Wagner, G., & Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *Journal of Urology*, 163, 888-893.
- Bancroft, J. (1999). Sexual science in the 12th century: Where are we going? A personal note. *Journal of Sex Research*, 36, 226-229.
- Both S., de Groot E., & Rossmark M. (2001). Orgasmestoomissen bij de vrouw, een cognitief therapeutische benadering. In M.H. Hengeveld & A. Brewaeyns (Red.), *Behandelingsstrategieën bij seksuele disfuncties*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, Cure and Care Development.
- de Bruijn, J.K., & van Lankveld, J. (2001). Orgasmestoomissen bij de man, een cognitief gedragstherapeutische benadering. In M.H. Hengeveld & A. Brewaeyns (Red.), *Behandelingsstrategieën bij seksuele disfuncties*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, Cure and Care Development.
- Hengeveld, M.H., & Brewaeyns, A. (Red.) (2001). *Behandelingsstrategieën bij seksuele disfuncties*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, Cure and Care Development.
- Frenken J. (1987). Seksuele moeilijkheden in Nederland. Een overzicht. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 42, 3-18.
- Fügl-Meyer, A., & Sjogren Fügl-Meyer, K. (1999). Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scandinavian Journal of Sexology*, 3, 79-105.
- Leiblum, S.R., & Rosen, R.C. (2000). Sex therapy in the age of viagra. In S.R. Leiblum & R.C. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy. Third edition*. New York, London: The Guilford Press.
- O'Donohue, W., Dopke, C., & Swingen, D. (1997). Psychotherapy for female sexual dysfunction: A review. *Clinical Psychology Review*, 17, 537-566.
- Schuil, S. (2000). *Erectiele disfunctie in de huisartsenpraktijk*. Intern rapport vakgroep Huisartsengeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, LUMC.
- Simons, J.S., & Carey, M.P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 177-221.
- Talakoub, L., Munarriz, R., Hoag, L., Gioia, M., Flaherty, E., & Goldstein, I. (2002). Epidemiological characteristics of 250 women with sexual dysfunction who presented for initial evaluation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 217-224.
- ter Kuile, M., & Weijnenborg, P. (2001). Oppervlakkige dyspareunie bij de vrouw, een cognitief gedragstherapeutische groep

- behandeling. In M.H. Hengeveld & A. Brewaeys (Red.), *Behandelingsstrategieën bij seksuele disfuncties*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, Cure and Care Development.
- Tiefer, L., Hall, M., & Tavis, C. (2002). Beyond dysfunction: A new view of women's sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 225-232.
- van Lankveld, J. (1998). *Seksuele disfuncties*. In W. Vandereycken et al., (Red.), *Praktijkreeks Gedragstherapie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- van Lankveld, J., & Meuleman, E. (2001). Erectiestoornissen, cognitieve gedragstherapie of farmacotherapie. In M.H. Hengeveld & A. Brewaeys (Red.), *Behandelingsstrategieën bij seksuele disfuncties*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, Cure and Care Development.
- Vroege, J. (1993). RIAGG-hulp bij seksuele moeilijkheden. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 48, 247-258.
- Vroege, J., Nicolaï, L., & van de Wiel, H. (2001). *Seksualiteitshulpverlening in Nederland*. Delft: Eburon.
- Vroege, J., Gijs, L., & Hengeveld, M.W. (1998). Classification of sexual dysfunctions: Towards DSM V and ICD 11". *Comprehensive Psychiatry*, 39, 333-337.
- Vroege, J. (1998). *LOPS-registratie 1997*. Utrecht: LOPS / NISSO, Intern rapport.
- Vroege, J. (1999). *LOPS-registratie 1998*. Utrecht: LOPS / NISSO.
- Vroege, J. (2001). *LOPS-registratie 1999*. Utrecht: LOPS / NISSO.
- Vroege, J. (2002). *LOPS-registratie 2000*. Utrecht: LOPS / NISSO.
- IJff, M. (1997). *Sexcounseling in de psychosociale hulpverlening*. HBO-reeks Gezondheidszorg/Welzijn. Assen: Van Gorcum.
- van Zessen, G., & Sandfort, T. (1991). *Seksualiteit in Nederland. Seksueel gedrag, risico en preventie van AIDS*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Abstract

**Sexual dysfunctions in women: Treatment services in the Netherlands**

During the past twenty years major improvement has taken place in the treatment of female sexual dysfunction. Valid data on the prevalence of such dysfunctions in large population samples are still very sparse. However, population studies are needed in order to develop adequate services for the treatment of sexual problems. In the Netherlands, the eleven outpatient clinics for the treatment of sexual dysfunction have a prominent role. Data collected in these clinics provide a picture of the most salient dysfunctions: dyspareunia (37%), vaginismus (15%), sexual desire disorders (15%). Treatment is mainly offered by medical doctors (47%) and psychologists (37%) and interventions are predominantly short term and symptom oriented.