

KLINISCHE LES

Seksuologische hulpverlening in de praktijk

DE ONVRIJWILLIGE “ERVARINGSDESKUNDIGE”

Ongeveer drie jaar geleden verscheen ik voor het eerst op het spreekuur van een seksuoloog (Beatrix Schoemaker). Waarom? Ik had problemen in het seksuele deel van mijn (verder bijzonder leuke) relatie. Ik was niet in staat om geslachtsgemeenschap te hebben, ik had last van een vaginistische reactie. Dit vond ik een probleem en daar wilde ik (eindelijk) iets aan doen.

De achtergrond

Ik ben de onzekere dochter van een onzekere moeder. Het beetje zelfvertrouwen dat mijn moeder had, ontleende ze aan de relatie met mijn vader (twintig jaar ouder dan zij en haar “rots in de branding”). Hij stierf echter toen zij pas 36 jaar oud was. Ze bleef achter met twee dochters van elf (mijn zus) en dertien jaar (ik) oud. Haar verdriet was te groot om haar ook nog met mijn problemen te belasten. Ik werd veel gepest, zowel op de basisschool als de middelbare school. De redenen: ik kon goed leren en haalde de hoogste cijfers, zag er niet uit (mager, bril, beugel, puistjes, rood haar), had weinig zelfvertrouwen (dat was mij immers van huis uit nooit bijgebracht) en kon me slecht verdedigen (zowel verbaal als fysiek). Kortom: ik had het “pest me alsjeblieft” op mijn pukkelige voorhoofd geschreven staan. Thuis was mij geleerd om “erboven te staan”. Jammer, want dat werkt dus niet! Nadat ik in mijn brugklasjaar mijn vader had verloren en ook nog van school was gepest (maar wel prachtige rapportcijfers had), was er eigenlijk vrijwel geen sprake meer van zelfvertrouwen. Het weinige zelfvertrouwen dat ik had, ontleende ik niet aan de overtuiging dat ik een leuk mens was, maar aan het feit dat ik de beste van de klas was en heel muzikaal was (muziek was en is mijn belangrijkste hobby). Ik hield me staande en voelde me ongelukkig, maar wist geen oplossing. Toen ik zestien was, besloot ik dat ik maar eens vrolijk moest worden, want vrolijke

mensen hadden wel vrienden en een duidelijk leuker leven. Wat begon als toneelspel, bleek al heel snel gewoon mijn aard te zijn. Mijn vrolijkheid was ik ergens onderweg verloren, maar vond ik heel voorzichtig weer een beetje terug. Ik bleef er echter van overtuigd dat anderen altijd leuker waren dan ik. Ik liep altijd op mijn tenen om maar aardig te worden gevonden. In mijn thuissituatie was en bleef ik alleen. Mijn moeder en zuster trokken altijd met elkaar op en leken ook veel op elkaar. Daarnaast hadden zij volstrekt andere interesses dan ik. Eigenlijk ben ik, zeker vanaf mijn dertiende levensjaar, altijd alleen geweest. Ik kreeg ook altijd complimentjes omdat ik zo zelfstandig was.....

De aanleiding

Op mijn achttiende kreeg ik mijn allereerste vriendje. Eigenlijk was hij gewoon de eerste die me wilde hebben. Ik zocht liefde en een mogelijkheid om het huis uit te gaan. Wat in eerste instantie een rustige jongen met droge humor leek, bleek eigenlijk na een paar weken al een bijzonder gecompliceerde jongen te zijn, die zijn gevoelens in ieder geval verbaal niet kon uiten. Na twee maanden verkering gingen we al samenwonen. Toen we nog niet samenwoonden hadden we een normale seksuele relatie. Dit veranderde vanaf het moment dat we samen gingen wonen al snel. Ik merkte dat het enige waarin hij zich kon uiten seks was. Praten over zijn gevoelens kon hij niet. Hij werd al opgewonden als hij naar me keek en was continu bezig met seks. Ik vond dat niet prettig, maar drukte het gevoel dat er toch meer was dan alleen een lichaam ver weg. Als hij zich in seks wel kon uiten, dan moest ik daar maar aan meewerken. Bovendien: stel dat hij weg zou gaan, dan zou ik weer helemaal alleen zijn en ik voelde me met mezelf niet op mijn gemak! Kortom: alle ingrediënten voor een relatieramp waren aanwezig.

Al snel wilde hij een totaal ander soort seksleven dan ik voor ogen had. Aangezien zijn seksuele voorlichting uit stiekem gelezen pornoboekjes bestond, is dat achteraf best begrijpelijk. Ik wilde hem niet kwijt en deed mee. Hij wilde toekijken als ik mezelf bevredigde, wilde toekijken als ik naar de wc ging, wilde anale seks proberen, wilde naaktfoto's maken en wilde experimenteren met SM. Het was voor mij onmogelijk om grenzen aan te geven, want telkens weer was er de angst dat ik er alleen voor kwam te staan. Bovendien had ik inmiddels wel in de gaten dat hij eigenlijk nog meer problemen had dan ik en ik had diep in mijn hart medelijden met hem. Op een bepaald moment, voor zover ik mij herinner na ongeveer driekwart jaar, ging mijn lichaam grenzen aangeven. Geslachtsge-

meenschap was niet meer mogelijk en ik kreeg bloedingen. Voor mijn gevoel was ik continu ongesteld. We zijn apart gaan wonen om wat "afstand te nemen" (ten slotte waren we wel erg snel gaan samenwonen, toch?) en hielden de schijn van een relatie op. Seks hadden we amper meer en op een bepaald moment heb ik een punt achter de relatie gezet. Door allerlei kleine dingen was ik er inmiddels zelf van overtuigd geraakt dat ik niet meer van hem hield. Dat in mijn situatie feitelijk sprake was van seksueel misbruik, hoe begrijpelijk ook gezien zijn en mijn persoonlijkheid en de situatie waarin we ons bevonden, durfde ik niet aan mezelf te bekennen. Ik gaf mezelf de schuld: ik was frigide en kon kennelijk niet wat andere vrouwen wel konden. Nu ben ik ervan overtuigd dat er geen sprake is van schuld. Ik heb gewoon pech gehad, ik ben tegen de verkeerde partner aangelopen en daar door mijn gebrek aan zelfvertrouwen aan blijven hangen.

Op het moment dat ik de relatie verbrak, stopten de bloedingen van de ene op de andere dag. Voor mij werd in mijn achterhoofd duidelijk dat de bloedingen (zoals mij ook door een gynaecoloog was verzekerd) geen lichamelijke oorzaken hadden. Ik krijg de bloedingen terug als ik verschrikkelijk onder druk sta en even geen uitweg zie. De laatste keer dat ik een bloeding kreeg dateert alweer van iets minder dan drie jaar terug.

Het "eindpunt"

Ik kreeg een nieuwe relatie (nu negen jaar geleden) en bleef prompt overspannen thuis van mijn werk. Ik was eerst boos op mijn ex-partner, boos op mijn hele verleden en werd daarna verdrietig. Ik had veel gemist en wist niet dat het leven ook zo leuk kon zijn. Ik kon aan de ene kant mijn geluk niet op en aan de andere kant bleef mijn verleden knagen. Mijn partner luisterde, begreep, confronteerde me met mijn "zelfvertrouwen-vernietigende" denkpatroon en bleef onvoorwaardelijk van me houden. Mijn zelfvertrouwen groeide heel langzaam, maar de vaginistische reactie bleef. Het was in het begin van onze relatie een paar maanden weg, maar kwam terug toen ik "gewend" raakte aan onze relatie en heel goed ging nadenken over mezelf en mijn leven.

Toen deze nieuwe relatie alweer zes jaar stand hield liep ik volledig vast. Ik miste het hebben van geslachts-gemeenschap. In het begin van mijn eerste relatie, toen de seks nog probleemloos verliep, had ik dat een bijzonder aspect van een relatie gevonden. Voor mij is het hebben van geslachts-gemeenschap niet alleen iets wat ik als lichamenlijk bijzonder plezierig ervaar, maar het betekent voor mij ook in emotioneel opzicht

iets: dichter kun je niet bij iemand zijn. Ik wilde, probeerde, voelde zowel fysiek als psychisch weerstand en pijn, mislukte en probeerde (nog meer) gespannen opnieuw, faalde opnieuw en kwam in een vicieuze cirkel terecht. Ik was boos op mijn ex-partner die dit feitelijk van mij afgenomen had. Uiteindelijk probeerde ik niets meer, maakte mezelf wijs dat ik geen zin had en ons seksleven bleef beperkt tot wederzijdse bevrediging. Ik was hier niet tevreden mee, maar drukte dit gevoel snel de kop in. Stel je voor dat ik al mijn problemen op zou moeten lossen! Nee hoor, dat is immers véél enger dan struisvogelpolitiek bedrijven en gewoon je kop in het zand steken.

Het was voor mij wel duidelijk dat het hier een lichamenlijk probleem betrof met een oorzaak "tussen mijn oren". Mijn partner maakte heel duidelijk dat hij er geen moeite mee had dat geslachts-gemeenschap niet mogelijk was, maar dat hij er wel moeite mee had dat ik mezelf überhaupt niet meer kon laten gaan. De schrik sloeg me om het hart: als hij weg zou gaan, dan was ik pas echt alleen. Hij bleef me ervan overtuigen dat hij van mij als persoon hield en dat alleen het ontbreken van geslachts-gemeenschap geen enkele reden voor hem zou zijn om bij me weg te gaan. Hij bleek zelfs bereid te geloven dat hij te hoge verwachtingen van een seksleven had. Dat gaf mij net het zetje dat nodig was. Als iemand zoveel van je houdt en maar blijft houden heb je onvoorstelbaar veel geluk. Ik kon zo niet langer doorgaan: ik had hulp nodig. Niet om mijn relatie te redden, maar omdat ik zo niet meer verder kon. Ik was ervan overtuigd dat ik mezelf en mijn partner onrecht aandeed door voor struisvogel te blijven spelen. En als ik ergens een hekel aan heb is het wel onrecht.

Mijn huisarts luisterde goed, begreep nog beter en verwees me na het inwinnen van de nodige informatie naar het (toen nog) Academisch Ziekenhuis Utrecht. Zo kwam ik bij Beatrix Schoemaker terecht.

Therapie

Bloednerveus was ik. Ik, die altijd alles wel alleen kon had hulp nodig. En dan ook nog voor slechts één aspect van mijn leven. Werk, studie en sociaal leven had ik inmiddels zelf wel allemaal onder controle gekregen (mèt hulp en begrip van mijn partner). Ik wist op alle gebieden, behalve het seksuele, redelijk tot zeer goed wat ik wilde en ook steeds beter wat ik kon.

Gemakkelijk was het ook al niet: huilen terwijl iemand die je eigenlijk amper kent dat ziet. Praten over dingen, die ik al lang geleden had weggestopt. En aan de andere kant van de tafel iemand, die je duidelijk maakt dat je kan denken en voelen wat je wilt. Ik leerde mezelf kennen, leerde veranderen wat me niet beviel

en leerde te aanvaarden wat ik niet kon of wilde veranderen. Ik aanvaardde dat ik behoefte aan controle heb. Misschien komt dat omdat ik door de dood van mijn vader al heel jong leerde dat je niet alles in het leven onder controle kunt hebben. Controleverlies, op welk gebied dan ook, verbond ik aan onzekerheid, pijn en verdriet.

Ik begon de gesprekstherapie vol pijn en blauwe plekken op mijn ziel. Aanraken van problemen doet bijna lijfelijk zeer. Ik had in het verleden geen controle gehad op mijn seksleven. Ik kreeg handvatten aangereikt waarmee ik controle kon uitoefenen. De achterliggende gedachte was dat ik door de constatering dat er niets gebeurt dat ik niet wil, meer vertrouwen zou krijgen en seks meer zou gaan ervaren als ontspanning dan als inspanning. Mijn partner mocht me pas aanraken als ik dat zelf aangaf en beslist niet verder dan ik aangaf. Mijn partner werkte mee. Erg snel ging het niet. Het inbrengen van een vinger (de mijne of de zijne) was geen probleem. Mijn vaginistische reactie ging niet zover, dat ik niets in kon brengen (ik gebruikte tijdens mijn menstruatie ook gewoon tampons), maar bleek toch vooral verbonden aan het hebben van geslachtsgemeenschap. Ik bleef de angst houden dat ik me niet genoeg kon ontspannen, dat het zeer zou doen, dat ik weer verdrietig zou worden enzovoort. Ik ging wel steeds meer vooruit kijken. Het verdriet om wat ik allemaal gemist had werd minder en de overtuiging, dat ik nog veel in te halen had steeds groter. Maar het hebben van seks en vooral van geslachtsgemeenschap bleef toch meer inspanning dan ontspanning.

Om dit te doorbreken ging ik (je gelooft je oren niet) naar fysiotherapie. Nicole Eppenga geeft fysiotherapie gericht op de bekkenbodem en maakt daarbij gebruik van myofeedback. Deze therapie bleek niet alleen nuttig, maar ik vond het ook erg leuk. Na het inbrengen van een soort grote kunststof "tampon" kon ik op een beeldschermje volgen hoe mijn vagina reageerde op oefening om de bekkenbodemspier te spannen en te ontspannen. Het werden wedstrijdjes met mezelf: Nicole gaf een grenslijn aan op het beeldscherm en ik probeerde zover te ontspannen, dat ik onder die grenslijn kwam. En uiteraard ging ik ook oefenen op mijn partner. En lollig dat dat was ("als ik dit doe, voel je dit dan? O ja? En als ik dit doe dan?")! Ik kreeg het vertrouwen in mijn lijf langzaam terug. Als ik geslachtsgemeenschap wil hebben, dan kan dat zelfs zonder dat ik daar zin in heb. Niet dat ik dat ooit zou willen doen, maar het feit dat ik die controle heb, geeft me veel (seksueel) zelfvertrouwen. Ik kan me weer laten gaan in seks, want ook het hebben van geslachtsgemeenschap doet normaal gesproken geen pijn. En doet het onverhoopt wel pijn, dan schrik ik

daar niet meer zo van, omdat ik de oorzaken ken. Dan ben ik misschien nog te weinig vochtig omdat ik iets te hard van stapel ben gelopen. Of misschien heb ik iets teveel andere zaken aan mijn hoofd.

Resultaat

Ik heb in de afgelopen drie jaar meer over mezelf geleerd dan in de 27 jaar daarvoor. Ja, ik heb behoefte aan controle over mezelf en mijn leven, maar weet dat in mijn seksleven genoeg los te laten om er weer plezier in te hebben. Ja, ik wil nog steeds graag aardig gevonden worden, maar niet meer ten koste van mezelf. Mijn onzekerheid zal wel altijd blijven, maar staat mijn functioneren op welk gebied dan ook niet meer in de weg.

Ik heb mijn partner nooit meegenomen naar het spreekuur. Dat vond (en vind) ik niet nodig: mijn problemen waren niet voortgekomen uit onze relatie, maar uit een eerdere.

We dachten al een paar jaar na over kinderen. Ik bleef twijfelen: kan ik het wel aan, ben ik stabiel genoeg, ik ben bang voor de pijn van een bevalling, bang voor een ander leven. Uiteindelijk heeft mijn zelfvertrouwen de strijd gewonnen: als al die andere vrouwen dat kunnen, kan ik het ook. Ik ben net zo sterk als al die andere gewone vrouwen!

Mijn partner is op dit moment nog wel bang om mij lichamelijke pijn te doen en is dan ook iets van zijn spontaneïteit op seksueel gebied kwijt. We zijn er beiden van overtuigd dat dit slechts een kwestie van tijd is. Ook hij moet na negen jaar geduld zijn vertrouwen in ons seksleven terugkrijgen. Het vertrouwen in onze relatie is hij nooit verloren.

Ik ben blij dat er mensen zijn zoals Beatrix en Nicole, die hulp kunnen bieden bij seksuele problemen. Ik ben blij dat ik de moed op kon brengen om deze hulp in te roepen. Mijn leven zou er niet alleen in seksueel opzicht heel anders hebben uitgezien als ik was rond blijven lopen met een loodzwaar verleden. Bedankt!

Naschrift

Ik schreef het bovenstaande levensverhaal ongeveer drie jaar geleden. Mijn zwangerschap liet ruim twee jaar op zich wachten. We hebben nooit gevrijd als we geen zin hadden, ook niet rondom de eisprong. Ons seksleven was, hoewel al veel meer ontspannen dan in eerdere jaren, al beladen genoeg, dus deden we niet aan "vrijen-op-de-klok".

Tijdens de zwangerschap voelde ik me fantastisch en de seks was ontzettend leuk. Alle beladenheid was er vanaf: ik was door de hierboven beschreven therapieën in staat om gewoon te vrijen en was daardoor

nog zwanger geworden ook.

De bevalling was een gemengde ervaring. De vliezen braken 's ochtends, een paar uur later begonnen de weeën. Ik zou thuis gaan bevallen. Omdat de persweeën echter niet sterk genoeg bleken moest ik 's avonds alsnog naar het ziekenhuis. Het werd een vacuümverlossing en dat vond ik vreselijk. Ik werd wanhopig van het idee dat er zo'n enorm metalen ding moest worden ingebracht, heb verder geen kikk gegeven, uit alle macht meegeperst en toen was ze er.

Mijn partner en de verloskundige (die bij de bevalling was gebleven) wisten van mijn geschiedenis. Zij hebben feitelijk voor mij moeten beslissen dat het toch een vacuümverlossing moest worden. Ik had immers op dat moment geen enkel besef van wat objectief gezien wijsheid was. De prachtige gezonde dochter maakte veel goed, ik kon goed met mijn emoties uit de voeten en besepte dat dit nu eenmaal op dat moment noodzakelijk was. Mijn zin in seks kwam vrij snel weer terug. Binnen twee maanden hadden wij weer gemeenschap. De eerste keer was best eng, maar al heel snel bleek dat ik het echt nog gewoon kon.

Onze dochter is inmiddels ruim acht maanden oud en uiteraard het leukste kind van de hele wereld! Zij heeft een enorm zelfvertrouwen geeft ook mij (nog) meer zelfvertrouwen. Ik heb veel plezier in haar verzorgen, haar troosten en met haar spelen. Als ze naar me lacht geeft ze me het gevoel dat ik de leukste moeder van de hele wereld ben.

Mijn seksleven is op dit moment heel redelijk. De veranderingen aan mijn lijf door de zwangerschap en bevalling hebben wel wat onzekerheid opgeleverd, maar het oprekken van mijn bekkenbodern heeft mijn lichaam ook makkelijker "toegankelijk" gemaakt. Ons seksleven is zoals het voor en tijdens de zwangerschap was en ik heb er alle vertrouwen in dat het nog veel beter gaat worden. Kwestie van oefenen.....

Bijdrage van Beatrix Schoemaker, gezondheidszorgpsycholoog/seksuoloog

Aanmeldingsklacht van cliënte:

- Pijn bij het vrijen
- Veelvuldige vaginale bloedingen

Oorzaak:

- Traumatische seksuele ervaringen in de eerste relatie

Behandeling:

- Zeventien gesprekken
- Vertrouwensband opbouwen
- Informatie geven over de klachten
- Gynaecologisch onderzoek
- Coïtusverbod
- Gedetailleerd beschrijven van de negatief beleefde

seksuele ervaringen

- In de therapiezitting hardop voorlezen aan de behandelaar
- Hiërarchie maken van tien stappen die voorwaarden zijn voor ontspannen
- Vrijen met op den duur gemeenschap (zeer makkelijk naar zeer moeilijk)
- In dagelijks leven grenzen gaan stellen (drie maal per week nee zeggen)
- Vormen van eigenwaarde en zelfvertrouwen door precies na te gaan wie en wat patiënte is
- Grenzen leren stellen aan zichzelf en het idee verlaten dat zij alles moet kunnen
- Bibliotheapie:
 - M. Cardinal, "Het moet eruit"
 - R. Diekstra, "Ik kan denken en voelen wat ik wil"
- Per avond twee uur voor zichzelf nemen
- Nog liggende mijnenvelden opruimen; moeder, zusje, studie, huis
- Fysiotherapie met myofeedback, eenmaal per week
- Op eigen verzoek eenmaal per week vrijen zonder gemeenschap, om geestelijke en lichamelijke voeding te krijgen en te geven in de bestaande relatie.

Bijdrage Nicole Eppenga, fysiotherapeut Fysiotherapie bij seksuele problemen.

Een fysiotherapeut houdt zich bezig met de spieren van de bekkenbodern. Deze spieren omvatten de urethra, vagina en anus. Willen deze spieren op het juiste moment openstaan of te wel ontspannen, dan moet je deze spieren goed kunnen besturen.

Door verschillende oorzaken kun je controle over de spieren kwijtraken zodat ze net anders reageren dan jij wil wat o.a. problemen kan geven bij geslachtsgemeenschap.

In de therapie komen de volgende aspecten aan bod:

- Ontspanningsoefeningen gericht op de bekkenbodern.
- Het weer goed leren voelen van je bekkenbodern.
- Myofeedback, via een sonde (tampon) kun je op een scherm de activiteit van je bekkenbodern zien. De bekkenbodern zit zo verborgen in je bekken dat je niet kunt zien wat de spieren doen. Op deze manier kun je de oefeningen visualiseren.

Wanneer komt iemand voor fysiotherapie in aanmerking?

De meeste vrouwen die bij mij komen, komen via de seksuoloog. Deze patiënten reageren vaginistisch of hebben pijn tijdens de coïtus. Deze manier van ver-

wijzen blijkt heel adequaat te zijn. De seksuoloog concentreert zich namelijk op de psychische kant van de klacht en de fysiotherapeut op de lichamelijke kant hiervan. Hierdoor vullen de beide therapieën elkaar goed aan.

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 3 mei 2003. Aangeboden voor publicatie via Mw. dr. B.C. Schoemaker, psychologe/seksuologe NVVS, polikliniek Seksuologie, Divisie Perinatologie en Gynaecologie, UMC Utrecht, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht, tel. 030-2509111. Voor publicatie werd schriftelijke toestemming van betreffende patiënte verkregen. Deze patiënte wil graag eventuele vragen van lezers beantwoorden. Vragen kunnen aan haar worden overgebracht via dr. B.C. Schoemaker.

Gesignaleerd ...in de internationale vakliteratuur

Seksualiteit van mensen met handicap onderzocht via internet

Hoe zit het met de seks van mensen met een lichamelijke handicap? Ofwel: wat is het effect van duur en ernst van hun handicap op seksueel zelfrespect, 'seksuele depressie', seksuele satisfactie en frequentie van seksueel gedrag? Ongeveer 750 mensen met een handicap en 450 controles participeerden in dit onderzoek. Vier procent werd gerekruteerd op een conferentie voor gehandicapten en de rest (waarvan 60% uit de USA) deed mee via internet. Met vragenlijsten werden de verschillende variabelen van seksualiteit en handicap gemeten.

De cijfers van de gehandicapte groep (N = 748). De stoornissen: oa 23% dwarslaesie; 12% niet-aangeboren hersenletsel; 12% spastische parese; 7% MS en 7% spina bifida. Bij 45% bestond de handicap meer dan 18 jaar en bij 30% ging het om een ernstige handicap. Dat hield bijvoorbeeld bij 30% in dat ze zich niet zelf kunnen aankleden en bij 12% dat ze zelfs niet hun eigen tanden kunnen poetsen! De groep was relatief hoog opgeleid, 51% vrouw, en met een gemiddelde leeftijd van 37,8 jaar (spreiding van 18-69 jaar). Toch had 47% geen partner en leefde 16% los van de partner!

De resultaten. Vergelijken met de mensen met geen of met geringe handicap hadden de mensen met een ernstige handicap een lagere seksuele zelfwaarde (self-esteem), minder seksuele satisfactie en meer aan seks gerelateerde depressieve gevoelens. Zij hadden ook minder vaak seks met een ander. Dat zal voor de seksuoloog nog heel vanzelfsprekend zijn. Minder vanzelfsprekend is het feit dat vrou-

wen met een handicap op alle gemeten seksuele aspecten beter scoorden (met uitzondering van de frequentie van solo seks). De vrouw met een handicap kan zich kennelijk seksueel beter aanpassen vanuit een grotere behoefte aan de interpersoonlijke aspecten van seks, terwijl de genitale functie voor haar minder belangrijk is. De meest opvallende bevinding van het onderzoek is de aanpassing na langere tijd. Zelfs als de handicap in de loop van de jaren erger wordt, rapporteert men meer positieve gevoelens over seks en meer seksuele satisfactie. Dus, hoe langer de handicap hoe beter de seksuele aanpassing. Dat zou onder andere te maken kunnen hebben met andere, meer accepterende partners en het geleidelijk aanpassen van seksuele technieken.

Wat is hier nieuw? Qua opzet: Zowel de werving van proefpersonen als de beantwoording van de vragenlijsten liep bijna geheel via internet. Zeker voor groepen met ernstige handicaps is internet het communicatiemedium bij uitstek. Dat leidde er ook toe dat de proefpersonen van over de gehele Engels sprekende wereld kwamen. Het wordt daarmee wel lastig om de mate van representativiteit te beoordelen. Qua onderzoek: Bijna altijd houdt onderzoek zich bezig met de seksuele effecten van één bepaald ziektebeeld. Daarbinnen is vaak veel variatie van licht tot ernstig gehandicapt. In dit onderzoek werd nu eens niet gekeken naar het ziektebeeld, maar vooral naar de ernst van de handicap. Qua resultaten: Het effect van de ernst van de handicap. Hoe ernstiger de handicap, hoe slechter het seksueel gaat. Het effect van gender. Vrouwen met een handicap doen het seksueel beter dan mannen met een handicap. Het effect van duur. Hoe langer de handicap bestaat, hoe meer seksuele aanpassing er ontstaat en hoe positiever men seks beleeft.

De uitdaging: In dit onderzoek werd niet gekeken naar het verschil tussen aangeboren en verworven handicap. Toch maakt ook dat waarschijnlijk veel uit. Immers, hoe later zich een handicap voordoet, hoe meer er al aan sociale en seksuele ontwikkeling is doorlopen. Dat lijkt een belangrijke volgende vraagstelling. Daarnaast ligt natuurlijk de vraag hoe deze informatie te vertalen naar de revalidatieseksuologie. Op dat gebied zijn wij hard aan het werk.

Woet L. Gianotten, consultant revalidatieseksuologie

McCabe, M.P., & Taleporos, G. (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 359-369.

Boven de pijndrempel

Bij veel vrouwen die pijn hebben bij geslachtsgemeenschap zijn geen lichamelijke afwijkingen of ziekteverwekkers te vinden. De afwezigheid van een somatische oorzaak is bij het vulvaire vestibulitis syndroom (VVS) zelfs onderdeel van de definitie. Het is dan natuurlijk de vraag waar de gemene brandende of snijdende pijnsensaties vandaan komen. Zouden er dan toch nog onontdekte lichamelijke factoren zijn of zit het misschien allemaal "tussen de oren" en hebben deze vrouwen al pijn bij prikkelingen die anderen niet eens voelen. Om dit laatste ging het een groep Canadese onderzoek-

kers. Zij vergeleken in een goed gecontroleerde studie de waarnemingsdrempels van vrouwen met VVS en zonder seksuele pijnklachten, na hen gematcht te hebben op leeftijd en gebruik van anticonceptie. De wattenstoktest die noodzakelijk is om VVS vast te stellen bleek voor de groep met pijnklachten in elk geval boven de pijndrempel uit te komen, want daarop verschilden zij sterk van de vrouwen zonder pijn. De onderzoekers keken zowel naar de absolute waarnemingsdrempel (wanneer voel je een aanraking?) als naar de pijndrempel (wanneer doet een aanraking pijn?). Voor het aanraken gebruikten ze kunststofdraadjes met verschillende standaard buigzaamheidsfactoren. Vrouwen met VVS hadden significant lagere aanrakingsdrempels in het vulvagebied (labium minor en vestibulum), maar ook bij het aanraken van het scheenbeen en de driehoeksspier van de schouder. Verrassend genoeg was in de controlegroep het vestibulumplekje dicht bij de clitoris zelfs het minst gevoelig van alle onderzochte lichaamsgebieden. Vrouwen met VVS

bleken ook de pijndrempel al bij een druk met 600 mg te bereiken terwijl de controlegroep dat gemiddeld pas bij een druk met 4250 mg aangaf. En alsof die lagere waarnemings- en pijndrempels nog niet erg genoeg zijn, bleken de vrouwen met VVS bovendien meer "catastrofale" gedachten over de genitale pijn te rapporteren dan de pijnvrije groep.

Jammer dat het vinden van verlaagde waarnemings- en pijndrempels de "waar vandaan?" vraag nog steeds niet beantwoordt: is die verlaging nu het gevolg van een lichamelijke "anders zijn" of van anders waarnemen? Of is dat uiteindelijk hetzelfde?

Jacques van Lankveld, psycholoog

Pukall, C.F., Binik, Y.M., Khalifé, S., Amsel, R., & Abbott, F.V. (2002). Vestibular tactile and pain thresholds in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Pain*, 96, 163-175.

FORUM

Psychofysiologisch onderzoek bij vrouwen: De cyclus niet vergeten^{1,2}

Koos Slob³

Met grote belangstelling heb ik het artikel van Laan et al (2003) gelezen. Het doet mij altijd deugd als er relevant psychofysiologisch onderzoek wordt gedaan en als de resultaten daarvan worden gepubliceerd. Laan et al vonden dat pre- en postmenopausale vrouwen met opwindingsstoornissen een goede genitale respons vertoonden, welke niet verschilde van een referentiegroep vrouwen zonder seksuele problemen. Zij concluderen dat de seksuele problemen van deze vrouwen dus niet gerelateerd zijn aan hun vermogen om een genitale opwindingsrespons te vertonen. Een vrijwel identieke conclusie konden wij enkele jaren geleden trekken uit ons psychofysiologisch onderzoek met mannen met erectiele disfunctie: een uitstekende erectie op visuele seksuele stimulatie, al dan niet gecombineerd met tactiele vibratie (Slob et al, 1998), al moet er direct bijgezegd worden dat deze mannen genitaal minder reageerden dan "controle" mannen zonder seksuele disfunctie (Rowland et al, 1996).

Terug naar het onderzoek van Laan. Vrouwen met opwindingsproblemen waren bovengemiddeld depressief. Ook hadden ze een significant hogere LH spiegel in hun bloed, en was er een 'marginaal significant' lager testosteron (T) gehalte in vergelijking met vrouwen uit de referentiegroep. Naar mijn idee interessante bevindingen, welke jammer genoeg niet in de uitgebreide discussie worden besproken.

Wel opperen Laan et al dat vrouwen met opwindingsstoornissen misschien minder feedback hebben van de genitalia naar het brein. Wellicht speelt hun lagere testosteron hierbij een rol: clitoris en labia minora zijn minder gestimuleerd vanwege lage T en daardoor minder 'gevoelig' voor prikkels. Nog een andere hypothese: minder T in het brein zorgt voor lagere gevoeligheid voor genitale prikkels.

Jammer vind ik dat in het onderzoek van Laan et al geen goede controlegroepen konden worden ingezet. De auteurs weten dat en spreken dan ook van een 'referentiegroep'. Alleen, in de rest van hun onderzoek wordt met dit feit nergens meer bewust rekening gehouden. In alle vergelijkingen tussen vrouwen met opwindingsstoornissen en vrouwen zonder, worden de laatsten als een volwaardige controlegroep beschouwd. Ik begrijp dat, maar vind het tegelijk jammer. Graag had ik het nog een keer besproken gezien in de discussie.

Er is ook een ander punt dat ik mis in dit artikel: nergens lijkt er rekening te zijn gehouden met het tijdstip van de genitale metingen en de fase van de pil-cyclus van de premenopausale vrouwen. Wij hebben eerder aangetoond in twee onafhankelijke onderzoeken (Slob et al, 1991; Slob et al, 1996) dat vrouwen in de laat-folliculaire fase van hun cyclus (=vlak tegen hun ovulatie) een significant sterkere genitale respons vertoonden op erotische prikkels, dan vrouwen in de laat-luteale fase (=enkele dagen voor de menstruatie). In de 1991 studie werd dit ook gevonden voor vrouwen die aan de pil waren (getest op dag 9 en op dag 20, gerekend vanaf de eerste 'menstruatie'-dag). Bovendien hebben we aangetoond dat er een soort 'leer-effect' bleek te zijn: wanneer de vrouwen de 2e keer naar het lab kwamen bleken ze vrijwel identiek te reageren als de eerste keer. In het onderzoek van Laan et al komt de referentiegroep vrouwen 2 maal naar het lab (meegerekend de 10 minuten gewennings-sessie enkele dagen voor de eerste echte metingen), en komen de vrouwen met opwindingsproblemen 3 maal naar het lab: 1. gewenning, 2. placebo/medicatie en 3. medicatie/placebo. Enfin, het is niet anders, Laan et al moesten het doen met de placebo-gegevens van

de vrouwen met opwindingsstoornissen. Ik hoop maar dat de premenopausale vrouwen voor wat hun pil-cyclus betreft at random verdeeld waren. Maar nog liever had ik gezien dat die vrouwen allemaal in een ongeveer gelijke fase van hun cyclus waren uitgenodigd om naar het lab te komen. Methodologisch een simpele methode.

Naar mijn idee wordt de cyclus nogal eens vergeten in psychofysiologisch onderzoek; alsof vrouwen geen cycliciteit in opwinding, opwindbaarheid en verlangen hebben. Misschien was dat de overheersende gedachte in de 80-er jaren, maar tegenwoordig met de revival van de biologie is ook de cycliciteit bij de vrouw weer geheel terug in de seksuologie (o.a. Van Goozen et al, 1997; Slob, 2003).

Literatuur

- Laan, E., van Driel, E., & van Lunsen, R. (2003). Seksuele reacties van vrouwen met een seksuele opwindingsstoornis op visuele stimuli. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 27, 1-13.
- Rowland, D.L., Cooper, S.E., & Slob, A.K. (1996). Genital and psychoaffective response to erotic stimulation in sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 194-203.
- Slob, A.K. (2003). Geslachtshormonen en seksueel functioneren bij de vrouw: een beperkt overzicht. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 27, 70-77.
- Slob, A.K., Steyvers, C.L., Lottman, P.E.M., Hop, W.C.J., & van der Werff ten Bosch, J.J. (1998). Psycho-fysiologisch diagnostisch onderzoek bij 376 patiënten met een erectiestoornis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 2348-2351.
- Slob, A.K., Ernste, M., & van der Werff ten Bosch, J.J. (1991). Menstrual cycle phase and sexual arousability in women. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 567-577.
- Slob, A.K., Bax, C.M., Hop, W.C.J., Rowland, D.L., & van der Werff ten Bosch, J.J. (1996). Sexual arousability and the menstrual cycle. *Psychoneuroendocrinology*, 21, 545-558.
- Van Goozen, S.H., Wiegant, V.M., Eindert, E., Helmond, F.A., & van de Poll, N.E. (1997). Psychoendocrinological assessment of the menstrual cycle: The relationship between hormones, sexuality, and mood. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 359-382.

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 21 mei 2003. De eerste auteur van het hier gerefereerde artikel is gevraagd een repliek te schrijven, die in een volgend nummer van TvS zal verschijnen.

³ Prof. Dr. A.K. Slob, medisch fysioloog, emeritus hoogleraar Seksuologie, Erasmus Universiteit Rotterdam.

E-mail: slobvink@worldonline.nl