

Beschouwing

Genitopelviene pijn/penetratiestoornis

Moniek ter Kuile

Polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie, LUMC, Leiden

Samenvatting

In het psychiatrische classificatiesysteem de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) wordt bij de Seksuele pijnstoornis een onderscheid gemaakt tussen dyspareunie en vaginisme. Dit onderscheid is in de DSM-5 in zijn geheel komen te vervallen. In tegenstelling tot de DSM-IV-TR kan in de DSM-5 een (seksuele) pijnstoornis niet meer gesteld worden bij de man. In deze bijdrage wordt kort ingegaan op de belangrijkste overwegingen om uiteindelijk tot deze veranderingen te komen. Vervolgens worden de nieuwe criteria van de Genitopelviene pijn/penetratiestoornis uitgebreid besproken. Tot slot wordt stilgestaan bij de voor- en mogelijk ook enkele nadelen van de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV-TR.

Volgens het classificatiesysteem DSM-IV-TR (American Psychiatric Association (APA), 2000) wordt *dyspareunie* omschreven als *recidiverende of aanhoudende genitale pijn samenhangend met de geslachtsgemeenschap bij man en vrouw. Vaginisme wordt omschreven als recidiverende of aanhoudende onwillekeurige spasme van de musculatuur van het buitenste derde deel van de vagina waardoor geslachtsgemeenschap belemmerd wordt*. Tot op heden heeft niemand echter kunnen vaststellen dat penetratie inderdaad belemmerd wordt door aanhoudende spasme van spieren (Reissing, Binik, Khalife, Cohen, & Amsel, 2004). Hierdoor staat het belangrijkste diagnostische criterium van vaginisme het laatste decennium ter discussie. Verder stelt de DSM-IV-TR dat de diagnose dyspareunie niet gesteld mag worden als de pijn 'uitsluitend' veroorzaakt wordt door vaginisme. Het diagnostisch onderscheid tussen vaginisme en dyspareunie is echter niet zo eenvoudig als de DSM-IV-TR stelt: vaginisme en dyspareunie hebben met elkaar gemeen dat door de meerderheid van de vrouwen met beide problemen, tijdens het gynaecologisch onderzoek, pijn bij aanraking met een wattenstokje wordt gerapporteerd (de Kruiff, ter Kuile, Weijnenborg, & van Lankveld, 2000; Reissing et al., 2004; ter Kuile, van Lankveld, Vlieland, Willekes,

& Weijnenborg, 2005). Verder reageren beide groepen vrouwen met het aanspannen van de bekkenbodemspieren tijdens gynaecologisch onderzoek (de Kruiff et al., 2000; Reissing et al., 2004). Naar aanleiding van deze onderzoeksgegevens is een discussie op gang gekomen over de vraag of het onderscheid tussen vaginisme en dyspareunie zinvol is voor de wetenschappelijke en klinische praktijk en of het wellicht beter is beide diagnoses samen te voegen tot één diagnose te weten de Genitopelviene pijn/penetratiestoornis (GPPPS). De aard van de klacht kan vervolgens op vier verschillende dimensies worden gescoord (de mogelijkheid om te penetreren, de mate van pijn, de mate van angst, en de mate van bekkenbodemspierspanning) waardoor er meer differentiatie mogelijk wordt dan in de oorspronkelijke categorische indeling.

Van dyspareunie en vaginisme tot de Genitopelviene pijn/penetratiestoornis

Een kort historisch overzicht is op zijn plaats om te begrijpen waarom GPPPS in de DSM-5 er anno 2013 zo is komen uit te zien.

In 1980 werden dyspareunie en vaginisme voor het eerst beschreven in de DSM-III als twee afzonderlijke en van elkaar te onderscheiden diagnoses (APA, 1980). Binnen de DSM-III-TR werden dyspareunie en vaginisme als twee van elkaar te onderscheiden diagnoses ondergebracht in de nieuwe categorie seksuele pijnstoornis. Deze onderverdeling bleef gehandhaafd bij de DSM-IV-TR (APA, 2000). Pas begin 2000 is het onderzoek naar dyspareunie en vaginisme goed op gang gekomen. Op basis van deze eerste onderzoeksresultaten stelt Binik in 2005 dat dyspareunia (lees ook vaginisme) beter ge-

Dr. M.M. ter Kuile, klinisch psycholoog, seksuoloog NWS
Correspondentieadres: Polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie, Poortgebouw-Zuid (VRSP), Leids Universitair Medisch Centrum, Postbus 9600, 2300 RC Leiden. T: (+31) 71 526 8032. E: M.M.ter_Kuile@lumc.nl

classificeerd kan worden als een pijnstoornis dan als een seksuele stoornis (Binik, 2005b). Hij stelde dat, in tegenstelling tot alle seksuele stoornissen in de DSM, de seksuele pijnstoornis niet samenhangt met een verstoring van de seksuele responscyclus. Verder wordt deze pijn niet alleen geprovoceerd tijdens seksuele activiteit, maar ook daarbuiten (o.a. door tampongebruik en gynaecologisch onderzoek) worden vergelijkbare pijnklachten gerapporteerd. In tegenstelling tot de classificatie van andere pijnklachten, wordt de classificatie van de seksuele pijnstoornis echter bepaald door het gedrag dat de pijn provoceert (te weten seksuele activiteit). Bij andere pijnklachten wordt de classificatie bepaald door de locatie van de pijn (denk aan hoofdpijn of lage rugpijn) en niet door het gedrag dat de pijn zou provoceren, zoals 'studie' pijn, of 'tennis' pijn. Uit de verschillende reacties op dit artikel werd duidelijk, dat de meesten van zijn collega's niet erg gecharmeerd waren van zijn voorstel om de seksuele pijnstoornis te schrappen uit de DSM-5. De meeste collega's pleitten ervoor om de seksuele pijnstoornis als seksuele stoornis te handhaven (Binik, 2005a). Echt overtuigend waren de argumenten van zijn collega's echter niet. Eind 2007 werd een werkgroep geformeerd, die zich zou bezig houden met de seksuele stoornissen voor de DSM-5. Deze werkgroep bestond uit vier vooraanstaande seksuologen en onderzoekers. Zij hebben eerst alle empirische evidentie op een rijtje gezet voor de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Dit resulteerde in mooie overzichtstudies, waaronder twee artikels over dyspareunie en vaginisme (Binik, 2010a; Binik, 2010b). Op basis van al het wetenschappelijk onderzoek dat tot op dat moment verschenen was werd het eerste voorstel voor de GPPPS gedaan (Binik, 2010b). Het voorstel was om met verschillende symptoomdimensies te gaan werken die daar waar mogelijk geoperationaliseerd worden. In de lijn van Binik's betoog uit 2005 is het woord 'seksueel' uit de naam van de diagnose ge-

schrapt.

Het voorstel uit 2010 (Binik, 2010b) is bijna in zijn geheel overgenomen in de definitieve versie van de DSM-5 (APA, 2013). Twee belangrijke veranderingen hebben zich in de afgelopen jaren nog voorgedaan. Ten eerste wordt in 2010 nog duidelijk gesteld dat er pas van een stoornis gesproken kan worden, wanneer een symptoom (i.e. genitale pijn of angst) in minimaal 50% van de keren ook optreedt. Vanuit het veld kwam het commentaar dat er nog te weinig empirische evidentie is over wat 'veel' of 'weinig' is om te kunnen stellen dat ten minste in 50% van de pogingen pijn zou moeten optreden, alvorens we van een stoornis mogen spreken (Binik, Brotto, Graham, & Seagraves, 2010). Uiteindelijk is het frequentie criterium geheel komen te vervallen en lijkt het weer overgelaten te worden aan de clinicus of hij/zij een frequentie van 10% met een beperkt lijden nog als een stoornis wil diagnosticeren. Ten tweede werd in 2010 nog gesproken over een vijfde dimensie 'medische comorbiditeit'. Op deze vijfde dimensie kon somatisch lijden (b.v. lichen sclerosus of endometriose) worden gerapporteerd die de klachten zouden kunnen verergeren. In de DSM-5 wordt echter gesteld dat een GPPPS niet gesteld kan worden wanneer er duidelijk sprake is van somatische comorbiditeit, die de klachten afdoende zou kunnen verklaren (APA, 2013, p. 437). Tegelijkertijd wordt in de toelichting (APA, 2013, p. 440) beschreven dat dit een onmogelijke opgave is bij GPPPS, want er zal vaak sprake zijn van beide, zowel een somatische als een meer psychologische component. Op basis van deze toch wel wat achterhaalde dualistische visie (lichaam-geest) op somatische klachten is bijvoorbeeld de gehele pijnstoornis uit de DSM-5 verdwenen (APA, 2013, p. 309-310). Daarvoor in de plaats is een minder specifieke somatisch gerelateerde stoornis gekomen: 'psychologische factoren die medische condities beïnvloeden' (316 (F54)) (APA, 2013, p. 322-324). Deze psychologische of gedragsmatige factoren

Tabel 1. De diagnostische criteria voor de Genitopelviene pijn/penetratiestoornis 302.76 (F52.6)¹

A	Recidiverende of voortdurende problemen met een of meer van de volgende punten:
1.	Vaginale penetratie tijdens geslachtsgemeenschap
2.	Duidelijk vulvovaginale of onderbuikspijn tijdens geslachtsgemeenschap of penetratiepogingen
3.	Duidelijke vrees of angst over vulvovaginale of onderbuikspijn in anticipatie op, of tijdens, of als een resultaat van vaginale penetratie
4.	Duidelijke spanning of aanspannen van de bekkenbodemspieren tijdens vaginale penetratie
B	De symptomen onder criterium A bestaan tenminste voor een periode van ongeveer 6 maanden
C	De symptomen veroorzaken een duidelijk persoonlijk lijden
D	De seksuele stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere As-I stoornis (behalve een andere seksuele disfunctie); aan de gevolgen van ernstige relatie problematiek (zoals relationeel geweld) of andere relevante stressoren; aan een middel (drugs) /medicatie of een andere somatische aandoening.
Specificeer	Levenslang: Indien de seksuele disfunctie van het seksuele functioneren altijd aanwezig is geweest Verworven: Indien de seksuele disfunctie ontstaat na een periode van normaal functioneren
Specificeer de huidige ernst	Licht: Aanwijzingen voor beperkt persoonlijk lijden als gevolg van symptomen onder Criterium A Matig: Aanwijzingen voor persoonlijk lijden als gevolg van symptomen onder Criterium A variërend tussen licht en ernstig. Ernstig: Aanwijzingen voor ernstig of extreem persoonlijk lijden als gevolg van symptomen onder criteria A

¹ Vrije vertaling van de Amerikaanse versie van DSM-5; de Nederlandse vertaling verschijnt naar verwachting begin 2014.

hebben een negatief effect op een somatische ziekte of een somatisch symptoom (bv. diabetes, kanker, cardiovasculair lijden, migraine, vermoeidheid, pijn, duizeligheid). Er worden bij deze stoornis geen uitspraken gedaan over de etiologie van de somatische ziekte of symptomen. Hierdoor lijkt de GPPPS in de DSM-5 een beetje achter de feiten aan te lopen.

GPPPS in de DSM-5

GPPPS bestaat uit vier vaak samen voorkomende symptoomdimensies (zie Tabel 1). Voor het stellen van de diagnose is persoonlijk ervaren hinder op slechts een van de dimensies voldoende. Echter alle vier dimensies moeten systematisch geïnventariseerd worden voordat de diagnose kan worden gesteld. De DSM-5 geeft de volgende toelichting bij de vier symptoom dimensies:

Criterion A1

Ervaren problemen met vaginale penetratie variëren van het totaal onmogelijk zijn van elke vorm van penetratie (geslachtsgemeenschap, tampons, gynaecologisch onderzoek) tot het onmogelijk zijn van penetratie in de ene situatie maar niet in de ander situatie. De meest voorkomende situatie is dat de vrouw niet in staat is tot seksuele gemeenschap of penetratie met een partner. Problemen met het gynaecologisch onderzoek kunnen ook aanwezig zijn

Criterion A2

Duidelijke vulvovaginale pijn of pijn in de onderbuik tijdens vaginale penetratie – of penetratiepogingen. Dit criterium verwijst naar verschillende locaties van de pijn. Afhankelijk van de lokalisatie wordt de pijn ingedeeld in: oppervlakkig (vulvovaginale pijn) of diep (pijn onder in de buik, die pas wordt gevoeld bij diepe penetratie). Naast de locatie moet ook de intensiteit van de pijn gescoord worden. Soms treedt de pijn alleen op bij provocatie (b.v. door gemeenschap of wrijving), in andere gevallen kan de pijn zowel spontaan als ook door provocatie optreden. De pijn wordt vaak omschreven als brandend, snijdend, prikkend of kloppend. De pijn kan enige tijd aanhouden na gemeenschap en treedt mogelijk ook op tijdens plassen. De pijn ervaren tijdens gemeenschap kan worden opgeroepen/geprovoceerd tijdens het gynaecologisch onderzoek.

Criterion A3

Vrees of angst voor pijn of in anticipatie op, tijdens of als gevolg van vaginale penetratie is een klacht die vaak gerapporteerd wordt door vrouwen die regelmatig pijn ervaren tijdens geslachtsgemeenschap. Dit is een 'normale' reactie, die mogelijk aanleiding is tot vermindering van seksuele/intieme situaties. In andere gevallen is de gerapporteerde angst/vrees niet een direct gevolg van pijn tijdens penetratie, maar lijkt de angst direct al aanleiding te zijn tot het vermijden van de seksuele /penetratie situatie. Enkelen hebben deze reactie ook beschreven als een fobische reactie, waar

het object dat wordt gevreesd en wordt vermeden de vaginale penetratie of de pijn is.

Criterion A4

Duidelijk aanspannen of gespannen zijn van de bekkenbodemspieren kan variëren van reflexmatige spasmes van de bekkenbodemspieren tot het 'normale/vrijwillige' aanspannen van de spieren in anticipatie op dreigende pijn of door vrees of angst. In het geval van deze normale c.q. beschermende respons is penetratie wel mogelijk tijdens ontspanning van de bekkenbodemspieren. Het in kaart brengen van deze bekkenbodempatiëntiek kan in de meeste gevallen het beste gebeuren door een gespecialiseerde gynaecoloog of bekkenfysiotherapeut.

Voor- en nadelen van de huidige veranderingen

Deze meer dimensionale diagnostiek van de GPPPS volgens de DSM-5 is duidelijk meer in overeenstemming met de bevindingen van wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk dan de oorspronkelijke categorische indeling in de DSM-IV-TR. De hoop is dat dit het onderzoek naar en de behandeling van deze problematiek een stapje verder zal helpen. Hiervoor is het een voorwaarde dat de verschillende dimensies goed in kaart gebracht kunnen worden door klinici en onderzoekers. De eerste drie dimensies kunnen redelijk goed middels zelf-rapportage geïnventariseerd worden. Voor de vierde dimensie 'spanning van de bekkenbodemspieren' wordt verwezen naar een gespecialiseerde gynaecoloog of bekkenfysiotherapeut. Zover ik weet zijn er nog steeds geen betrouwbare en valide meetinstrumenten voorhanden, die de mate van bekkenbodemspierspanning goed in kaart kunnen brengen.

Nu vrees/angst voor pijn of penetratie als specifieke dimensie is opgenomen bij de GPPPS, vind ik het jammer dat er niet een vijfde dimensie is toegevoegd aan de GPPPS, die specifiek 'het vermijdingsgedrag' in kaart brengt. Bij andere stoornissen, waarbij angst en vrees een rol spelen (o.a. fobieën) is vermijding wel een apart symptoom. Nu wordt het vermijdingsgedrag alleen besproken bij de toelichting van de angst/vrees-dimensie. Er zijn echter vrouwen die wel veel angst voor pijn rapporteren, maar deze situatie nauwelijks of niet vermijden en er bestaat een andere groep vrouwen die met vergelijkbare angstniveaus deze situatie zoveel mogelijk vermijdt en soms zelfs zo goed uit de weg gaat, dat weinig angst meer wordt ervaren.

Voor onderzoekers en klinici, die vrouwen zien met de klacht 'gemeenschap is nog nooit gelukt' ondanks pogingen en de wens daartoe, moge het duidelijk zijn dat met de DSM-5 in de hand de diagnose 'primair vaginisme' niet meer is te stellen. Deze vrouwen zullen hoog scoren op de dimensie primair 'penetratieprobleem'. Echter bij het scoren van deze dimensie is het mij nog niet duidelijk of gemeenschap nooit gelukt is. Op dit moment staat het onderzoek naar vrouwen met

primair vaginisme nog in de kinderschoenen. Er zijn enkele aanwijzingen, dat vrouwen met primair vaginisme zich onderscheiden van vrouwen met dyspareunie op mate van angst, afkeer en vermijdingsgedrag. Verder is bekend dat een behandeling, die gericht is op het verminderen van de angst en het vermijdingsgedrag zeer effectief is voor deze vrouwen. We weten nog onvoldoende of vrouwen met 'primair vaginisme' zich inderdaad alleen dimensioneel onderscheiden van vrouwen met 'dyspareuniekklachten' of dat er hier toch sprake is van een andere diagnostische categorie. Daarom zou ik graag nog een subtype hebben toegevoegd net zoals dat gebeurd is bij de vrouwelijke orgasmestoornis waarbij gespecificeerd kan worden dat 'de penetratie nooit is gelukt'. Dit voorstel impliceert niet dat 'vaginisme' terug komt als diagnose binnen de GPPPS, maar wel dat er nog aandacht blijft bestaan voor deze specifieke categorie vrouwen.

De Engels naam van de stoornis *genito-pelvic pain/penetration disorders* is misschien wel een juiste beschrijving van deze stoornis, maar een goede Nederlandse vertaling is niet zo eenduidig te geven en zorgt mogelijk voor verwarring, althans bij mij. In overleg met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, die de Nederlandse vertaling van de DSM-5 voor haar rekening neemt, werd gekozen voor de term genitopelviene pijn/penetratiestoornis. Deze vertaling blijft weliswaar zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke Engelse naam, maar het begrip is relatief nieuw in het Nederlands en kan tot vragen leiden.

Deze vragen kunnen onder andere veroorzaakt worden doordat het woord 'seksueel' uit de benaming van de stoornis GPPPS is verdwenen. In de toelichting bij de verschillende dimensies van GPPPS wordt pas duidelijk dat GPPPS alleen gediagnosticeerd kan/mag worden als een symptoom ten minste ook in de seksuele situatie optreedt. Het dubbele gevoel blijft: hebben we het hier over een genitaal pijnprobleem bij de ene vrouw (Binik, 2005a) of over een penetratiefobie bij de andere vrouw (ter Kuile et al., 2009), beiden met specifieke gevolgen voor de seksuele situatie, of hebben we het hier over een seksueel pijn/penetratieprobleem, met pijn en angst/vreesdimensies. Nu deze problemen opnieuw zijn ondergebracht bij de seksuele stoornissen had ik het prettig gevonden ook het woord 'seksueel' terug te vinden in de benaming van deze stoornis.

Voor mannen met pijn in de seksuele situatie is het niet meer mogelijk om de diagnose GPPPS te stellen. Gesteld wordt dat het onderzoek en de klinische ervaring met mannen met pijn in de seksuele situatie te beperkt is om te kunnen stellen dat de GPPPS ook bij de man gediagnosticeerd kan worden. Mannen die volgens de criteria van de DSM-IV-TR een seksuele pijnstoornis kregen, zullen in de DSM-5 worden gediagnosticeerd met een andere nader gespecificeerde of niet nader gespecificeerde seksuele stoornis (zie ook Van Lankveld, 2013).

Literatuur

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (Fourth edition, and Text revision)*. DC: Washington.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition*. Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Binik, Y. M. (2005a). Dyspareunia looks sexy on first but how much pain will it take for it to score? A reply to my critics concerning the DSM classification of dyspareunia as a sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 63-67.
- Binik, Y. M. (2005b). Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 11-21.
- Binik, Y. M. (2010a). The DSM Diagnostic Criteria for Dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 292-303.
- Binik, Y. M. (2010b). The DSM Diagnostic Criteria for Vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 278-291.
- Binik, Y. M., Brotto, L. A., Graham, C. A., & Segraves, R. T. (2010). Response of the DSM-V Sexual Dysfunctions Subworkgroup to Commentaries Published in JSM. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2382-2387.
- De Kruijf, M. E., ter Kuile, M. M., Weijnen, P. T. M., & van Lankveld, J. J. D. M. (2000). Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21, 149-155.
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalife, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2004). Vaginal spasm, pain, and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 5-17.
- Ter Kuile, M. M., Bulte, I., Weijnen, P. T. M., Beekman, A., Melles, R., & Onghena, P. (2009). Therapist-Aided Exposure for Women With Lifelong Vaginismus: A Replicated Single-Case Design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 149-159.
- Ter Kuile, M. M., van Lankveld, J. J. D. M., Vlieland, C. V., Willekes, C., & Weijnen, P. T. M. (2005). Vulvar vestibulitis syndrome: An important factor in the evaluation of lifelong vaginismus? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26, 245-249.
- Van Lankveld, J.J.D.M. (2013). Seksuele disfuncties van mannen in DSM-5. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 141-147.

Summary

Genito-pelvic Pain/Penetration Disorder

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Text Revision) (DSM-IV-TR) distinguishes between dyspareunia and vaginismus. This distinction has been merged in DSM-5.

Contrary to DSM-IV-TR, in DSM-5 dyspareunia cannot be classified in men.

The main arguments for these changes are being reviewed and the new criteria of the Genito-pelvic Pain/Penetration Disorder are given as well as the advantages and disadvantages of DSM-5 with respect to DSM-IV-TR.

Keywords: Genito-pelvic Pain/Penetration Disorder, dyspareunia, vaginismus, sexual pain, DSM-5

Trefwoorden: genitopelviene pijn/penetratiestoornis, dyspareunie, vaginisme, DSM-5