

Forum

Gemeenschap door de pijn heen? Waar zijn we mee bezig?

Een reactie op ‘VVS/provoked vulvodynia: An important aspect in the evaluation and treatment of lifelong vaginismus?’, een bijdrage van dr. Moniek ter Kuile, klinisch psycholoog en seksuoloog NVVS aan het LUMC te Leiden op het symposium “Dyspareunie bij vrouwen een pijnlijke kwestie” - 27 juni 2008.

Tijdens het middagsymposium over dyspareunie bij vrouwen was er weliswaar een discussie mét opponenten aangekondigd, maar dit bleek meer een stellingname van opponenten te zijn. Er was nauwelijks ruimte voor uitwisseling met de zaal, terwijl de tegenstellingen essentieel waren. Vandaar dat wij met deze reactie een bijdrage willen leveren aan de discussie binnen de NVVS.

We willen met name reageren op het onderzoek dat Moniek ter Kuile presenteerde en waarin zij uiteenzette dat er een grote mate van succes is bij de behandeling van primair vaginisme. Opvallend aan de opzet van de onderzochte behandeling is, dat het een sterke inzet pleegt op het doorbreken van vermijding bij angst, door snel en intensief te behandelen (sessies zeer kort op elkaar), gedrags-therapeutisch: het inbrengen van pelotten, grotendeels in aanwezigheid van de partner en de therapeut. Dat geeft vertrouwen en helpt door de angst heen te gaan. De kans op succes is maximaal. Tot zover geen probleem.

Maar is het ook nodig om *door de pijn heen te gaan* zoals de spreker stelde? Is het nodig dat gemeenschap lukt maar *dat de pijn blijft*? Zegt het lijf dat er een niet willen is (een vaginistische reactie op een moeten maar niet willen), of is er een oude angstreactie vast gaan zitten terwijl de vrouw in het heden wel graag wil? We gaan ervan uit dat de onderzoeksters dit laatste bedoelen: een levenslang onvermogen tot gemeenschap terwijl de wens er wel is. Wat te doen als seksuoloog? De vrouw leren de pijn te negeren? Om succesvol gemeenschap te kunnen hebben mét pijn? En dan later een cursus ‘genieten tijdens seks’ te volgen waardoor wellicht de pijn zal verminderen, zoals de spreker stelde?

Wij denken dat het anders moet.

Onze stelling is dat begeleiding van een vrouw met primair vaginisme een traject is dat eerst een aantal stadia moet hebben doorlopen voordat deze gedragstherapeutische

aanpak ingezet zou moeten worden. De seksuoloog kan daarin samenwerken met een fysiotherapeut op haptonomische basis of een bekkenbodempysiotherapeut, en met een haptotherapeut. Zo’n opbouw zou er als volgt uit kunnen zien:

- psycho-seksuele educatie
- assessment van de relatie
- bewerking psycho-seksuele trauma’s
- (levens)lust ervaren
- bekkenbodempysiotherapie (haptonomie of bekkenbodempysiotherapie)
- het (onder) lichaam ‘bewonen’ (haptotherapie)
- de eigen verstrakkings-respons op belasting verkennen (haptotherapie of bekkenbodempysiotherapie)
- omgaan met pijn (haptotherapie)

Het gaat dan niet om het door de pijn heen gaan, maar *naar de pijn toe* voelen, er contact mee maken en *door de pijn heen voelen naar de ander*. In dat contact treedt bij de vrouw verzachting op en pas als daardoor de pijn wegzakt kan er meer;

- alleen en met de partner thuis oefenen
- geruststelling en bemoediging van de seksuoloog zijn essentieel.

Soms is dat niet genoeg. Er is dan vaak sprake van *vermijding van het oefenen*. Het gaat te lang duren en dat werkt ontmoedigend. Dan kan een korte intensieve interventie zoals bij het LUMC goed werken. Het is directief, de partner moet mee, er moet vrij voor genomen worden, alles is op slagen gericht. De therapeut is aanwezig bij het oefenen en helpt over drempels heen. De vrouw heeft dan genoeg ondergrond om als er pijn is, daarmee om te gaan in plaats van doorheen te gaan. In feite is dat ook de ervaring van een cliënt die na een half jaar seksuologische hulpverlening en haptotherapie bij het LUMC succesvol is behandeld. Ze meldde terug dat ze er blij mee is, maar ook dat ze het nooit gekund had zonder wat ze in de eerdere therapie had geleerd.

Het zal u duidelijk zijn: wij houden een betoog om de ‘LUMC’-behandeling in te zetten als fase in de behandeling, pas nadat veel bewerkt is, seksualiteit ervaren wordt als plezier, het hele lichaam eigen is gemaakt en zeker pas nadat *door de pijn heengaan niet nodig is*.

Els Plooi, gz-psycholoog, haptotherapeut, lid NVVS
Judith van Verseveld, psychotherapeut, seksuoloog NVVS

Begeleide exposure behandeling voor vrouwen met primair vaginisme:

Een reactie op “Gemeenschap door de pijn heen? Waar zijn we mee bezig?” van collega’s Els Plooi en Judith van Verseveld

Allereerst wil ik de collega’s Plooi en van Verseveld hartelijk danken voor hun reactie op mijn voordracht op 27 juni over de behandeling van vaginisme waarvan op dit

momentde effectiviteit wordt onderzocht in Maastricht en Leiden. Deze reactie biedt me de gelegenheid iets meer in te gaan op de rationale en de uitvoering van de behandeling.

Over de etiologie van vaginisme wordt veel gespeculeerd, echter het onderzoek naar de etiologie van deze seksuele disfunctie is uiterst beperkt. Eén van de mogelijke verklaringsmodellen voor vaginisme is dat negatieve cognities rondom penetratie een rol spelen bij het in stand houden van de klachten (Reissing, Binik, Khalife, Cohen & Amsel, 2004). Volgens het cognitief-gedragsmatige model wordt een vaginistische reactie gezien als een (klassiek) geconditioneerde angstrespons op angstige/negatieve seksuele penetratie cognities. Vanuit het cognitieve perspectief wordt verondersteld dat met name angstige cognities over penetratie de angst voor en vermijding van penetratie stimuli in stand houden. Tijdens exposure therapie komt de patiënte in aanraking met corrigerende informatie betreffende deze disfunctionele angst oproepende cognities, waardoor deze veranderen en daarmee de angst en het vermijdingsgedrag verminderen.

Veel voorkomende angstige gedachten bij deze groep vrouwen zijn dat 'er iets zal beschadigen', of dat 'het niet past', of dat 'het vreselijk pijnlijk is'. Een exposurebehandeling richt zich op het blootstellen aan deze angstige gedachten. Deze angsten kunnen alleen maar afnemen als deze angstige cognitie onjuist blijkt te zijn, aangezien 'het blijkt te passen', 'er niets kapot is gegaan' en het 'geen vreselijke pijn doet'. Angst voor de pijn kan alleen maar afnemen, als deze angstige cognitie onjuist blijkt te zijn. Dat wil dus zeggen *in geen geval* door de pijn heen gaan. Als de indruk is gewekt dat we in Leiden en Maastricht zo te werk gaan dan dient dat snel gecorrigeerd te worden. Wij laten de vrouw en haar partner juist onderzoeken waar ze bang voor zijn. Dus als ze bang is voor de pijn dan wordt gevraagd de aandacht te richten op het onprettige gevoel en te benoemen wat ze precies voelt. Als therapeut begeleid je de vrouw en haar partner om in deze situatie een nieuwe corrigerende ervaring op te laten doen. Dit wil dus zeggen dat we pas weer verder gaan met de volgende stap als de pijn zakt, afgenomen is, en bij voorkeur helemaal weg is. Het streven hierbij is dat de vrouw en haar partner ook weten wat van belang is om de pijn te doen laten zakken. Het gaat hier om een nieuwe corrigerende ervaring: het weten dat de pijn kan zakken /verdwijnen, zonder dat men de situatie behoeft te vermijden of men uit de situatie moet weggaan (ontsnappen). Deze corrigerende ervaring is een voorwaarde om de angst voor de pijn of angst voor iets anders te kunnen laten zakken en daarmee een belangrijke eerste stap op weg naar pijnloze penetratie.

Voor een deel van de paren lijkt dit gedeelte van de behandeling voldoende te zijn. Zij leren hoe ze gemeenschap

kunnen hebben en kunnen dat zelf goed integreren in een al bestaande plezierige seksuele relatie. Voor andere paren zal het nodig/wenselijk zijn om in tweede instantie eveneens aandacht te besteden aan een plezierige/opwindende seksuele relatie, waaronder gemeenschap. Op dit moment bieden wij elk paar drie maanden na de start van de exposurebehandeling een vervolgbehandeling van 3 'sessies' aan. Doel van deze vervolgbehandeling is stil te staan bij plezierige en opwindende seks, alleen of samen, waaronder gemeenschap. Of de vrouw en haar partner ook daadwerkelijk baat hebben bij dit vervolgaanbod zal binnenkort duidelijk worden.

In Leiden en Maastricht doen wij eigenlijk niet zo heel veel anders dan in de rest van Nederland. Het grote verschil is wel dat we met deze begeleide exposurezittingen in het ziekenhuis vermijding zo veel mogelijk voorkomen. Daarnaast bieden wij niet meer de verschillende therapeutische ingrediënten tegelijkertijd aan, zoals wij dat tot voor kort wel deden (zie Melles et al., 2006). Wij hebben er bewust voor gekozen om nu therapieonderdelen in stapjes achter elkaar aan te bieden. Of de inhoud en de volgorde van onze stapjes de juiste zijn, dat zal nader onderzoek moeten uitwijzen. Ruim 70% van de vrouwen die aan de huidige studie mee heeft gedaan, heeft al eerder hulp gehad, echter zonder het beoogde resultaat van gemeenschap. Het is goed mogelijk dat zij dankzij deze eerdere hulpverlening, nu veel beter op de behandeling reageerden dan als zij dat niet hadden gehad. Echter het tegendeel zou ook waar kunnen zijn. Het is denkbaar dat vrouwen/paren op een eerder moment snel en effectief geholpen hadden kunnen zijn en daardoor veel persoonlijk leed en een onnodige weg door de hulpverlening voorkomen had kunnen worden. Het zijn nog veel onbeantwoorde vragen waarop niet alleen wij graag een antwoord zouden willen hebben. Wij hopen binnen twee jaar enkele van deze vragen te kunnen beantwoorden. Echter er zullen zeker weer net zoveel vragen bij komen, zoals uit de reactie van Els Plooi en Judith van Verseveld blijkt....vragen die om gefundeerde antwoorden vragen.

Moniek ter Kuile, klinisch psycholoog, seksuoloog NVVS

Literatuur

- Melles, R.M., de Groot, E., van Lankveld, J.J.D.M., ter Kuile, M.M., Nefs, J., & Zandbergen, M. (2006). De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij primair vaginisme: De resultaten van een gerandomiseerde gecontroleerde studie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 195-203.
- 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.