

## Forum

### ***Nogmaals: waar zijn wij precies mee bezig? Een verlengde discussie.***

Wat eraan voorafging:

- Er loopt een onderzoeksproject over begeleide exposure bij primair vaginisme in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en Maastrichts Universitair Medisch Centrum (MUMC);
- Moniek ter Kuile deed hierover een voorlopig verslag tijdens het Dyspareunie-symposium in Leiden op 27 juni 2008, waarop uit de zaal kritische geluiden kwamen over de manier waarop er met het pijnaspect omgegaan wordt;
- Een schriftelijke weergave van de tegenstellingen verscheen in de Forumrubriek van dit tijdschrift (Plooi & van Verseveld, 2008; ter Kuile, 2008);
- Ter Kuile nuanceert de gewekte suggestie dat de cliënten “door de pijn heen” naar penetratie worden geleid en expliciteert het onderzoeksdoel. Men wil, op zoek naar bewijs voor een cognitief-behavioristisch verklaringsmodel, vermijding zo krachtig mogelijk voorkomen en daartoe kiest men bewust voor successievelijk aanbieden van verschillende therapeutische elementen. De groep hoopt op rationele wijze een optimale volgorde te kunnen vinden.

Plooi en Van Verseveld (2008) reageren evident vanuit het patiëntenperspectief. “Zo ga je niet met mensen om”, lees ik tussen de regels door. Ter Kuile verdedigt zich door te wijzen op een “vervolgbehandeling” van drie sessies, die men drie maanden na de exposure aanbiedt aan de paren bij wie de coïtuscompetentie niet tot plezieriger seks geleid heeft. Drie sessies! Is dat niet erg zuinig? Zijn er in de Medisch-ethische commissie die dit vervolgproject moest beoordelen geen wenkbrauwen omhoog gegaan over dit aspect?

Deze aanpak bezorgde ons een *déjà-vue*-gevoel. In een oude monografie uit het Amsterdamse Aletta Jacobshuis (Thoben & Moors, 1979) wordt de praktijk aldaar in de jaren '72 – '75 beschreven. Ook in die setting speelde de behandeling zich vrijwel geheel op de behandeltafel af, in aanwezigheid van partner en (mannelijke) arts. Het paar werd tien keer gezien, met intervallen van een week waarin ook thuis geoefend werd. Zoveel mogelijk werd ernaar gestreefd dat de echtgenoot de aanrakingen verrichtte. Thoben had in 3 jaar ongeveer 100 paren behandeld, maar een naonderzoek om de resultaten te objectiveren mislukte door een te lage respons. Het hoge percentages studenten in de groep kan daar debet aan zijn; velen zullen in het follow-up-interval

verhuisd zijn. Thoben moest zich dus beperken tot klinische observaties, en de meest opmerkelijke was deze:

*“...dat een belangrijk deel van de paren, ik denk wel méér dan de helft, zo weinig blij is geweest met het opheffen van het probleem; dit dan gedefinieerd als: coïtus mogelijk. Ik merk eerder een reactie van verbazing, van teleurstelling, van verlies dan echte opgeluchtheid en blijheid wanneer het paar mij het goede nieuws komt mededelen.” (p. 31)*  
Effectiviteit ter zake van één behandeldoel garandeert dus geen satisfactie.

Onze reden om de polemie te verlengen is niet het patiëntenbelang, maar het belang van de seksuologie als professie. De Leidse en Maastrichtse groepen verdienen zeker respect voor hun streven om de aanpak van een zo complex probleem als vaginisme op experimentele wijze van een rationale te voorzien. Maar methodisch correct wil nog niet zeggen: overtuigend. Ter Kuile kan na dit onderzoek uitspraken doen over een groep vrouwen wier problematiek (ongetwijfeld correct) als vaginisme geclassificeerd kon worden en die een methode accepteerden die, laten we er niet omheen draaien, meer dan een beetje intrusief is. Voor een subgroep van de vrouwen die van hun vaginisme afwillen (en, naar onze inschatting, geen kleine) zal deze aanpak absoluut voorbij hun incassersvermogen liggen. De relevantie van dit onderzoek wordt hierdoor beperkt. Realiseren Ter Kuile c.s. zich dat voldoende? In de laatste alinea verheelt zij niet dat het grote doel natuurlijk is: vaststellen “..of de inhoud en de volgorde van onze stapjes de juiste zijn”. Bedoelt zij dan: voor alle vrouwen die vanwege vaginisme een hulpverlener raadplegen? Is dat wel realistisch? Hebben zij zich in hun vormgeving niet veel te ver van de kliniek van alledag verwijderd?

Daarover gaat onze zorg, want onderzoeken zoals deze leiden makkelijk tot generalisatie. Waar men binnen een probleemgebied over 10 % kennis beschikt, en 90 % complexiteit waar de kaart nog maagdelijk wit is, daar dreigt die 10 % overgewaardeerd te worden. En dat is niet ongevaarlijk in een tijd waarin met man en macht gezocht wordt naar rationele sturing van behandelroutines (evidence-based clinical practice). Stel dat t.z.t. een commissie gaat streven naar een protocol voor DE behandeling van vaginisme, dan liggen Ter Kuile's onderzoeken ongetwijfeld op de stapel mee te wegen evidence. Wij mogen hopen dat een zichzelf respecterende commissie de beperkte reikwijdte van dit onderzoek dan nog herkent, maar het is verleidelijk om “een hoog succespercentage op het exclusieve behandeldoel vaginale penetratie” bij een groep extreem-gemotiveerden te vertalen in “een succesvolle vaginismetherapie” voor allen.

Door geneesmiddelenonderzoek is de hulpverlenerswereld al aardig vertrouwd geraakt met het generaliseren van resultaten. Die sector wordt ons inziens terecht steeds kritischer gevolgd. Als grote financiële belangen een positieve uitkomst urgent maken, dan moeten we de verhouding tussen onderzoeksopzet en resultaat goed tegen het licht houden. Voor de experimentele groep gelden soms zoveel exclusiecriteria dat men beslist niet meer kan spreken van een aselechte doorsnee van lijders. Bovendien impliceert het deelnemen aan een experiment, naast het te onderzoeken

farmacon, altijd een hoger niveau van bewust bezig zijn met de problematiek. Geen wonder dus dat resultaten, behaald in goed gecontroleerde opzetten soms in de natuurlijke habitat van de hulpverlening verdampen als sneeuw voor de zon. Voor de komst van de erectiepillen was het niet zo moeilijk om researchartikelen te vinden waarin Yohimbine bij mannen met erectiestoornissen beter scoorde dan placebo (dat ook altijd redelijk succesvol was). Veel moeilijker was het om een collega te vinden die weleens een positief effect bereikt had bij zijn cliëntèle, terwijl velen het toch weleens voorgeschreven hadden.

Een van ons (W.W.S.) was betrokken bij de introductie van de testosteronpleister voor vrouwen, en op een minisymposium over dit onderwerp werd met grote nadruk betoogd hoe klein de groep vrouwen is waarvoor die medicatie geïndiceerd is. Desalniettemin verschenen in de publieksmedia jubelverhalen zoals “libidopil voor vrouwen eindelijk voor iedereen bereikbaar”. In het tv-programma “Rayman is laat” werd gesproken over “een peppil voor de vrouw”. Dat de grote groep vrouwen die weinig spontane behoefte heeft aan seks veel te winnen heeft met een hoger niveau testosteron is nog nergens bewezen. Maar de praktijk van de artsen-seksuologen wordt al wel degelijk geconfronteerd met vrouwen die hen consulteren met een medicamenteuze verwachting.

Van zowel farmaceuten als financiers mogen wij veronderstellen dat het belang van de man of vrouw met een seksprobleem makkelijk ondergesneeuwd raakt onder het financiële motief en daarom moeten wij alert zijn op therapieonderzoek dat zich leent voor generaliserende conclusies. Op niet-medicamenteus terrein kunnen we vergelijkbare hinder ondervinden van onzuiver gegeneraliseerde “evidence” uit RCT’s (randomized controlled trials). In psychotherapieonderzoek (waaraan wij ons bij dit onderwerp het meest willen spiegelen) dreigt ook steeds overschatting van de reikwijdte. Wij zijn vast niet de enigen die met enige meewarigheid de pretenties bezien van de collega’s die zich verzameld hebben onder het banier van de cognitieve gedragstherapie. Juist naar aanleiding van het voorbeeld vaginisme is er ook in de VS krachtig gefulmineerd tegen de dominantie van de cognitieve stroming, zowel bij de conceptualisatie als bij de gepropageerde behandelmodi (Shaw, 1994). Zij haakt aan bij het therapeutische concept van differentiatie, zoals dat in Nederland populair geworden is door de frequente bezoeken van David Schnarch. De vrouwen die zich aanmelden vanwege vaginisme hebben meer aan flexibele therapeuten die hun behandelplannen opstellen op basis van kenmerken van de individuele cliënt. Er zou ook best weer eens gediscussieerd kunnen worden over behandeldoelen die niet volledig op penetratiecompetentie gericht zijn (Bezemer, 1985). Zelfs de fameuze groep rond Binik (Reissing e.a., 2003) eindigt een onderzoek naar psychologische determinanten van vaginisme en VVS/provoked vulvodinia met de conclusie: “If this view is correct, treatment for vaginismus must go beyond the focus of working on vaginal containment toward a more holistic and developmental view of women’s sexuality” (p. 57). Zoals een grote groep Nederlandse klinici, met name de psycho-

therapeutisch geschoolden, de bezoekers van Schnarch’s seminars al jarenlang doen, denken wij dan.

Wij bezien met enige verontrusting de manier waarop financiers en beleidsmakers soms op de loop gaan met onderzoeksuitkomsten uit de hoek van de Cognitieve Gedragstherapie. Voor hen is een “behandeling” van 3 sessies ongetwijfeld een sieraad voor de stepped-care filosofie. Misschien zijn wij paranoïde, maar dat belet de verzekeraars niet om ons vakgebied uit te kleden en onze inhoudelijke betrokkenheid secundair te stellen aan hun beheersbaarheidsidealen. En als collega’s de munitie leveren waarmee hulpverleners opgejaagd worden, dan moeten wij hen daarop aanspreken.

En als tegengif leveren wij, om het goede voorbeeld te geven, in dit nummer een n=1-beschouwing waarin de complexiteit van vaginisme centraal staat.

Jelto Drenth, arts-seksuoloog-NVVS

Willibrord Weijmar Schultz, gynaecoloog-seksuoloog-NVVS

#### Literatuur:

- Bezemer, W. (1985). Een groepsbehandeling van vaginisme. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 9, 16-24.
- ter Kuile, M. (2008). Begeleide exposurebehandeling voor vrouwen met primair vaginisme. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 163-164.
- Plooi, E., & van Verseveld, J. (2008). Gemeenschap door de pijn heen? Waar zijn we mee bezig? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 163.
- Reissing, E.D., Binik, Y.M., Khalifé, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2003). Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29, 47-59.
- Shaw, J. (1994). Treatment of primary vaginismus: A new perspective. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20, 46-55.
- Thoben, A., & Moors, J. (1979). *Vaginisme; een behandelingsvorm en een discussie over een aantal aspecten*. Deventer: NISSO/van Loghum Slaterus.

Naschrift van de redactie: Dr. M.M. ter Kuile is gevraagd om een reactie te schrijven op deze Forumbijdrage.