

De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij primair vaginisme: De resultaten van een gerandomiseerde gecontroleerde studie

Reinhilde Melles, Ellen de Groot, Jacques van Lankveld, Moniek ter Kuile,
Janneke Nefs, Maartje Zandbergen

Academisch Ziekenhuis Maastricht, Leids Universitair Medisch Centrum, Universiteit Maastricht

Samenvatting

In deze studie zijn 117 vrouwen met primair vaginisme behandeld met cognitieve gedragstherapie (CGT). De vrouwen werden at random verdeeld over 3 groepen: a) cognitieve gedragstherapie in een groep (n = 33), b) cognitieve gedragstherapie middels bibliotherapie (n = 27), c) een wachtlijst-controlegroep (n = 33). De behandeling duurde 3 maanden. De controlegroep werd na drie maanden alsnog at random verdeeld over de beide behandelcondities. De groepsbehandeling bestond uit 10 sessies van 2 uur, de bibliotherapie werd ondersteund met 6 telefonische therapeutische contacten van 15 minuten. De vrouwen in beide behandelcondities volgden hetzelfde therapeutisch protocol. Ingrediënten van de behandeling waren: psycho-educatie over seks, ontspanningsoefeningen, bekkenbodemspieroefeningen, graduele exposure en cognitieve therapie. Het einddoel van onze behandeling was het kunnen hebben van gemeenschap. Subdoelen waren niet-coïtale vormen van penetratie en het verbeteren van de seksuele satisfactie.

Van de behandelde deelnemers was 18% in staat tot een volledige coïtus aan het einde van de therapie, vergeleken met 0% van de 33 controlegroepdeelnemers. Beide behandelcondities vertoonden geen significante verschillen in resultaat. Bij de follow-up 12 maanden na afsluiting van de behandeling was 26% van de 33 deelnemers aan de groepstherapie en 29% van de 27 deelnemers van de bibliotherapie in staat tot coïtus. De andere penetratiematen lieten een sterke verbetering zien direct na afloop van de behandeling. In de periode na de behandeling liep het penetratiegedrag weer terug.

De behandeling had geen meetbaar effect op seksueel verlangen, opwinding, orgasme en seksuele satisfactie van de vrouwelijke deelnemers. De relationele en algemene levenssatisfactie van de vrouwelijke deelnemer en haar partner veranderde evenmin. Op grond van deze resultaten pleiten de auteurs voor een klachtgerichte behandeling van vaginisme. Het focus van de behandeling zou graduele exposure moeten zijn, waarbij vermijdings- en ontsnappingsreacties worden doorbroken teneinde de angst voor de coïtus te verminderen.

Drs. R. Melles, GZ-psycholoog - seksuoloog NVVS, Academisch Ziekenhuis Maastricht, Afdeling Medische Psychologie. T: +31 43 3875686; F: +31 43 3875682; E: rme@smmp.azm.nl

Drs. H.E. de Groot, GZ-psycholoog - seksuoloog NVVS, Leids Universitair Medisch Centrum, polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie.

Dr. J. van Lankveld, klinisch psycholoog - psychotherapeut - seksuoloog NVVS - universitair hoofddocent, Universiteit Maastricht, Departement Medische, Klinische en Experimentele Psychologie.

Dr. M.M. ter Kuile, GZ-psycholoog - psychotherapeut - seksuoloog NVVS, Leids Universitair Medisch Centrum, polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie.

Drs. J. Nefs, psycholoog.

Drs. M. Zandbergen, psycholoog, Gelderse Roos, Arnhem.

Ontvangen: 9 maart 2006; Geaccepteerd: 12 september 2006.

Vaginisme bij vrouwen wordt gedefinieerd als een persisterend onvermogen tot het vaginaal toelaten van de penis, ondanks de uitdrukkelijke wens van de vrouw zelf om gemeenschap te hebben. Door het onvrijwillig aanspannen van de bekkenbodemspieren wordt de vagina vernauwd of afgesloten. Een aantal vrouwen reageert tevens vaginistisch bij het inbrengen van een tampon, vinger, pelote (kunststaaf) of speculum (Shafik & El Sibai, 2002). Vrouwen met primair vaginisme zijn nooit in staat geweest tot coïtus. Vrouwen met secundair vaginisme zijn niet meer in staat tot coïtus, nadat zij dit eerder wel konden. Slechts zelden wordt door lichamelijk onderzoek bij vrouwen met een vaginistische reactie een somatische oorzaak gevonden voor de klacht, in de vorm van een stug hymen of een congenitale afwijking, zoals

een septum of vaginale agenesie. Uit onderzoek blijkt dat 50 tot 100% van de vrouwen met primair vaginisme pijn aan de ingang van de schede ervaart bij aanraking met een wattenstokje (Reissing, Binik, Khalife, Cohen, & Amsel, 2004; Ter Kuile et al., 2006).

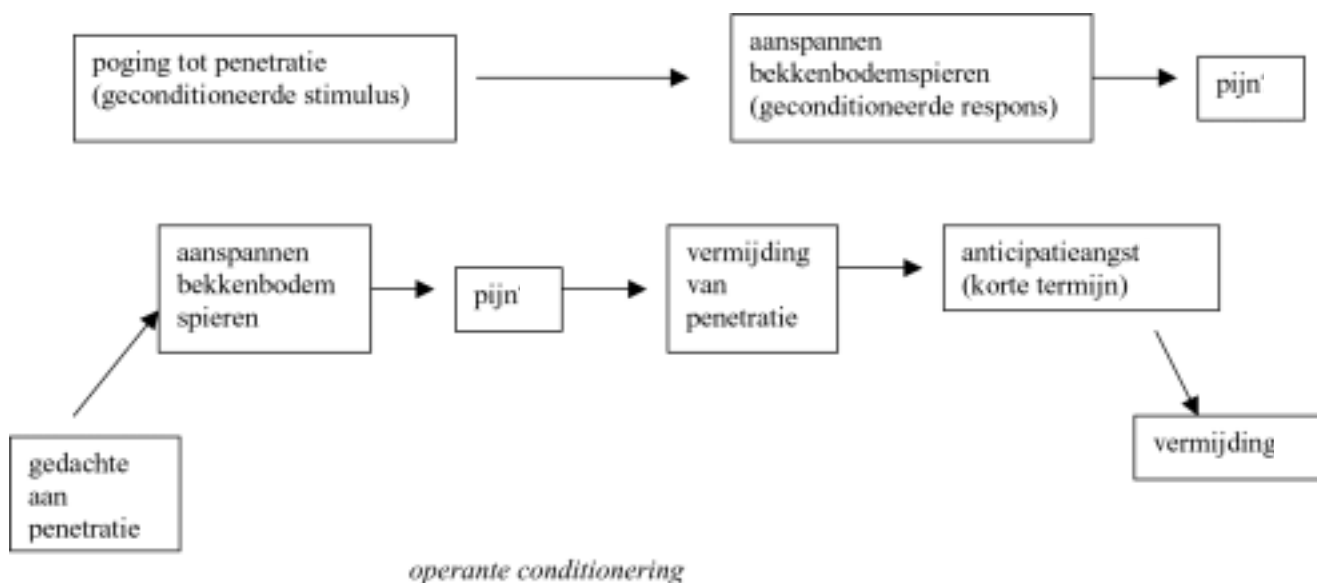
Over psychologische verklaringen is veel gespeculeerd (Shaw, 1994; Sheinfeld, Roshka, Finkelshtein, & Davis, 2001; Silverstein, 1989; Ward & Ogden, 1994). Vrouwen met een vaginistische reactie zouden meer negatieve ervaringen hebben met seksualiteit. Onderzoek van Reissing e.a. (2003) toonde aan dat vrouwen met vaginisme als kind vaker negatieve seksuele ervaringen hebben, maar niet als volwassene (Reissing, Binik, Khalife, Cohen, & Amsel, 2003). In Nederlands onderzoek werd echter geen verhoogde prevalentie van seksueel geweldservaringen gevonden bij vrouwen met vaginisme (van Lankveld et al., 1995). Wat betreft seksuele kennis, houding ten opzichte van seksualiteit, psychoneurotische klachten (Kennedy, Doherty, & Barnes, 1995) of (on)tevredenheid over de relatie verschillen vrouwen met een vaginistische reactie niet van vrouwen zonder deze klacht. (Reissing, Binik, Khalife, Cohen, & Amsel, 2003). Wel functioneren vrouwen met vaginisme in seksueel opzicht in mindere mate en hebben zij een minder positief seksueel zelfbeeld in vergelijking met vrouwen zonder pijn. Vrouwen met vaginisme rapporteren namelijk minder seksueel verlangen, seksueel plezier, lichamelijke opwinding en zelfstimulatie in vergelijking met vrouwen zonder seksuele klacht (Reissing, Binik, Khalife, Cohen, & Amsel, 2003).

Een verklaring voor de vaginistische reactie is tevens gezocht in een chronisch verhoogde bekkenbodemspansing. In experimenteel onderzoek (van der Velde & Everaerd, 1999) vond men echter geen ver-

schil in basisspanning van de bekkenbodemspieren tussen vrouwen met en vrouwen zonder vaginisme. In deze studie bleken beide groepen bovendien even goed bewuste controle te kunnen uitoefenen over de bekkenbodemspansing.

Volgens het leertheoretisch model wordt vaginisme door een klassiek conditioneringsproces verworven en door een operant conditioneringsproces in stand gehouden (Wincze & Carey, 1991; Mowrer, 1947).

De empirische ondersteuning voor het leertheoretisch model is nog beperkt. Zo is nog nooit onderzocht of bij alle vrouwen met vaginisme de klacht is ontstaan door een pijnervaring bij een poging tot penetratie. Van de Velde en Everaerd (2001) vonden dat vrouwen met en zonder vaginistische reactie met verhoogde bekkenbodemspansing reageren op angstinducerende of bedreigende stimuli (van der Velde & Everaerd, 2001; van der Velde, Laan, & Everaerd, 2001). Vaginistische vrouwen rapporteren meer angst voor pijn, angst voor de coïtus en negatieve herinneringen aan de laatste poging tot coïtus dan vrouwen zonder pijn bij de coïtus (Reissing, Binik, Khalife, Cohen, & Amsel, 2004). Kaneko vond dat 47% van de vrouwen met vaginisme gevoelens ervaarden van angst, 10% gevoelens van walging en 13% beide gevoelens (Kaneko, 2001). Reissing, Binik, Khalife, Cohen en Amsel (2004) vonden meer defensief en vermijdingsgedrag bij vrouwen met vaginisme tijdens gestandaardiseerd bekkenbodemspieronderzoek vergeleken met vrouwen met dyspareunie en vrouwen zonder pijn tijdens de coïtus. Reissing, Binik & Khalifé (1999) pleiten ervoor om vaginisme te beschouwen als een aversieve of fobische reactie ten aanzien van vaginale penetratie of vaginale pijn.



Het diagnostisch onderscheid tussen vaginisme en dyspareunie is niet eenvoudig (Basson, 1995; de Kruiff, ter Kuile, Weijnenborg, & van Lankveld, 2000; Reissing, Binik, Khalife, Cohen, & Amsel, 2004). Vrouwen met oppervlakkige dyspareunie hebben pijn aan de vagina of vulva tijdens seks. Vaginisme en dyspareunie hebben met elkaar gemeen dat vrouwen met deze disfuncties pijn bij aanraking met een wattenstokje rapporteren (de Kruiff et al., 2000). Het enige onderscheid tussen beide aandoeningen is het vermijden van de coïtus door vrouwen met vaginisme (Bergeron & Lord, 2003; de Kruiff et al., 2000).

Bij vrouwen met vaginisme die coïtus willen hebben is een gedragstherapeutische behandeling gericht op angstreductie door graduele exposure internationaal geaccepteerd (Dennerstein & Burrows, 1977; Emil Man Lung, 2000; Kabakci & Batur, 2003; Munasinghe, Goonaratna, & de Silva, 2004; Pridal & Lo-Piccolo, 1993; Wijma & Wijma, 1997; Zsuzsa & Peter, 1998), eventueel gecombineerd met EMDR (Leiblum, 2000), hypnose (McGuire & Hawton, 2001), of angst-reducerende medicatie zoals propranolol (Leiblum, 2000). Recent rapporteerden twee studies een succesvolle behandeling door tijdelijke verdoving van de puborectalispijper door deze te injecteren met botuline (Brin & Vapnek, 1997; Ghazizadeh & Nikzad, 2004).

In de gedragstherapeutische behandeling oefent de vrouw met vormen van penetratie van een toenemende moeilijkheidsgraad, zoals het inbrengen van een vinger van haarzelf, gevolgd door twee vingers, een en twee vingers van haar partner, eventueel een pelote (vaginastaaf) of vibrator en uiteindelijk de penis. Daarbij wordt verondersteld dat door het veelvuldig thuis oefenen het vermijden van en ontsnappen aan de angst wordt doorbroken, waardoor de angstreactie zal uitdoven. Deze exposure wordt over het algemeen gecombineerd met ontspanningsoefeningen, met name gericht op het leren ontspannen van de bekkenbodemspieren. Daarnaast zijn gangbare ingrediënten van de behandeling: voorlichting, sensate-focus oefeningen van Masters & Johnson en cognitieve herstructurering (Wijma & Wijma, 1997). In Nederland wordt deze cognitieve gedragstherapie tevens in groepsverband gegeven (voor een beschrijving zie Bezemer, 1985).

Ondanks de internationale consensus over de inhoud van de behandeling van vaginisme, ontbreken gecontroleerde empirische effectstudies (McGuire & Hawton, 2003). Wel rapporteren casestudies en ongecontroleerde effectstudies hoge succespercentages variërend van 43 tot 100% (Biswas & Ratnam, 1995; Hawton & Catalan, 1990; Reamy, 1982; Schnyder, Schnyder-Luthi, Ballinari, & Blaser, 1998; Scholl, 1988; Seo, Choe, Lee, & Kim, 2005). Van Lankveld en col-

lega's (van Lankveld, Everaerd, & Grotjohann, 2001) vonden een positief effect van cognitieve gedragstherapie in de vorm van bibliotherapie vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep. Ondanks deze bemoedigende behandelresultaten wordt in de review over het onderzoek naar behandelingen van vaginisme volgens de Cochrane-systematiek geconcludeerd dat er slechts zeer beperkt bewijs is, gebaseerd op gecontroleerde studies, ten aanzien van de effectiviteit van behandelingen van vaginisme (McGuire & Hawton, 2003). De beschikbare studies zijn vaak methodologisch van slechte kwaliteit (voor reviews zie Heiman & Meston, 1997; McGuire & Hawton, 2003). De onderhavige studie is de eerste gecontroleerde studie naar: a) de effectiviteit van de behandeling van primair vaginisme b) de samenhang van veranderingen in procesmaten gedurende de behandeling en het therapiesucces en c) de voorspelbaarheid van het therapiesucces met behulp van kenmerken van de deelnemers tijdens de voormeting. Gezien het positieve effect van bibliotherapie in een van de weinig gecontroleerde studies en vanwege de positieve ervaringen met groepstherapie op diverse locaties in Nederland hebben we in deze gecontroleerde studie gekozen voor deze twee behandelopties.

Methoden

Design

In deze studie werden drie groepen vergeleken: een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling, bibliotherapie met een inhoudelijk identiek programma met minimale therapeutische ondersteuning en een wachtlijst-controlegroep. Voor een uitgebreide beschrijving van de methode van deze studie verwijzen we naar eerder verschenen publicaties (van Lankveld, ter Kuile, de Groot, Melles, Nefs, & Zandbergen, 2006; Ter Kuile, van Lankveld, de Groot, Melles, Nefs, & Zandbergen, 2006).

Deelnemers

Via advertenties (83%) en verwijzingen (17%) werden 117 heteroseksuele vrouwen met primair vaginisme en met een relatieduur van ten minste drie maanden geïnccludeerd met een gemiddelde leeftijd van 28,6 jaar (range: 18-56 jaar). Er werden dus vrouwen geïnccludeerd die nog nooit in staat waren geweest tot gemeenschap ondanks hun uitdrukkelijke wens daartoe. De vrouwen hadden gemiddeld 11 jaar last van hun klacht. Exclusiecriteria waren: vrouwen die volgens DSM-IV-TR criteria geclassificeerd werden met een stemmingsstoornis, een psychotische stoornis, een aan een middel gebonden stoornis of een posttraumatische stresstoornis.

Behandeling

De behandeling bestond uit seksuele voorlichting, ontspanningstherapie, graduele exposure en cognitieve therapie. Het accent van de behandeling werd gelegd op de graduele exposure in vivo (= in werkelijkheid). De partner was niet bij de bijeenkomsten of de telefonische ondersteuning aanwezig, doch werd via de deelnemer zoveel mogelijk bij de behandeling betrokken. Alle deelnemers ontvingen een handleiding, geschreven door de onderzoekers voor deze studie. In deze handleiding stond de rationale van de behandeling beschreven, alsmede uitleg over de vrouwelijke geslachtsorganen, de bekkenbodem, ontspanningsoefeningen, graduele exposure-oefeningen en streeloefeningen van Masters & Johnson en oefeningen gericht op het exploreren en veranderen van de cognities met behulp van RET (Rationeel Emotieve Therapie volgens Ellis, zie van Lankveld, 2004).

Het programma van de groepstherapie startte met een kennismaking, een uiteenzetting van de rationale van de behandeling en een uitgebreide uitleg over anatomie en fysiologie van de vrouwelijke geslachtsorganen. Tevens kregen deelnemers ontspanningstherapie volgens de progressieve methode van Jacobson (1938) en de suggestieve relaxatieoefening van Schultz en Luthe (1959). Deelnemers kregen de oefening op CD mee naar huis met de instructie om de oefening 2x daags thuis te doen en hun vorderingen te registreren op een formulier. Vervolgens kregen de deelnemers gerichte bekkenbodemoefeningen, zoals aan- en ontspannen van de bekkenbodemspieren, 'de lift'. Het accent van deze oefeningen lag bij het leren ontspannen van de bekkenbodemspieren. De deelnemers werden uitgebreid voorgelicht over de ontstaans- en in stand houdende factoren van angst en angstgerelateerde problemen. Aan de hand van een angstgrafiek werd het belang benadrukt van exposure, het doorstaan van de angst en het doorbreken van vermijdings- en ontsnappingsgedrag ten einde de angstreactie uit te laten doven. Alle deelnemers stelden vervolgens een persoonlijke angsthiërarchie op met penetratieoefeningen in toenemende moeilijkheidsgraad. In de hiërarchie werden opgenomen het inbrengen van 1, 2 en evt. 3 eigen vingers zonder en met seksuele opwinding, 1, 2 en evt. 3 vingers van de partner zonder en met seksuele opwinding, het inbrengen van een tampon, een pelote of vibrator, het aanraken met de penis in erectie van de vaginaopening en tot slot het (geleidelijk) inbrengen van de penis. De deelnemers voerden de oefeningen thuis uit. Hierbij begon iedere deelnemer omdraaan de hiërarchie met de oefening die de minste angst en spanning opriep. Als de deelnemer deze oefening 3x met weinig moeilijkheden

kon uitvoeren, continueerden de deelnemers de exposure met de oefening een stap hoger in de persoonlijke hiërarchie, enzovoorts. In de groep werden de vorderingen met betrekking tot deze graduele exposure besproken en werden deelnemers aangemoedigd tot het zetten van een volgende stap. Via de deelnemers werden ook de partners aangemoedigd een stimulerende en motiverende rol te vervullen bij het uitvoeren van deze huiswerk oefeningen. Ten aanzien van de seksuele opwinding werden deelnemers geadviseerd zich eerst te concentreren op het overwinnen van de angst. Als de deelnemer de oefening met geringe of zelfs zonder angst en spanning kon uitvoeren werd zij aangemoedigd de oefening uit te voeren met behoud van seksuele opwinding om eventuele verschillen te exploreren. Op deze wijze leerden de deelnemers om angst en spanning als respons op stimuli gekoppeld aan penetratie geleidelijk te vervangen door neutrale en lustvolle responsen. Bij moeilijkheden in het uitvoeren van de exposure-opdrachten wisselden de deelnemers onderling tips en adviezen uit of gebruikten cognitieve therapie. Hiervoor werden deelnemers getraind in het maken van een abc volgens de Rationeel Emotieve Therapie (van Lankveld, 2004). Allereerst leerden deelnemers bij situaties die angst- en spanningsreacties opriepen, irrationele gedachten te identificeren en te noteren in een abc. Deze irrationele gedachten werden vervolgens in de groep geëxploreerd, uitgedaagd en vervangen door meer helpende gedachten. Om een alternatieve gedachte te toetsen werd de deelnemer gevraagd zich te concentreren op deze gedachte en op het gevoel dat deze gedachte bij haar opriep. Als dit het gewenste gevoel was, werd de alternatieve gedachte vervolgens op een "flash card" geschreven en mee naar huis genomen. Deelnemers werden geadviseerd om de alternatieve gedachte thuis regelmatig door te lezen en op te roepen tijdens de exposure-opdrachten.

Bij gebrek aan seksueel verlangen of opwinding werden Masters en Johnson oefeningen aangeraden, gericht op het genieten van elkaars lichamelijke aanrakingen, eerst zonder later met inbegrip van de geslachtsdelen (van Lankveld, 2004).

Tijdens de laatste sessies werden alle deelnemers aangemoedigd tot het exploreren van erotische prikkels door –indien gewenst– bezoek aan een seksshop, het bekijken van erotische films, het lezen van erotische literatuur en het bezoeken van vrouwvriendelijke erotische internetsites (zoals www.shespot.nl). Tevens kregen de deelnemers uitleg over de invloed van seksuele fantasieën op seksuele opwinding en instructie over het leren oproepen van seksuele fantasieën. Hiermee trachtten we de motivatie van de deelnemers tot

het uitvoeren van de oefeningen te versterken, vermijdings- en ontsnappingsreacties te verminderen en de penetratie te faciliteren door het versterken van de seksuele opwinding en lubricatie. Bovendien hoopten we de aandachtsfocus van de vrouwen op de angst- en spanningsreacties van hun lichaam te verleggen naar meer lustvolle lichamelijke reacties met –door counterconditionering- uiteindelijk vervanging van de angst-respons door een lustvolle respons op stimuli gekoppeld aan de penetratie. De 10 groepsbijeenkomsten duurden 2 uur en werden gegeven volgens een protocol, waarin van minuut tot minuut beschreven stond wat er behandeld zou worden. De grootte van de groep varieerde van zes tot negen deelnemers. De groepen werden geleid door 2 vrouwelijke therapeuten.

De deelnemers aan de bibliotherapie ontvingen dezelfde handleiding als de deelnemers aan de groep, met een korte verbale instructie door de onderzoeks-assistent over het gebruik van de handleiding. Daarnaast ontvingen zij een A4-tje met richtlijnen over wat te doen in welke week. De therapeutische ondersteuning was doelgericht en gefocust op het opsporen van belemmeringen bij de uitvoering van de oefeningen en het geven van aanmoediging en tips hiertoe. In tijd was deze therapeutische ondersteuning zeer gelimiteerd en bestond uit 6 tweewekelijkse therapeutische telefonische contacten van 15 minuten door een getrainde, seksuologisch geschoolde onderzoeksassistente.

Meetinstrumenten

Primaire eindmaat

Volledige vaginale penetratie met de penis van de partner, gerapporteerd door de deelnemer, werd gebruikt als de belangrijkste uitkomstmaat van deze studie.

Secundaire effectmaten

De volgende vragenlijsten zijn gebruikt in deze studie: de "Penetration behaviour Questionnaire" (PBQ), de "Fear of Sexuality Questionnaire" (FSQ), een behandelgeschiedenis-formulier, registratie van huiswerk-compliance door de therapeut, de Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS), de Female Sexual Function Index (FSFI), de Maudsley Marital Questionnaire (MMQ), de SPAQ en de MINI. Voor een uitgebreide beschrijving van de gebruikte meetinstrumenten verwijzen we naar van Lankveld et al. (2006) en Ter Kuile et al. (2006).

Procedure

Deelnemers werden at random ingedeeld in de groepsbehandeling, de bibliotherapie of de wachtlijstgroep. De methode van blokrandomisatie werd toegepast en de loting werd verricht door een niet bij het onderzoek

betrokken persoon. De wachtlijstgroep werd na drie maanden en na afronding van de nameting alsnog at random verdeeld over de beide behandelcondities, inclusief de nameting en follow-up. Er waren vier meetmomenten: de voormeting gedurende het eerste face-to-face contact met de onderzoeksassistent, de nameting meteen na het laatste therapeutisch contact, de follow-up metingen 3 maanden en 1 jaar na beëindiging van de behandeling.

Therapeuten

De behandelingen in deze studie werden uitgevoerd door negen vrouwelijke en een mannelijke therapeut. Zeven van deze behandelaars waren senior behandelaars met meer dan 7 jaar ervaring in seksuologische behandelingen. Zij waren allen gespecialiseerd in de behandeling van vaginisme. De senior therapeuten superviseerden de 3 junior therapeuten. De senior therapeuten droegen de verantwoordelijkheid voor de groep, de juniortherapeuten opereerden als co-therapeut.

Resultaten

In totaal werden 117 patiënten geïncludeerd in deze studie. 24 deelnemers (21%) verlieten de studie voor de follow-up meting. De drie groepen en de drop-outs bleken bij de voormeting niet van elkaar te verschillen wat betreft demografische kenmerken, seksueel (dis)functioneren, of penetratiemogelijkheden. Wel waren er minder drop-outs in de wachtlijstgroep, in vergelijking met de behandelde groepen.

Het effect van cognitieve gedragstherapie bij vergelijking van de behandelde deelnemers met de wachtlijstdeelnemers direct na afloop van de behandelperiode is als volgt: 11 van de 60 deelnemers (18%) die cognitieve gedragstherapie (middels groepstherapie of bibliotherapie) hadden ontvangen waren in staat tot een volledige coïtus na beëindiging van de behandeling, vergeleken met 0 van de 33 deelnemers (0%) van de wachtlijstcontrolegroep. Dit verschil was significant ($p < .05$). Vier van de 33 deelnemers (12%) aan de groepstherapie waren in staat tot coïtus, in vergelijking met 7 van de 27 (26%) deelnemers die bibliotherapie ontvingen. Dit verschil in resultaat tussen beide behandelcondities was niet significant. 88% van de deelnemers aan de groep en 96% van de deelnemers aan de bibliotherapie waren in staat tot het vaginaal inbrengen van een eigen vinger, vergeleken met 33% van de deelnemers van de wachtlijstgroep. Dit was een significant verschil ($p < .05$). 91% van de deelnemers aan de groep en 67% van de deelnemers aan de bibliotherapie kon een vinger van de partner vaginaal inbrengen, vergeleken met 30% van de

wachtlIJstgroep. Ook dit was een significant verschil ($p < .05$). In Figuur 1 is duidelijk het effect van CGT op niet-coïtale vormen van penetratie te zien, waarbij de resultaten dramatisch dalen als het de coïtus betreft. In beide behandelgroepen bleken deelnemers na afloop van de behandeling tevens een lagere vaginismescore op de GRISS te hebben dan de deelnemers van de wachtlIJstcontrolegroep. De angst voor coïtus gemeten met de FSQ nam significant af in de behandelgroep, vergeleken met de controlegroep. Bij de follow-up meting, drie maanden na beëindiging van de therapie, bleek dat 25% van de deelnemers die groepstherapie hadden ontvangen en 29% van de deelnemers aan de bibliotherapie succesvolle pogingen tot coïtus rapporteerden. Deze uitkomst werd ook gevonden bij de follow-up meting, een jaar na beëindiging van de therapie.

Zoals in Figuur 2 te zien is had de behandeling geen effect op het seksueel verlangen, opwinding of orgasme, noch op de seksuele satisfactie, relationele of algemene levenssatisfactie van de vrouwelijke deelnemer of haar partner. Deelnemers die in staat waren tot coïtus na behandeling (hierna: succesvolle deelnemers) bleken vaker hun huiswerk oefeningen te maken, hetgeen positief gecorreleerd was met het vaginaal inbrengen van vingers, tampons e.d. en significant en negatief gecorreleerd met de angst voor coïtus. Dit suggereert dat veranderingen in de angst voor coïtus en veranderingen in vermijdingsgedrag gedurende de behandeling belangrijk zijn voor een succesvolle behandeling. De deelnemers die meteen na behandeling erin geslaagd bleken om coïtus te hebben, bleken een lagere angst voor de coïtus te rapporteren dan de deelnemers die pas bij de follow-up metingen een geslaagde coïtus achter de rug hadden. Beide groepen succesvolle deelnemers vertoonden geen verschil in vermijdingsgedrag (inbrengen van vingers e.d.) of het ma-

ken van de huiswerkoefeningen. Dit doet vermoeden dat de snelheid waarmee de behandeling tot coïtus leidt met name afhangt van de vermindering van angst voor de coïtus gedurende de behandeling.

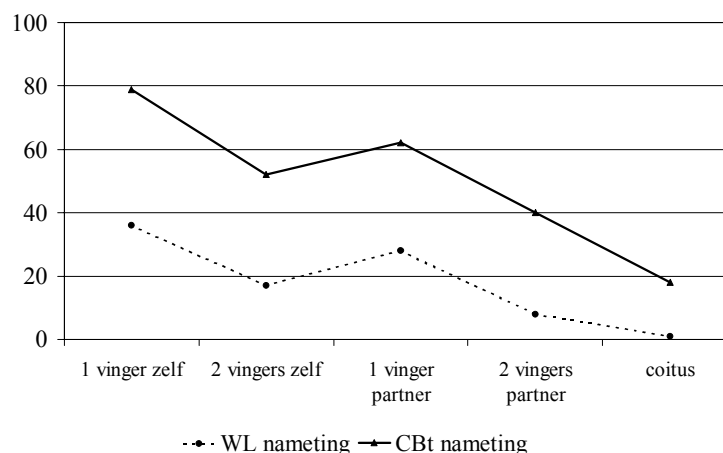
De kenmerken van de deelnemers gemeten voor de behandeling verschilden niet tussen de succesvolle en de niet-succesvolle deelnemers. Zo zijn er geen voorspellers voor succes gevonden op het gebied van persoons- of relatiekenmerken die voorafgaand aan de behandeling vastgesteld konden worden: de duur van de klacht, sterkte van de angst voor de coïtus, het kunnen uitvoeren van niet-coïtale vormen van penetratie-gedrag, vermijdingsgedrag, ervaringen met seksueel misbruik, de seksuele en/of relationele tevredenheid en verschillende aspecten van het seksueel functioneren.

Beschouwing

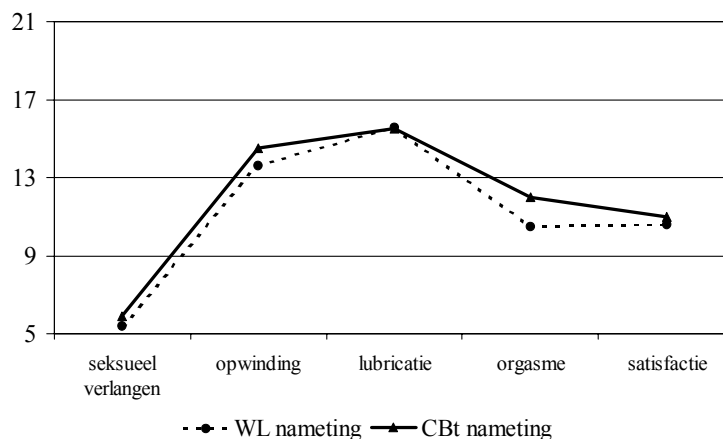
Concluderend kunnen we stellen dat cognitieve gedragstherapie een positief effect heeft bij de behandeling van vaginisme. De resultaten in deze studie komen echter niet in de buurt van de eerder gepubliceerde behandelresultaten in ongecontroleerde studies van 43 tot 100%.

Voor het beperkte effect van de behandeling kunnen diverse verklaringen worden geopperd. Een eerste verklaring betreft de duur van de behandeling. Mogelijk is onze behandeling te kort geweest: in de literatuur wordt melding gemaakt van behandelingen van meer dan 15 sessies (Hawton & Catalan, 1986; Kabakci & Batur, 2003), maar ook een kortere behandelduur wordt genoemd (Biswas & Ratnam, 1995; Leiblum, 2000; Reamy, 1982; Schnyder, Schnyder-Luthi, Ballinari, & Blaser, 1998; Seo, Choe, Lee, & Kim, 2005). Een andere verklaring betreft het focus van de behandeling. Hoewel zowel in de groepsbijeenkomsten als in de bibliotherapie vrouwen vaak wer-

Figuur 1: percentage penetratiegedrag bij nameting in therapie- en wachtlIJstgroep



Figuur 2: Seksueel functioneren (FSFI) bij nameting in therapie- en wachtgroep



den gestimuleerd en aangemoedigd om thuis te oefenen met penetratie, bleek het voor de deelnemers moeilijk om hun belemmeringen ten aanzien van de penetratie thuis te overwinnen. Mogelijk heeft het brede scala van ingrediënten van de behandeling de mogelijkheid geboden om hard te werken aan de voorbereidingen voor de penetratie, maar niet aan de penetratie zelf. Vermeldenswaard hierbij is dat de seksualiteitsbeleving, de tevredenheid in de seksuele relatie en "general life" satisfactie bij de vrouwelijke deelnemers en bij hun mannelijke partners niet significant werden beïnvloed door deze behandeling. Mogelijk is dit te wijten aan het feit dat de deelnemers ten aanzien van hun relationele - en algemene levenssatisfactie al even tevreden zijn als vrouwen in de 'normale' populatie (Arindell, Boelens, & Lambert, 1983).

Dat vaginisme niet zo eenvoudig te behandelen blijkt dan gedacht, is verklaarbaar als we ons realiseren dat het bij deze klacht gaat om penetratieangst. In veel studies werd aangetoond dat exposure bij angst, c.q. bij specifieke fobieën, de meest effectieve behandeling is (Emmelkamp, Bouman, & Scholing, 1995; van Oppen & Scholing, 2001). Echter, bij een penetratiefobie ontstaat hier tevens een moreel-politiek knelpunt. Artsen die in de jaren zestig vrouwen behandelden met pelotes, konden rekenen op veel kritiek van de zijde van vrouwen. Het zou een te mannelijk gerichte aanpak zijn, waarbij het "openen van de vrouw" meer tegemoet zou komen aan de wensen van de man dan aan die van de vrouw. Een deel van de weerstand was hierbij ook gericht op de "technische benadering" van de aanpak, de focus op het openen van de vagina door de -in veel gevallen mannelijke- arts in plaats van een focus op het gevoel, de seksuele lust en de zeggenschap van de vrouw over haar eigen lichaam. Vanuit de feministische beweging was de opinie dat vrouwen eerder geholpen moesten worden met het asser-

tiever worden, zelfs weigeren van de coïtus en het opkomen voor hun eigen (seksuele) wensen (Keystone, 1994). Wellicht hebben we door het verruimen van het focus naar seksuele lust en door het eigen tempo van de vrouw te benadrukken te weinig aandacht geschonken aan de angst en zijn we onbedoeld meegegaan in de neiging tot vermijding van de angst voor coïtus.

De partner van de patiënt is alleen indirect via de deelnemer bij de behandeling betrokken. Alhoewel de resultaten van deze studie niet wijzen op een systemische factor bij de vaginistische klacht, kunnen de resultaten mogelijk wel worden verbeterd als het van belang is de partner te betrekken bij de voorbereidingen van de coïtus en voor het doorbreken van de vermijding van (pogingen tot) coïtus. Opvallend is in ieder geval dat veel partners van vrouwen uit deze studie er blijkbaar niet in slagen om hun vrouw ertoe te brengen om zijn vingers of penis bij haar vaginaal in te (laten) brengen.

Een andere verklaring voor de magere resultaten kan gezocht worden in het onvoldoende functioneren van de therapeuten. Toch waren 7 van de 10 therapeuten voldoende toegerust met minimaal 7 jaar ervaring in de behandeling van vaginistische vrouwen en functioneerden de juniorthérapeuten onder directe supervisie van een senior.

De beperkte behandelresultaten kunnen ook geweten worden aan onze patiëntengroep. Bijna 70% van onze deelnemers had eerder hulp elders ontvangen voor hun vaginistische klacht, zonder resultaat. Deze ervaring met onsuccesvolle behandelingen elders van de meerderheid van de deelnemers en de indicatie voor forse vermijdingstendensen voorafgaande aan de behandeling zoals blijkt uit de -overigens niet gevalideerde- Penetration Behaviour Questionnaire (PBQ) suggereren dat we te maken hadden met relatief ernstige

vagijnistische problematiek. Daarnaast is 83% van de deelnemers aan deze studie geworven via een advertentie, hetgeen mogelijk betekent dat, ondanks het therapie-resistente karakter van de klacht bij veel van de geïncludeerde vrouwen, de lijdensdruk en de motivatie voor behandeling bij deze groep geringer zijn dan bij de vrouwen die op dat moment zelf hulp zoeken voor deze klacht.

Nader onderzoek zal moeten aantonen in hoeverre de resultaten van de behandeling van primair vaginisme uit deze studie robuust zijn. In onze ogen is de gehanteerde behandeling een weergave van "the state of the art" van de behandeling van vaginisme. Al met al zijn we er niet in geslaagd de hoge behandelresultaten van eerdere studies te evenaren. Mogelijk overschatten deze eerdere studies het effect van cognitieve gedragstherapie bij vaginisme, gezien de slechte methodologische kwaliteit van deze studies (McGuire & Hawton, 2003). De onderhavige studie geeft wellicht een realistischer beeld van het effect van de huidige behandeling van primair vaginisme. Uit deze gecontroleerde, gerandomiseerde studie mag geconcludeerd worden dat voor het welslagen van de behandeling van vaginisme sterk gefocused dient te worden op vermindering van angst voor penetratie middels graduele exposure, waarbij de therapeut uiterst alert zal moeten zijn op het doorbreken van vermijdings- en ont-snapingsreacties van de patiënt.

Literatuur

- Arrindell, W.A., Boelens, W., & Lambert, H. (1983). On the psychometric properties of the Maudsley Marital Questionnaire (MMQ): Evaluation of self-ratings in distressed and "normal" volunteer couples based on the Dutch version. *Personality and Individual Differences*, 4, 293-306.
- Basson, R. (1995). Pathophysiology of lifelong vaginismus. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 4, 183-189.
- Bergeron, S., & Lord, M. J. (2003). The integration of pelvic-perineal re-education and cognitive-behavioural therapy in the multidisciplinary treatment of the sexual pain disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 135-141.
- Bezemer, W. (1985). Een groepsbehandeling van vaginisme. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 9, 16-24.
- Biswas, A., & Ratnam, S.S. (1995). Vaginismus and outcome of treatment. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 24, 755-758.
- Brin, M.F., & Vapnek, J.M. (1997). Treatment of vaginismus with botulinum toxin injections. *The Lancet*, 349, 9047, 252-253.
- de Kruiff, M.E., ter Kuile, M.M., Weijnenborg, P.T., & van Lankveld, J.J. (2000). Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21, 149-155.
- Dennerstein, L., & Burrows, G.D. (1977). The management of vaginismus. *Australian Family Physician*, 6, 1545-1549.
- Emil Man Lung, N. (2000). Towards a bio-psychosocial model of vaginismus: *A response to Janice Hiller. Sexual and Relationship Therapy*, 15, 91-92.
- Emmelkamp, P., Bouman, T., & Scholing, A. (1995). *Angst, fobieën en dwang. Diagnostiek en behandeling*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ghazizadeh, S., & Nikzad, M. (2004). Botulinum toxin in the treatment of refractory vaginismus. *Obstetrics and Gynecology*, 104, 5 Pt 1, 922-925.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1986). Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 377-385.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1990). Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome. *Sexual and Marital Therapy*, 5, 39-48.
- Heiman, J.R., & Meston, C.M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 8, 148-194.
- Kabakci, E., & Batur, S. (2003). Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29, 277-288.
- Kennedy, P., Doherty, N., & Barnes, J. (1995). Primary vaginismus: A psychometric study of both partners. *Sexual and Marital Therapy*, 10, 9-22.
- Keystone, M. (1994). A feminist approach to couple and sex therapy. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 3, 321-325.
- Leiblum, S.R. (2000). Vaginismus: A most perplexing problem. In R.C. Rosen & S.R. Leiblum (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed.), pp.181-202. New York: Guilford Press.
- McGuire, H., & Hawton, K. (2001). Interventions for vaginismus. *Cochrane database of systematic reviews Online Update Software*(2), Cd001760.
- McGuire, H., & Hawton, K. (2003). Interventions for vaginismus. *Cochrane database of systematic reviews Online Update Software*(1), Cd001760.
- Munasinghe, T., Goonaratna, C., & de Silva, P. (2004). Couple characteristics and outcome of therapy in vaginismus. *Ceylon Medical Journal*, 49, 54-57.
- Mowrer, O.H. (1947). On the dual nature of learning. A reinterpretation of "conditioning" and "problem solving." *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Oppen, P. van, & Scholing, A. (2001). *Specifieke fobie*. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pridal, C.G., & LoPiccolo, J. (1993). Brief treatment of vaginismus. In V.J. Giannetti & R.A. Wells (Eds.), *Casebook of the brief psychotherapies* (pp. 329-345). New York: Plenum Press.
- Reamy, K. (1982). The treatment of vaginismus by the gynecologist: *An eclectic approach. Obstetrics and Gynecology*, 59, 58-62.
- Reissing, E.D., Binik, Y.M., & Khalife, S. (1999). Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 261-274.

- Reissing, E.D., Binik, Y.M., Khalife, 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 and Marital Therapy*, 29, 47-59.
- 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.
- Schnyder, U., Schnyder-Luthi, C., Ballinari, P., & Blaser, A. (1998). Therapy for vaginismus: in vivo versus in vitro desensitization. *Canadian Journal of Psychiatry; Revue canadienne de psychiatrie*, 43, 941-944.
- Scholl, G.M. (1988). Prognostic variables in treating vaginismus. *Obstetrics and Gynecology*, 72, 231-235.
- Seo, J.T., Choe, J.H., Lee, W.S., & Kim, K.H. (2005). Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. *Urology*, 66, 77-81.
- Shafik, A., & El Sibai, O. (2002). Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: a concept of pathogenesis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 105, 67-70.
- Shaw, J. (1994). Treatment of primary vaginismus: A new perspective. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 46-55.
- Sheinfeld, H., Roshka, P., Finkelshtein, I., & Davis, H. (2001). *Harefuah*, 140, 831-834, 894.
- Silverstein, J. L. (1989). Origins of psychogenic vaginismus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 52, 197-204.
- ter Kuile, M.M., van Lankveld, J.J., Groot, E.D., Melles, R., Neffs, J., & Zandbergen, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy*, May 12; [Epub ahead of print].
- van der Velde, J., & Everaerd, W. (1999). Voluntary control over pelvic floor muscles in women with and without vaginistic reactions. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 10, 230-236.
- van der Velde, J., & Everaerd, W. (2001). The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 395-408.
- van der Velde, J., Laan, E., & Everaerd, W. (2001). Vaginismus, a component of a general defensive reaction. an investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion-inducing film excerpts in women with and without vaginismus. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 12, 328-331.
- van Lankveld, J. (2004). *Naar de 7de hemel. Verbeter zelf je seksuele relatie*. Haarlem: J.H. Gottmer/Becht.
- van Lankveld, J.J., ter Kuile, M.M., de Groot, H.E., Melles, R., Neffs, J., & Zandbergen, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 168-178.
- van Lankveld, J.J.D.M., Everaerd, W., & Grotjohann, Y. (2001). Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. *Journal of Sex Research*, 38, 51-67.
- Ward, E., & Ogden, J. (1994). Experiencing vaginismus: Sufferers' beliefs about causes and effects. *Sexual and Marital Therapy*, 9, 33-45.
- Wijma, B., & Wijma, K. (1997). A cognitive behavioural treatment model of vaginismus. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 26, 145-156.
- Wincze, J.P., & Carey, M.P. (1991). *Sexual dysfunction. A guide for assessment and treatment*. New York/London: The Guilford Press.
- Zsuzsa, K.T., & Peter, S. (1998). Possibilities for psychotherapy in the treatment of vaginismus / Pszichoterapias lehetosegek a vaginizmus kezeleseben. *Psychiatria Hungarica*, 13, 59-66.

Summary

Efficacy of cognitive-behavioral therapy for lifelong vaginismus: Results of a randomized controlled study

In the present study 117 women with lifelong vaginismus were treated with cognitive-behavioral therapy. The women were randomized into 1 of 3 groups: (a) cognitive-behavioral group therapy, (b) cognitive-behavioral bibliotherapy or (c) waiting list. Treatment duration was three months. Group therapy consisted of 10 2-hour sessions, assistance with bibliotherapy consisted of 6 two-weekly telephone contacts during 15 minutes. Treatment ingredients were: sexual education, relaxation exercises, gradual exposure, and cognitive therapy. Treatment in both conditions followed a manualized protocol. Successful intercourse after 3 months was reported by 18 % of the participants in the treated groups, compared with none of the participants in the control condition. At 12 months follow-up, 26 % of the group therapy participants and 29 % of the bibliotherapy participants reported successful intercourse.

Treatment did not affect sexual desire, sexual arousal, orgasm, sexual satisfaction, marital dissatisfaction and general life dissatisfaction of the participants or their partners.

The authors recommend a symptom-oriented approach of vaginismus with a focus of treatment on gradual exposure and response prevention to diminish the fear of coitus.