

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Cognitieve gedragstherapie bij seksuele disfuncties: twee gevalsbeschrijvingen

Moniek ter Kuile¹, Jacques van Lankveld² en Stephanie Both³

SAMENVATTING

In dit artikel beschrijven we twee casussen over een cognitief-gedrags-therapeutische behandeling van, respectievelijk, een vrouw met primair vaginisme en een man met verminderd seksueel verlangen. De fenomenologie van de problematiek wordt besproken, en op basis van een verklaringsmodel en casusconceptualisatie wordt een behandeltraject voorgesteld. In het kort worden ook het verloop van de behandelingen en de resultaten besproken.

INLEIDING

In dit artikel worden twee casussen met een seksueel probleem besproken. Deze gevalsbeschrijvingen sluiten aan bij het artikel 'Cognitieve gedragstherapie bij seksuele disfuncties van vrouwen en mannen: een overzicht' (Van Lankveld, Ter Kuile & Both, 2012). De eerste casus betreft een vrouw van 27 jaar met primair vaginisme, die nooit coïtus heeft kunnen hebben ofschoon ze dat graag wil. Zij start samen met haar partner met een kortdurende begeleide exposurebehandeling. Na deze behandeling kan zij samen haar partner coïtus hebben en nemen de vaginistische klachten, de mate van coïtale angst en catastrofale pijn cognities rond vaginale penetratie duidelijk af en zijn positieve gevoelens rond vaginale penetratie toegenomen. De tweede casus betreft een man van 58 jaar, die geen zin in seks meer heeft. Bij navraag blijken er ook erectieproblemen te zijn. Bij deze laatste casus spelen ook duidelijk somatische factoren een rol in het ontstaan en persisteren van de klachten. Samen

1 Dr. M.M. ter Kuile, Polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Postbus 9600, 2300 RC Leiden, E-mail: M.M.ter_Kuile@lumc.nl

2 Prof. dr. J. van Lankveld, Open Universiteit, Postbus 2960, 6401 DL, Heerlen, E-mail: Jacques.vanLankveld@ou.nl

3 Dr. S. Both, Polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie Leids Universitair Medisch Centrum, Postbus 9600, 2300 RC Leiden, E-mail: S.Both@lumc.nl

met zijn partner wordt gestart met een exposurebehandeling (sensate focus-oefeningen) om het seksueel verlangen en de erectie tijdens vrijen te verbeteren. De plaag-oefening is een onderdeel van deze sensate focus-oefeningen. Bij afsluiting heeft hij nog steeds geen spontane zin in seks, maar als hij eenmaal begonnen is met vrijen dan kan hij een erectie krijgen die voldoende is voor gemeenschap. Beide partners vinden dat ze vooruitgegaan zijn in hun praten over seks en hun seksuele satisfactie.

CASUS 1: EEN CLIËNTE MET VAGINISME

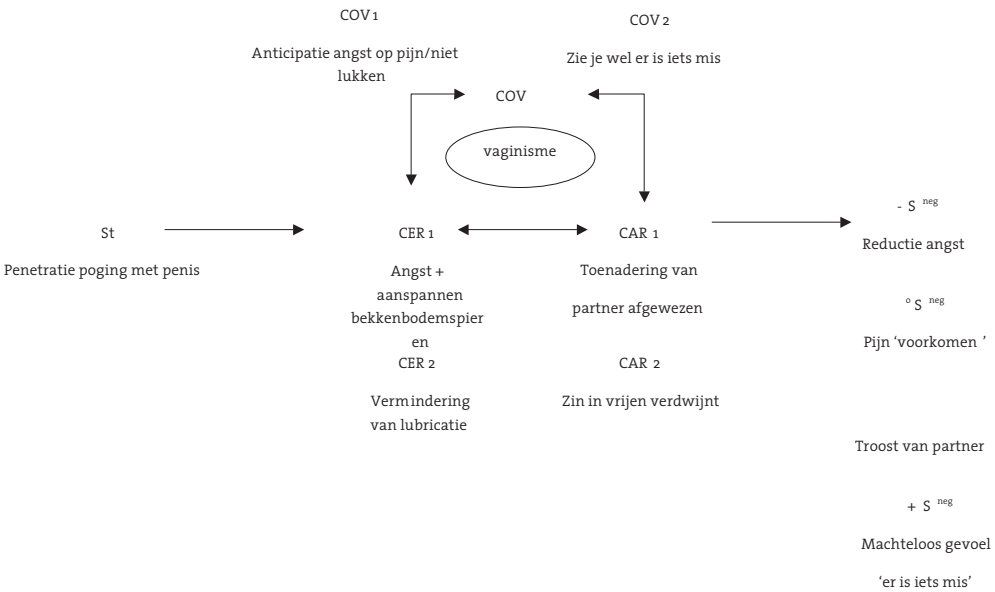
Patiëntgegevens

Marjan, 27 jaar, wordt verwezen door de huisarts met de klacht dat gemeenschap niet mogelijk is. Deze klacht bestaat ongeveer 11 jaar. Toen ze 14 jaar was merkte Marjan voor het eerst dat er iets mis was, ze kon geen tampon inbrengen. Toen ze 16 jaar was heeft ze voor het eerst met een andere partner gemeenschap proberen te hebben. Ze heeft steeds gedacht dat er lichamelijk iets mis is. Als zij en haar partner Rob proberen gemeenschap te hebben ervaart ze veel angst, ze is bang dat ze iets kapot maakt. Daarom proberen ze het ook bijna nooit. Omdat het niet lukt, voelt zij zich vaak verdrietig en moedeloos. Op andere manieren vrijen is geen probleem: ze ervaart opwinding en orgasme, en is tevreden over haar seksuele functioneren behalve over het geen gemeenschap kunnen hebben. Rob, met wie ze zeven jaar een relatie heeft en sinds drie jaar samenwoont, vindt het jammer dat gemeenschap niet mogelijk is, maar 'niet desastreuus'. De voorgeschiedenis meldt geen negatieve seksuele ervaringen, noch lichamelijke traumata in het bekkengebied. Ze heeft nooit eerder psychosociale begeleiding gehad. Zij zoekt nu hulp omdat een goede vriendin van haar zwanger is geworden. Ze zou in de toekomst graag kinderen willen hebben op de 'normale manier'. Door deze zwangerschap werd zij geconfronteerd met haar toekomstige kinderwens en het niet kunnen hebben van coïtus.

Klachten

Een internationale commissie heeft voorgesteld om vaginisme als volgt te definiëren: 'Aanhoudende problemen om een penis, vinger of iets anders in de vagina naar binnen te brengen, ondanks de vrouw haar nadrukkelijke wens. Er kan sprake zijn van het onvrijwillig aanspannen van de bekkenbodemspieren, fobisch vermijdingsgedrag en anticipatieangst op pijn. Somatische redenen moeten zijn uitgesloten' (Basson et al., 2003). Deze definitie geeft goede aanknopingspunten voor de seksuele anamnese en de behandeling. Alhoewel gesteld wordt dat genitaal lichamelijk onderzoek nodig is om somatische redenen, zoals anatomische afwijkingen die bij vaginisme in zeldzame gevallen zijn gevonden, uit te sluiten, is inwendig gynaecologisch onderzoek niet geïndiceerd. Een uitwendig genitaal onderzoek kan echter informatief en geruststellend zijn voor de vrouw.

Marjan herkent het aanspannen van haar bekkenbodemspieren. Zij verkrampt al als Rob met een vinger naar haar vagina wijst. Rob is bang haar pijn te doen en probeert zoveel mogelijk gedrag te vermijden dat haar angstig maakt of pijn zou kunnen doen. De laatste keer dat ze het geprobeerd hebben is een jaar geleden. Het was tijdens een vakantie, toen ze zich ontspannen voelden en met veel plezier aan het vrijen waren. Op haar initiatief besloten zij het nog een keertje te proberen. Rob ging op haar liggen en probeerde zijn penis naar binnen te brengen. Op het moment dat ze zijn penis tussen haar benen voelde verstijfde zij en weerde hem af. Haar opwinding was direct verdwenen. Ze voelde zich moedeloos en verdrietig. Op dergelijke momenten stoppen ze met vrijen en troost Rob haar; dat ervaart ze als erg ondersteunend. Rob heeft geen specifieke seksuele klachten of problemen. Hij heeft geen coïtuservaring.



Figuur 1: functie-analyse van Marjan

Verklaringsmodel

De meeste vrouwen met vaginisme reageren met het onwillekeurig aanspannen van de bekkenbodemspieren wanneer ze worden geconfronteerd met de gevreesde penetratiestimuli, waardoor penetratie onmogelijk of pijnlijk is. Doordat penetratie (weer) niet mogelijk is, wordt de vrouw versterkt in haar negatieve, angstige verwachtingen. Om deze angst zoveel mogelijk uit de weg te gaan vermijden veel vrouwen elke vorm van penetratie. Deze vermijding speelt een rol bij het in stand houden van de angst, onder andere omdat de mogelijkheid van ontkrachting van catastrofale of negatieve gedachten daarvoor ontbreekt. Om deze vicieuze cirkel te doorbreken dient de vrouw juist

corrigerende informatie te krijgen. Als zij kan ervaren dat haar angstoproepende cognities niet kloppen, kan zij die veranderen in meer realistische cognities waardoor angst en vermijdingsgedrag verminderen (zie Van Lankveld et al., dit nummer). Recent wordt een mogelijke rol van walging in het ontstaan en in stand houden van vaginisme gesuggereerd (zie o.a.: Borg, De Jong & Weijmar Schultz, 2011). Hierop is in de hier beschreven casus niet nader ingegaan.

Verloop van de behandeling

Een gynaecoloog verricht uitwendig genitaal onderzoek en daarbij worden geen afwijkingen gevonden. Het doel van dit onderzoek is het uitsluiten van een somatische oorzaak van het probleem en geruststelling van cliënt en partner. Marjan en Rob wordt geadviseerd om te starten met een stapsgewijze begeleide exposurebehandeling (Ter Kuile et al., 2009). De behandeling zal bestaan uit één tot maximaal drie begeleide exposuresessies van twee uur die binnen bestek van één week worden gepland, begeleid door een vrouwelijke psycholoog. De zittingen worden dicht achter elkaar gepland ('massed exposure') om tussentijdse vermijding zoveel mogelijk te voorkomen. Twaalf weken en één jaar daarna worden follow-upgesprekken gehouden. Voorafgaande aan de exposuresessies vindt een kennismakingszitting plaats met de therapeut, waarin de rationale van de behandeling wordt besproken.

Tijdens genitaal onderzoek worden geen lichamelijke belemmeringen gevonden voor vaginale penetratie. In het kennismakingsgesprek vertelt Marjan blij te zijn dat het allemaal in orde is. Er wordt uitleg gegeven over de rationale en het beloop van de behandeling. De exposure zal worden begeleid door een vrouwelijke seksuoloog/gedragstherapeut. Rob is in de sessies steeds aanwezig. Samen met Marjan wordt een angsthiërarchie opgesteld van penetratiestimuli (bijv. tampon, vingers, penis). Het uiteindelijke doel van de exposuresessies in het ziekenhuis is dat zij stapsgewijs leert zelf een voorwerp – vingers of pelotte- naar binnen te brengen dat iets groter is dan de omtrek van de penis van de partner in erectie. Zij leert om de eerste signalen van angst/(spier)spanning te herkennen, los te laten, en de geleerde vaardigheden toe te passen in nieuwe situaties. Deze exposuresessies in het ziekenhuis zijn een voorbereiding op stapsgewijze exposureoefeningen in de thuissituatie, waarbij als laatste stap thuis ook geoefend wordt met het inbrengen van de penis in de vagina.

Rob geeft aan dat hij heel blij is dat er eerst geoefend wordt in het ziekenhuis, zodat hij ook leert wat goed is en niet goed is om te doen. Rob wordt gevraagd thuis de omvang van zijn penis in erectie te meten.

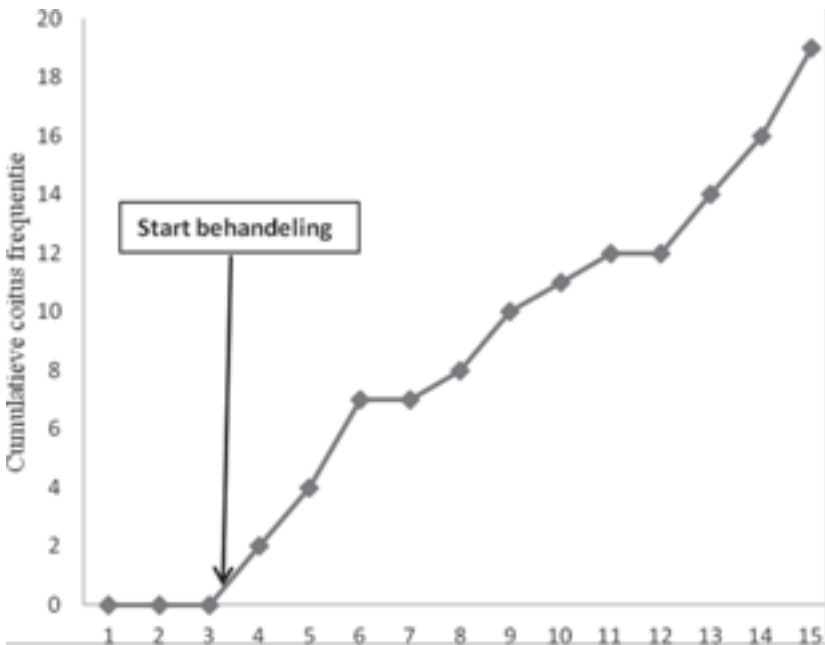
Tijdens het voorgesprek (5 min) voor de eerste oefenzitting geven beiden aan heel gespannen te zijn. Ze zouden tevreden zijn als Marjan aan het einde van de zitting één vinger pijnloos naar binnen zou kunnen brengen. Marjan begint de oefeningen in een gynaecologische onderzoeksstoel. De therapeut

en haar partner staan naast de stoel en alle drie kunnen ze de vaginale penetratieoefeningen zien via een handspiegel (vastgehouden door de behandelbaar). Marjan oefent eerst met het spreiden van haar binnenste schaamlippen, zichzelf aan te raken, en vervolgens met het stapsgewijs naar binnen brengen van één vinger met ruim glijmiddel. Bij elke onaangenaam gevoel heeft Marjan de neiging haar hand direct terug te trekken (te ontsnappen). Ze wordt aangemoedigd haar vinger stil te houden en te beschrijven wat ze voelt. Onaangename sensaties zakken binnen enkele seconden. Ze wordt aangemoedigd haar vinger voorzichtig te bewegen en dat doet ze zonder veel angst. Al snel kan ze twee vingers zonder problemen inbrengen. Vervolgens wordt stapsgewijs geoefend in hurkende, zittende en staande houding, en naast vingers wordt er ook geoefend met pelottes. Na anderhalf uur oefenen, kan zij een pelotte van 12 cm omtrek, en 3 vingers van zichzelf (13.5 cm omtrek) inbrengen; Het uiteindelijke doel van 12 cm (omtrek penis in erectie) is ruimschoots bereikt. Afsluitend wordt nog geoefend met een tampon, die probleemloos kan worden ingebracht. Op deze manier leert Marjan in een korte tijd te penetreren onder verschillende omstandigheden. Bij het nagesprek vertelt ze enorm opgelucht te zijn en erg tevreden te zijn met de bereikte resultaten. De ervaring dat er iets naar binnen kon was voor haar de grootste verandering. Dat het niet echt pijn deed en dat het onaangename gevoel vanzelf zakte als ze haar vinger of pelotte maar stil hield en zich probeerde te ontspannen was 'een ontdekking' voor haar. Ook Rob is erg opgelucht. Ze gaan naar huis met de opdracht het oefenen dezelfde dag nog in de thuissituatie te herhalen, met gebruik van veel glijmiddel. Rob wordt thuis direct actief betrokken bij de oefeningen. Omdat de omvang van de penis bereikt is tijdens deze eerste zitting, krijgen ze de instructie thuis ook te oefenen met het binnenbrengen van een, twee of eventueel drie van zijn vingers; de ingang van de vagina aanraken met zijn penis in erectie zonder penetratie; het naar binnen brengen van zijn penis in erectie en ten slotte bewegen met zijn penis in erectie in de vagina.

Marjan en Rob hadden twee dagen later opnieuw een afspraak op de polikliniek, waarin zij vertelden dat het oefenen thuis goed was gegaan. Rob kon makkelijk 2 vingers inbrengen (11.5 cm) en wat moeilijker 3 (14.5 cm). De penis ging er tot de helft in. Het voelde onhandig, omdat ze niet wisten wat een goede houding was, maar het was niet echt eng. Er werd niet meer geoefend op de polikliniek. Tijdens de derde zitting, een week later, melden zij dat coïtus pijnloos was. Beiden zijn erg blij.

Tijdens de follow-up gesprekken (na 6 en 12 weken) melden ze dat geslachtsgemeenschap wel mogelijk was, maar niet echt prettig. De opwinding die was opgebouwd tijdens voorafgaand seksueel contact, daalde zodra ze wilden gaan penetreren. Marjan viel letterlijk 'droog'. Er worden twee extra vervolgspraken gemaakt met het doel te leren seksuele opwinding vast te houden en terug te krijgen tijdens penetratie. Marjan kiest ervoor om eerst alleen te oefenen, door met clitorale stimulatie de opwinding te laten opko-

men, wanneer zij een vinger of een vibrator naar binnen brengt. Voor dit doel schaft zij een smalle vibrator aan. Tijdens het tweede gesprek vertelt zij dat het oefenen met de vibrator goed gaat, dat ze deze kan bewegen en een orgasme kan krijgen. Het oefenen samen verloopt moeilijker, de opwindning daalt snel door een onverwachtse beweging van hem of haar. Ze hebben wel het gevoel dat ze op de goede weg zijn en dat ze zonder verdere begeleiding samen verder kunnen. Er wordt nog een controleafspraak gemaakt, een jaar na start van de behandeling. Tijdens het follow-up gesprek na een jaar vertellen zij dat coïtus opwindend en plezierig is voor beiden, als zij bovenop zit, met haar gezicht naar hem. In andere houdingen ervaart ze snel angst voor controleverlies. Zij zijn tevreden met de bereikte resultaten. De behandeling wordt afgesloten.



Figuur 2: cumulatieve frequentie geslachtsgemeenschap per week

Meetinstrumenten

Naast een dagelijkse registratieopdracht (wel/geen coïtus) werden bij Marjan verschillende vragenlijsten afgenomen voor en na afsluiting van de behandeling. Ten eerste de Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS; Rust & Golombok, 1986; Ter Kuile, Van Lankveld, Kalkhoven & Van Egmond, 1999). De totaalscore op deze lijst geeft een indicatie voor iemands (on)tevredenheid met het seksueel functioneren binnen de relatie. Daarnaast worden verschillende subschalen onderscheiden, waaronder een subschaal voor vaginisme. Voor deze casus zijn de schaalscore voor vaginisme en de totale GRISS-score (minus de schaalscore voor vaginisme) gebruikt om de behandeling te evalu-

eren. Een hogere score duidt op meer problemen met seksueel functioneren. Cognities ten aanzien van penetratie zijn gemeten met de *Vaginal Penetration Cognition Questionnaire* (VPCQ) (Klaassen & Ter Kuile, 2009). De VPCQ kent vijf subschalen: Ervaren controlecognities, Catastrofale en pijn-cognities, Negatief zelfbeeldcognities, Positieve cognities en Genitale incompatibiliteit cognities met betrekking tot vaginale penetratie. Een hogere score duidt op sterkere disfunctionele penetratie cognities. Voor de VPCQ-subschalen. Positieve en Controle cognities geldt echter: hoe hoger de schaalscore, des te minder disfunctionele penetratie cognities. Ervaren angst voor coïtus en voor niet-coïtale seksuele activiteit is gemeten met twee subschalen van de *Fear of Sexuality Questionnaire* (FSQ; Ter Kuile et al., 2007).

Tabel 1: Marjan's scores op de vragenlijsten bij de voormeting (VM), na 12 weken en na 1 jaar follow-up.

Vragenlijsten	VM	12 weken	1 jaar	Volledig hersteld ¹
GRISS vaginisme (0-16)	15	3	3	< 2.9
GRISS seksueel (dis)functioneren (0-80)	11	14	14	< 26.0
VPCQ catastroferen/pijn (0-6)	3.5	1.0	0.8	< 0.5
VPCQ niet passen (0-6)	5.0	0	0	< 1.3
VPCQ negatief zelfbeeld (0-6)	4.0	0.3	0	< 1.6
VPCQ controle (0-6)	3.3	3.3	3.4	> 5.3
VPCQ positief (0-6)	2.8	3.8	3.6	> 3.2
FSQ Angst voor coïtus (1-5)	3.3	2	2	< 1.5
FSQ- Angst voor non-coïtale seksuele activiteit (1-5)	1.2	1	1	< 1.7

Noot: GRISS = Golombok Rust Inventory for Sexual Satisfaction; VPCQ = Vaginal Penetration Cognition Questionnaire; FSQ = Fear of Sex Questionnaire; Volledig hersteld ¹ = M + 2 SD (op leeftijd gematchde populatie van vrouwen zonder seksuele problemen).

Evaluatie van de behandeling

Na negen zittingen verspreid over een periode van een jaar kan vastgesteld worden dat coïtus goed mogelijk is. Van deze negen zittingen, is slechts één keer (twee uur) onder begeleiding geoefend in het ziekenhuis. De overige zittingen werden gebruikt om te bespreken hoe het thuis oefenen was gegaan. Marjan had nog nooit geslachtsgemeenschap gehad voordat zij met deze behandeling begon. Zoals uit Figuur 2 blijkt, had zij 12 weken na start van de behandeling 19 keer succesvol gemeenschap gehad, waarvan de eerste twee keer plaatsvonden in de eerste week van de behandeling. Bij de follow-up metingen (zie tabel 1) waren de vaginistische klachten (ervaren ongemak tij-

dens de penetratie) duidelijk afgenomen. Bovendien rapporteerde ze minder angst voor en negatieve gedachten over penetratie bij de follow-upmetingen; positieve gedachten t.a.v. penetratie namen duidelijk toe na de behandeling. Bij de follow-upmetingen zijn haar vragenlijstscores vergelijkbaar met die van vrouwen zonder vaginistische klachten (zie tabel 1). In tegenstelling tot de grote veranderingen op alle aan vaginale penetratie gerelateerde maten resulteerde de behandeling niet in een klinisch relevante verandering in het overige seksueel functioneren (orgasme, tevredenheid). Deze uitkomst was te voorzien; zij meldde voorafgaande aan de behandeling geen andere seksuele problemen dan het primair vaginisme, zodat er geen ruimte was voor verbetering op de andere maten voor seksueel functioneren.

CASUS 2: VERMINDERD SEKSUEEL VERLANGEN BIJ EEN MAN

Patiëntgegevens

Op verwijzing van de revalidatiearts komt Herman (58 jaar) bij de seksuoloog. Hij heeft sinds enkele jaren geen zin meer in seks. Terwijl hij daar voordien spontaan zin in had, is zijn verlangen sterk afgenomen sinds twee jaar geleden een goedaardige hersentumor bij hem werd geconstateerd. Hij onderging daarvoor een bestralingstherapie. In het begin van zijn huwelijk had hij last van te snelle zaadlozing waarna erectieverlies volgde. Hij merkt op dat dit destijds al een sterke seksuele faalangst veroorzaakte. Hij zou zelf graag meer zin in seks hebben en minder last van faalangst tijdens het vrijen. Hij vertelt dat hij altijd de initiator voor seksueel contact met zijn partner is geweest. Volgens Herman was dat omdat zowel hij als zijn vrouw erg gesloten zijn over seksualiteit. Zo weet hij niet of zijn vrouw verbetering van zijn seksuele functioneren wel op prijs stelt. Ze spreken hier eigenlijk nooit over.

Klachten

Volgens DSM-IV-TR (APA, 2000) wordt een seksuele stoornis met verminderd seksueel verlangen gekenmerkt door een aanhoudend of recidiverend gebrek aan (of ontbreken van) seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit, rekening houdend met factoren die het seksuele functioneren kunnen beïnvloeden zoals leeftijd, geslacht en levenswijze. Of het niveau van seksueel verlangen voldoende is kan niet objectief worden vastgesteld. In oudere modellen van seksueel functioneren, wordt de fase van het verlangen vóór de opwindings- en de orgasmefase geplaatst (Kaplan, 1977). Men leidt echter de aanwezigheid van verlangen vaak bij zichzelf af uit de frequentie van genitale opwinding, van seksuele dagdromen en de frequentie van seksueel contact en orgasme; een mix dus van fysiologische reacties, cognities en gedrag. In recentere opvattingen wordt seksueel verlangen beschouwd als een gevolg (en een vroege component) van seksuele opwinding (Basson, 2000; Everaerd & Laan, 1995). De subjectieve beleving van seksueel verlangen zou ontstaan door de

waarneming van beginnende seksuele opwinding en de positieve interpretatie daarvan. Deze verklaring past bij de psychologische fenomenen die in de klinische praktijk bij mannen met verminderd seksueel verlangen worden geconstateerd. Minder zin is regelmatig secundair aan een erectiestoornis en problemen met klaarkomen, en aan relatieproblemen, die de beleving van opwinding bij seksueel contact met de partner kunnen blokkeren.

Verminderd seksueel verlangen kan veroorzaakt worden door diverse psychologische en biologische factoren. Lichamelijk onderzoek en hormoonbepaling (testosteron) zijn geïndiceerd als de persoon aangeeft al langere tijd in geen enkele situatie (met partner of alleen) seksueel verlangen te ervaren. De arts onderzoekt het lichamelijk voorkomen en de geslachtsdelen (secundaire geslachtskenmerken, spiermassa, testikel- en penisgrootte) op signalen van hypogonadisme. In geval van afwijkingen is testosteronbepaling noodzakelijk. Bij te laag T-niveau is aanvullend hormoononderzoek aangewezen (LH, FSH prolactine). Bij oudere mannen is het onderscheid tussen hypogonadisme enerzijds, en anderzijds normale veroudering, comorbide aandoeningen zoals het metabool syndroom of depressie, chronische ziekte of de bijwerkingen van medicatie soms lastig te maken.

Nadere gegevens uit anamnese en medisch onderzoek

Behalve van verminderd seksueel verlangen heeft Herman last van een erectieprobleem. Bij pogingen tot gemeenschap wordt de penis niet volledig stijf. Na begin van coïtus ontstaat iets meer rigiditeit. Hij heeft wel ochtenderec-ties, maar ook dan is de stijfheid niet meer dan 75% van wat hij gewend was. Herman heeft recent een paar keer gemasturbeerd om te onderzoeken of hij zelf wel een erectie kon opwekken. Hij heeft masturbatie echter altijd als slecht en 'tweedekeus' beschouwd. Hij meent dat de minder stijve erecties tijdens masturbatie dan ook het gevolg kunnen zijn van zijn schuldgevoel.

Herman is sinds 35 jaar getrouwd met Mia. Hij vond zijn huwelijk in seksueel opzicht altijd al 'matig' maar verder is het een uitstekende relatie. Voor het huwelijk was seks met zijn partner 'te spannend', omdat ze zich beiden schuldig voelden. Daardoor was het vaak niet prettig; Herman had af en toe geen goede erecties. Herman wijt dit aan hun jeugd. Beiden zijn opgevoed met de opvatting dat seks zondig is. Later ging het beter met zijn erectie en zijn seksuele verlangen, hoewel hij wel steeds snel klaarkwam. Hij had dan geen gevoel van controle. Herman heeft ook periodes met 'teveel zin' gehad, zoals hij dat zelf zegt. Hij drong dan sterk aan op frequent seksueel contact. Mia wilde in deze periode meestal niet vrijen, maar soms stemde ze toe. Ze was dan passief en liet hem zijn gang gaan.

In het tweede gesprek komen ze samen. Mia vindt Herman's seksuele problemen spijtig. Ze zou meer van het vrijen willen genieten. Ze voelt zich nu, vooral sinds ze in de menopauze is, vrijer op seksueel gebied, hoewel ze er nog steeds niet gemakkelijk over kan praten. Ze kan desgevraagd niet aanduiden

waarom ze zich vrijer voelt. Mia zou hulp voor zijn probleem dan ook op prijs stellen. Volgens haar lijdt Herman onder zijn seksuele problemen. 'Het knaagt aan hem, hij wordt er chagrijnig van.' Ze vermijden allebei situaties waarin seksueel contact mogelijk is, als voorbeeld noemt Herman 's ochtends na het ontwaken wat langer samen in bed blijven liggen. 'Dan voel ik de spanning oplopen bij mezelf. Ik denk dan dat Mia verwacht dat ik haar ga aanhalen. Ik sta dan gauw op en ga koffie zetten.' Mia herkent wat Herman zegt; op zo'n moment zegt ze er niets van, maar ze zou soms wel willen vrijen in die situatie. Herman is sinds het ontstaan van de hersentumor sneller geïrriteerd. Volgens Mia reageert hij vaak impulsief en boos. Herman moet vaak zoeken naar namen van bekende personen en naar woorden. Hij vertrouwt niet meer volledig op zijn geheugen. Neuropsychologisch onderzoek wijst uit dat zijn aandacht en concentratievermogen verminderd zijn.

Er werd ook een te lage schildklierfunctie gevonden en hyperprolactinemie (te hoge eigen productie van prolactine). Herman's hypofyse werd bestraald. Na behandeling is de diagnose hypogonadisme (chronisch te laag testosteron-niveau) gesteld. Er is behandeling gestart met aanvulling van testosteron en schildklierhormoon. Hierdoor wordt o.m. de toename van borstklierweefsel tegengegaan. Hermans gewicht is tegen zijn zin fors gestegen, waarvoor de arts hem meer lichaamsbeweging adviseerde. Hij is sneller vermoeid. Nieuwe hormoonbepaling gaf als uitkomst: testosteron 2 ng/ml; prolactine 55 ng/ml. Dit is nog steeds afwijkend van normaal. De hormoonbehandeling wordt voorlopig zo voortgezet.

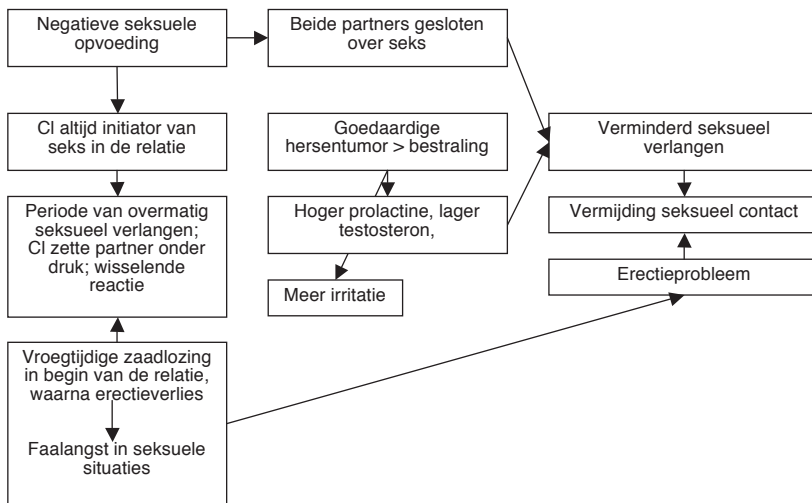
Eerder was er probleemloos seksueel verlangen, in een bepaalde periode wilde Herman zelfs veel vaker seks hebben dan Mia. Er waren eerder geen relevante erectiestoornissen, wel verstoorde een te snelle zaadlozing geregeld het vrijen. Het is mogelijk dat de tumor al langere tijd een vermindering van seksueel verlangen veroorzaakte voordat de diagnose werd gesteld. De plotselinge verdere vermindering na de radiotherapie, twee jaar geleden, heeft de situatie verergerd. Het paar heeft al vanaf het begin van de relatie moeite met communicatie over seksualiteit. Het dalen van het seksueel verlangen door Herman's ziekte kon hierdoor niet goed worden opgevangen. Het paar is gevangen geraakt in non-communicatie en vermijding. De testosteronspiegel is ondanks de testosteronaanvulling aan de lage kant; de prolactine is verhoogd.

Verklaringsmodel

Behandeling van kanker kan schade aan de testikels toebrengen. Door cytostatica en bestraling kan onder meer functieverlies van de testikels optreden, maar de testosteronproductie is zelden geheel uitgevallen en ook dat kan de bijnier soms compenseren. Te hoge prolactinespiegels inhiberen seksueel verlangen (Knegtering et al, 2008). Dit komt voor bij sommige medicijnen (o.m. antipsychotica) en bij prolactinevormende tumoren van de hypofyse.

<p>CS Ochtend, we liggen samen in bed</p>	<p>UCS/UCR CR: gespannen</p>	<p><u>Betekenis:</u> Mia verwacht nu dat ik haar aanraak; ik kan dat niet; ik voel niks en ik kan geen erectie krijgen</p> <p><u>Stimuli:</u> Mia ligt wakker naast mij</p> <p><u>Respons:</u> angst stijgt</p> <p><u>Gedrag:</u> ik stap uit bed</p> <p><u>Psychofysiologie:</u> Onrust; kan voeten niet stilhouden</p>
---	---------------------------------------	--

Figuur 3. Betekenisanalyse en holistische theorie Herman



Figuur 4. Betekenisanalyse erectieprobleem

Deze verstoren soms ook het regulerend mechanisme bij het aanmaken van testosteron, wat het prolactine-effect versterkt. Stoornissen in aandacht en concentratie kunnen opwindingsstoornissen veroorzaken. Verminderde aandachtscapaciteit en afdwalen naar andere interne of externe stimuli kunnen de continue verwerking van erotische prikkels belemmeren, die nodig is voor het ontstaan en in stand houden van de genitale respons op deze prikkeling. Faalangst, spanningen in de relatie en communicatieproblemen kunnen ook bijdragen. Secundair kan vermindering van seksueel verlangen ontstaan.

Het advies wordt gegeven om te starten met een exposurebehandeling (sensate focustherapie), omdat de relationele aspecten een dominante rol lijken te spelen. In de sensate focusaanpak kan daar aandacht aan worden besteed. De

mogelijkheden op medicamenteus gebied worden besproken. Naast de lopende behandeling met bromocryptine (prolactineverlagend), testosteron- en schildklierhormoonaanvulling, kan Herman een PDE-5 remmer (erectiebevorderend medicijn), clomipramine of paroxetine (zaadlozingvertragend) gaan gebruiken. Het advies is om, volgens een stepped-care aanpak, met medicatie te starten indien de sensate focustherapie onvoldoende resultaat heeft.

Verloop van de behandeling

De rationale van sensate focustherapie wordt uitgelegd. Er wordt begonnen met niet-genitale streel oefeningen. Gedurende de eerste weken voeren de partners vier à vijf keer gedurende korte tijd de oefeningen uit. Ze strelen elkaar en voelen zich daarbij heel onwennig. Eerder besteedden ze weinig aandacht aan elkaar aanraken tijdens het voorspel. In de tijd tussen de oefeningen voelen ze zich echter intiemer, en meer betrokken op elkaar. Ze rapporteren in het volgende therapiegesprek dat ze het voelen alsof er een grote barrière tussen hen is weggevalen nu ze samen naar de therapie komen.

In de volgende weken gaan ze door met elkaar strelen; ook de geslachtsdelen worden aangeraakt. Ze krijgen de instructie zonder gemeenschap te vrijen, zelfs als er opwinding ontstaat. Ze mogen van dat gevoel genieten, maar er is geen druk om de opwinding vol te houden om coïtus te kunnen hebben of om een orgasme te bereiken. Herman vindt het, tegen zijn verwachting in, fijn om te doen. Hij merkt dat hij nog steeds seksuele gevoelens kan hebben, en een erectie die aanhoudt. Het effect op de erectie wordt sterker naarmate vaker is geoefend. Mia oefent weliswaar volgens afspraak mee, maar ze is niet tevreden. Herman streeft haar plichtmatig en met weinig gevoel. Ze wil daar tijdens het oefenen niets van zeggen omdat ze bang is dat hij dan geïrriteerd reageert. Hij herkent het zonder veel gevoel strelen, en kan beamen dat hij inderdaad opvliegend kan reageren. Herman vraagt Mia om hem expliciet te zeggen wat zij van hem wil tijdens het oefenen. Zij is bereid dat te doen. Een nieuwe periode van vier weken wordt afgesproken om dezelfde oefening aan te vullen met aanwijzingen van Mia. Herman besteedt meer aandacht aan haar. Een toevoeging in de hierop volgende periode is de 'plaagoefening'. Hierbij wekt Mia bij haar man een erectie op. De stimulatie stopt zodra de erectie voldoende sterk is. Nadat de erectie is weggezakt, hervat zij de stimulatie. Af en toe gaan ze door tot een orgasme volgt.

Het effect van de plaagoefening is zoals voorspeld; de erectie keert terug na het stoppen en daarna hervatten van stimuleren, ook al is de stijfheid niet volledig. In het volgende therapiegesprek zegt Herman dat hij zich ondanks deze verbeterde opwinding steeds meer zorgen begint te maken over zijn uitblijvende zin in seks. Hij had verwacht dat het betere erectiele functioneren zijn behoefte aan seks zou herstellen. Hij voelt echter nog steeds geen spontane zin of behoefte aan seks. Hij realiseert zich dat hij wel kan genieten tijdens het seksuele contact. In de sessie wordt duidelijk dat Mia ondanks het ontbreken van spontane zin in seks bij Herman wel frequenter wil vrijen. De mogelijkheden om hun

interactiepatroon aan te passen worden besproken. Mia mag initiatief nemen, en Herman wil daar in mee gaan. Een ander onderwerp is hun communicatie tijdens het vrijen. Herman vertelt dat hij slecht tegen haar kritiek kan tijdens het vrijen, ook al is het maar één verkeerd woord. Mia is bereid om daar op te letten en eventuele kritiek uit te stellen om daar na het vrijen op terug te komen.

Evaluatie van de behandeling

In het afsluitend gesprek blijkt de situatie niet verder veranderd te zijn. Herman heeft nog steeds geen spontane zin in seks. Hij heeft ook moeite om zichzelf op te winden, maar als hij eenmaal is begonnen met vrijen krijgt hij wel een voldoende erectie. Tot dan toe is het eenmaal gelukt om gemeenschap te hebben en de erectie vast te houden tot aan het orgasme. Beide partners vinden dat ze vooruitgegaan zijn in hun praten over seks en andere onderwerpen. Ze zijn verder in alle andere opzichten tevreden over hun relatie. Ze realiseren zich dat hiermee in seksueel opzicht het plafond bereikt is. De mogelijkheden van medicatie worden opnieuw besproken, maar Herman wil daar niet aan beginnen. Hij vindt dat hij al veel verplichte medicatie moet gebruiken en wil niet nog meer. Enkele maanden later blijkt in een follow-up gesprek dat de situatie ongewijzigd is. De therapie wordt afgesloten.

TOT BESLUIT

In twee casussen werden toepassingen van gedragstherapeutische en cognitieve interventies beschreven bij respectievelijk een vrouw met vaginistische reacties, en een man met verminderd seksueel verlangen. Bij de vaginismecasus bleek de primaire klacht verholpen te kunnen worden. Het seksueel functioneren verbeterde niet verder, waarschijnlijk vanwege een plafondeffect. Bij de mannelijke casus verbeterde het seksuele functioneren, en de seksuele relatie, terwijl de aanmeldingsklacht niet gewijzigd was bij afsluiting. De interactie met in stand houdende medische factoren werd in deze casus ook belicht.

SUMMARY

Cognitive behavioural treatment in sexual dysfunctions

In this article two cases of cognitive-behavioural treatment are presented, of a woman with lifelong vaginismus and a man with hypoactive sexual desire, respectively. In addition, the phenomenology of these problem types are discussed. A treatment plan is then proposed, based on a theoretical model and a case conceptualisation. In conclusion, the course and the results of treatment are described.

Key words: sexual dysfunctions, primary vaginismus, decreased sexual desire, cognitive therapy, behavioural therapy

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth edition, and Text revision)*. Washington DC: APA.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 51-65.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J.R., Laan, E., Meston, C., Schover, L., Lankveld, J. van, & Weijmar Schultz, W. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24, 221-229.
- Borg, C., Jong, P.J. de, & Weijmar Schultz, W. (2011). Vaginismus and dyspareunia: Relationship with general and sex-related moral standards. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 223-231.
- Everaerd, W., & Laan, E. (1995). Desire for passion: Energetics of sexual response. *Journal of Sex Marital Therapy*, 21, 255-263.
- Kaplan, H.S. (1977). *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Klaassen, M., & Kuile, M.M. ter (2009). Development and initial validation of the Vaginal Penetration Cognition Questionnaire (VPCQ) in a sample of women with vaginismus and dyspareunia. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1617-1627.
- Knegtering, H., Bosch, R. van den, Castelein, S., Bruggeman, R., Sytema, S., & Os, J. van (2008). Are sexual side effects of prolactin-raising antipsychotics reducible to serum prolactin? *Psychoneuroendocrinology*, 33, 711-717.
- Kuile, M.M. ter, Bulté, I., Weijenburg, 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.
- Kuile, M.M. ter, Lankveld van, J.J.D.M., Groot, H.E. de, Melles, R., Nefs, J., & Zandbergen, M. (2007). Cognitive behavioural therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 359-373.
- Kuile, M.M. ter, Lankveld, J.J.D.M. van, Kalkhoven, P., & Egmond, M. van (1999). The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): Psychometric properties within a Dutch population. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25, 59-71.
- Lankveld, J.J.D.M. van, Kuile, M.M. ter, & Both, S. (2012)- *Gedragstherapie*, 45, 155-184. Cognitieve gedragstherapie bij seksuele disfuncties van vrouwen en mannen: Een overzicht.
- Rust, J., & Golombok, S. (1986). The GRISS - A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 157-165.