

# Diagnostiek en behandeling van primair vaginisme - een update

P.T.M. Weijnenborg, M.M. ter Kuile

## Inleiding

In een recent verschenen artikel in dit tijdschrift<sup>1</sup> is ingegaan op de mogelijke rol van negatieve emotionele reacties in samenhang met de diagnose primair vaginisme. Een groep Nederlandse onderzoekers en klinici heeft onlangs de resultaten van drie opeenvolgende, gerandomiseerde en gecontroleerde studies naar de effectiviteit van een behandeling bij vaginisme gepubliceerd<sup>2-4</sup>. Dit vormt de aanleiding om u hierover nader te informeren.

In deze bijdrage worden eerst kort definiëring, het voorkomen, de anamnese en diagnostiek bij primair vaginisme beschreven. Hierna wordt uitgebreid ingegaan op de recente interventiestudies en de implicaties ervan voor de gynaecologische praktijk.

## Definitie

Vaginisme is in de Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV-TR) gedefinieerd als een "aanhoudend spasme van de musculatuur van het buitenste éénzijdige deel van de vagina" hetgeen vaginale penetratie belemmert.<sup>5</sup> Echter, tot op heden is het niet mogelijk gebleken de belemmering van penetratie door een aanhoudend spasme van deze spieren wetenschappelijk te onderbouwen.<sup>6</sup> Een internationale consensusgroep heeft dan ook geadviseerd de definitie van vaginisme aan te passen en te wijzigen in "aanhoudende problemen om een penis, vinger of iets anders in de vagina naar binnen te (laten) brengen, ondanks een nadrukkelijke wens van de vrouw hiertoe. Er kan sprake zijn van een onvrijwillig aanspannen van de bekkenbodemspieren, (fobisch) vermijdingsgedrag en anticipatie-angst op pijn. Somatische redenen voor de klacht moeten zijn uitgesloten".<sup>7</sup> De vrouw krijgt de diagnose primair of wel levenslang vaginisme' wanneer coïtus nog nooit gelukt is. Daarnaast wordt soms onderscheid gemaakt tussen 'situationeel' en 'gegeneraliseerd' vaginisme. Bij 'gegeneraliseerd' vaginisme laat de vrouw 'niets' in haar vagina toe, terwijl in geval van 'situationeel' vaginisme het inbrengen van een tam-

pon en/of vinger wel mogelijk is, maar intromissie van de penis niet. Wanneer coïtus aanvankelijk mogelijk was maar nu niet meer, is er sprake van 'secundair' of wel 'verworven vaginisme'. Men hanteert vaak de meer beschrijvende diagnose 'dyspareunie met secundair vaginistische reactie' wanneer toeneemende pijnklachten bij coïtus een belangrijke reden zijn voor het niet meer kunnen hebben van gemeenschap.

## Prevalentie en incidentie

Volgens enkele buitenlandse studies komt vaginisme naar schatting bij 1-6% van de vrouwen voor.<sup>8</sup> Het is echter niet duidelijk of het hier de diagnose 'primair' dan wel 'secundair' vaginisme betreft. Dit geldt ook voor de bevindingen uit een recente representatieve steekproef onder de Nederlandse bevolking waarin bijna 5% van de 3056 ondervraagde vrouwen aangeeft dat zij 'regelmatig' geen coïtus kan hebben en daar persoonlijke last van ondervindt.<sup>9</sup>

In de gynaecologische praktijk meldt drie procent van een groep van 325 vrouwen last te hebben van primair dan wel secundair vaginisme wanneer de gynaecoloog er expliciet naar vraagt.<sup>10</sup> Daarnaast geeft 3-20% van de vrouwen aan dat zij hulp zoeken vanwege het vaginisme wanneer zij een GGZ-instelling of een polikliniek seksuologie bezoeken.<sup>11,12</sup> De gevonden verschillen in percentages zouden kunnen zijn veroorzaakt door een verschil in definiëring van de klachten en de behandelexpertise tussen de instellingen waar hulp wordt gezocht.

## Diagnostiek

### Anamnese

De diagnose primair vaginisme wordt gesteld op basis van de anamnese. Het uitvragen van het probleem kent verschillende stappen (zie tabel 1). De klinische presentatie en hulpvraag van de vrouw met vaginisme zijn zeer divers: ze kan jong (rond de 20 jaar) of wat ouder (rond de 30 jaar) zijn, ze kan veel (algemeen) angstige gedachten hebben of juist niet,

Tabel 1. Anamnese vragen

|   |  |
|---|--|
| <p><i>Wat kan wel en wat kan niet in de vagina worden ingebracht?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan de vrouw een tampon inbrengen, een of twee vinger(s) van zichzelf of van haar partner, zijn penis?</li> <li>• Heeft de vrouw ervaringen met gynaecologisch onderzoek, met name speculum onderzoek? Was dit mogelijk?</li> <li>• Is het probleem altijd zo geweest of in de loop van de tijd ontstaan?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herkent de vrouw dat zij tijdens het vrijen minder seksueel opgewonden raakt, met name minder vochtig wordt?</li> <li>• Herkent de vrouw dat zij gaandeweg minder tot geen zin meer heeft in seksueel contact, gemeenschap? Vermijdt zij iedere (seksuele) aanraking?</li> </ul>  |
| <p><b>Vulvaire pijn</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treedt er vulvaire pijn op bij het inbrengen van een tampon, een of twee vinger(s) van zichzelf of van hem, zijn penis?</li> <li>• Wat is de aard van de pijn? Wat is het beloop van de pijn?</li> <li>• Is er ook vulvaire pijn bij mictie na coïtus(poging)?</li> </ul>  | <p><i>Zijn er andere bekkenbodemp hypertonie klachten, zoals frequente mictie en/of obstipatie?</i></p> <p><i>Zijn er andere gynaecologische klachten zoals overmatige afscheiding?</i></p> <p><i>Heeft de vrouw negatieve ervaringen op seksueel gebied, ervaringen met fysiek geweld?</i></p>  |
| <p><i>Wat is volgens de vrouw de oorzaak van het niet kunnen hebben van gemeenschap?</i></p>  | <p><i>Wat zijn de algemene gevolgen van het probleem?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat zijn de gevolgen van het probleem voor de vrouw zelf in psychologische zin, zoals het ervaren van schaamte en het hebben van een schuldgevoel ten opzichte van de partner?</li> <li>• Wat zijn de gevolgen van het probleem voor de relatie met haar partner, zoals spanningen in de relatie? Is de vrouw bekend met stemmingsstoornissen zoals angst en depressie dan wel persoonlijkheidsproblematiek?</li> </ul> |
| <p><i>Wat zijn de gevolgen van het probleem in de seksuele situatie?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herkent de vrouw dat ze meer gespannen raakt algemeen en/of specifiek in het bekkenbodemp gebied? Anticipeert zij op pijn door meer gespannen te raken?</li> </ul>  | <p>Waarom zoekt de vrouw (en haar partner) nu hulp? Seksuele relatie en functioneren verbeteren dan wel kinderwens?</p>  |

ze kan zonder gemeenschap optimaal seksueel functioneren of juist iedere seksuele situatie vermijden, ze kan niets in haar vagina toelaten of wel tampons inbrengen en een speculumonderzoek verdragen terwijl intromissio van de penis onmogelijk is, ofwel ze wenst haar seksuele relatie te verbeteren dan wel 'op een natuurlijke manier' zwanger te worden. Daarnaast is het is niet altijd eenvoudig anamnestic een onderscheid te maken tussen 'vaginisme' en 'dyspareunie', wat beknopt gedefinieerd kan worden als recidiverende of aanhoudende pijn samenhangend met geslachtsgemeenschap.<sup>7,8</sup> In beide groepen kan er sprake zijn van vulvaire pijn bij (pogingen tot) intromissio van de penis.<sup>7,8,13</sup> In de dagelijkse praktijk zal, wanneer coïtus nog nooit gelukt is, ondanks de wens daartoe, de diagnose primair vaginisme gesteld worden.

#### Resultaten uit recent wetenschappelijk onderzoek

Cross-sectionele studies laten een tegenstrijdig beeld zien ten aanzien van het vaker voorkomen van een angst en/of depressieve stoornissen bij vrouwen met

vaginisme in vergelijking met vrouwen zonder dit probleem.<sup>8</sup> Er zijn aanwijzingen dat vrouwen met vaginisme meer negatieve catastroferende gedachten en angst ten aanzien van (pijn bij) penetratie, een minder positief seksueel zelfbeeld en meer gevoelens van afkeer van seksualiteit rapporteren dan vrouwen zonder dit probleem.<sup>8</sup> Het is niet duidelijk of deze bevindingen een oorzaak dan wel gevolg zijn van het vaginisme. Op basis van experimenteel onderzoek zijn er aanwijzingen dat de emotie walging een rol speelt bij vrouwen met primair vaginisme. Vrouwen met vaginisme tonen een relatief sterke fysiologische walgreactie op seksuele stimuli, neigen tot meer strikte morele overtuigingen dan vrouwen met dyspareunie en geven blijk van een relatief sterke neiging om pijn te catastroferen.<sup>1</sup> Hoewel de DSM-IV-TR aangeeft dat vaginisme vaak geassocieerd wordt met seksueel misbruik, wordt dit slechts in zeer beperkte mate ondersteund door onderzoeksresultaten.<sup>8</sup> Ondanks de klacht zijn vrouwen met vaginisme vaak wel tevreden over hun seksuele relatie en de relatie in het algemeen.<sup>14</sup>

### *Lichamelijk onderzoek*

Het verrichten van gynaecologisch onderzoek bij vrouwen met primair vaginisme wordt uitgevoerd om enerzijds eventuele congenitale afwijkingen van hymen of vagina vast te stellen en anderzijds om de vrouw te informeren over haar externe genitalia, de exacte locatie van de pijn die zij mogelijk ervaart bij een coïtus(poging) en datgene wat kan gebeuren bij het (on)willekeurig aanspannen van haar bekkenbodemspieren. Het onderzoek dient zo een educatief doel en wordt dan ook een 'educatief gynaecologisch seksuologisch onderzoek' genoemd. De vrouw wordt altijd aangemoedigd via een handspiegel mee te kijken. Het onderzoek omvat inspectie van de genitalia externa, introïtus en hymenaalring en palpatie van het vestibulum vaginae. Speculumonderzoek en vaginaal toucher dienen vermeden te worden. Vaak zal dit ook onmogelijk zijn of indien het doorgezet wordt, gepaard gaan met veel pijn vanwege het optreden van een vaginistische reactie.

### *Inspectie*

Slechts af en toe (0 - 5%) wordt bij lichamelijk onderzoek van de vrouw bij wie gemeenschap nog nooit is gelukt en die regelmatig menstrueert, een afwijking gevonden die kan samen hangen met het niet kunnen hebben van gemeenschap zoals een hymen semilunaris altus of een vagina septum.<sup>6,13</sup>

### *Palpatie*

Bij een grote groep vrouwen (50-100%) met primair vaginisme kunnen bevindingen worden gedaan die beschreven zijn bij de diagnose provoked vestibulodynia (voorheen vulvair-vestibulitisyndroom). In dat geval geeft de vrouw pijn aan bij het aanraken van het vestibulum vaginae met een vochtig wattenstokje, de zogenaamde touch test of Q-tip-test, waarbij soms ook een vestibulair erytheem zichtbaar is.<sup>13,15</sup> De pijn wordt door de vrouw regelmatig herkend als de pijn die zij voelt bij een coïtus(poging).

### *Beoordeling vaginistische reactie dan wel overactieve bekkenbodem*

Het is logisch dat de vrouw als reactie op pijn haar bekkenbodemspieren aanspant. Dit gedrag wordt dan ook vaak gezien bij het aftasten van het vestibulum vaginae (touch test). Soms kan een klassieke vaginistische afweerreactie worden waargenomen met aanspannen van de bekkenbodemspieren, adductie van de bovenbenen, flexie van de tenen/voeten en soms autonome spanningsreacties. Wanneer palpatie intravaginaal niet mogelijk of gewenst is, is een 'overactieve bekkenbodem'<sup>16</sup> dan wel het constant aangespannen zijn van de bekkenbodemspieren te vooronderstellen wanneer de vrouw moeite heeft haar bekken ontspannen op de rand van de onderzoeksbank te leggen dan wel te laten liggen tijdens het onderzoek. Deze bevin-

ding kan samenhangen met het probleem op seksueel gebied, maar zou ook veroorzaakt kunnen worden door de onderzoekssituatie zelf.

### *Resultaten uit recent wetenschappelijk onderzoek*

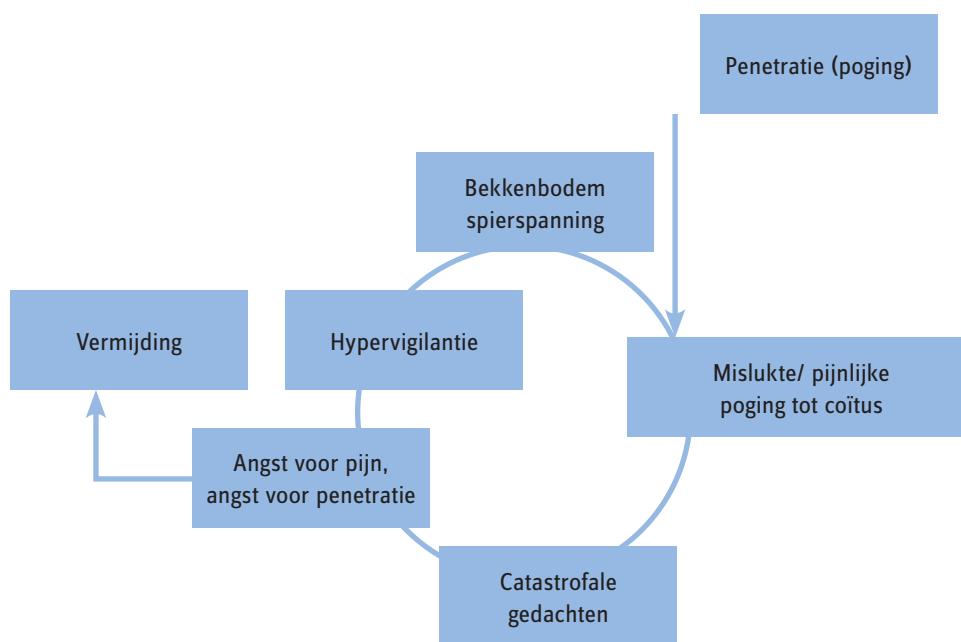
Resultaten van studies die ongeveer tien jaar geleden werden uitgevoerd laten zien dat er tussen vrouwen met of zonder vaginisme geen verschil wordt gevonden in de EMG-ruststonus van de bekkenbodemspieren of de mogelijkheid om controle uit te oefenen over het aan- en ontspannen van deze spieren.<sup>17</sup> Daarnaast blijkt ook dat het aanspannen van de bekkenbodemspieren eerder een universele reactie op een fysiek en seksueel bedreigende prikkel of stimulus is waarbij ook andere spieren in het lichaam worden gespannen, dan dat er sprake is van een continu gespannen zijn van de bekkenbodemspieren zoals verondersteld bij vaginisme.<sup>18,19</sup>

### *Bespreken van bevindingen*

Na het lichamelijk onderzoek worden de bevindingen besproken en de klacht in een voor de vrouw en haar partner begrijpelijk kader geplaatst. Het kan helpen hierbij een schematische tekening van de vulva te maken waarbij de urethra, introïtus, de eventuele pijnplekjes en de locatie van de bekkenbodemspieren al pratend kunnen worden ingetekend. Men kan geen uitspraak doen over een mogelijke oorzaak, men kan wel aangeven hoe lichamelijke en psychologische factoren van invloed zouden kunnen zijn op het seksueel functioneren en het niet kunnen hebben van gemeenschap.

### *Cognitief gedragsmatig model*

In deze fase van het consult kan een cognitief gedragsmatig model behulpzaam zijn om het vaginisme te verklaren. Het model gaat ervan uit dat de vrouw na herhaaldelijke vergeefse pogingen tot coïtus, met penetratie samenhangende negatieve cognities ontwikkelt zoals 'het past niet' of 'het doet vreselijke pijn'. Deze cognities, die zelfs een catastroferend karakter kunnen hebben, roepen een hoge mate van spanning en angst op, waarbij het lichaam reageert met onder andere het aanspannen van de bekkenbodemspieren. Soms zijn deze cognities al bij de eerste coïtuspoging aanwezig. Een volgende penetratiepoging is dan ook extra pijnlijk en slaagt (weer) niet waardoor de vrouw versterkt wordt in haar negatieve en angstige cognities. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel, gebaseerd op het vrees- en vermijdingsmodel bij patiënten met chronische pijn, en zoals in figuur 1 is weergegeven.<sup>20</sup> Zolang de negatieve cognities over penetratie blijven bestaan, zullen deze het probleem in stand houden. Herhaaldelijk falen zal het catastroferende karakter van de cognities versterken. Daarnaast is, uit onderzoek bij met name patiënten met chronische pijn, bekend<sup>20</sup> dat overmatige oplet-



Figuur 1: Het vrees- en vermijdingsmodel van vaginisme<sup>19</sup>

tendheid voor bedreiging, ook wel hypervigilantie genoemd, een rol speelt in dit proces. In hoeverre dit voor alle vrouwen met vaginisme van toepassing is, is nog onvoldoende onderzocht. Veel vrouwen met primair vaginisme zullen al snel elke vorm van penetratie vermijden om zo de hoge mate van spanning, angst en pijn zoveel mogelijk uit de weg te gaan. Dit vermijden speelt zo ook een rol bij het in stand houden van de angst voor penetratie omdat daardoor de catastrofale gedachten niet ontkracht kunnen worden.

Het uitleggen van bovenstaand model tijdens het consult bij de gynaecoloog kan de vrouw handvatten geven om haar eigen lichamelijke en psychische reactie(s) op penetratie(pogingen) enigszins te begrijpen. Zij herkent vaak verschillende elementen die de vicieuze cirkel waarin zij terecht gekomen is, in stand houden. Aanvullende schriftelijke informatie is te verkrijgen via Rutgers WPF ([youthincentives.org](http://youthincentives.org)) en [www.seksueledisfuncties.nl](http://www.seksueledisfuncties.nl).<sup>21</sup>

### Behandelplan

Op basis van de informatie die verkregen is bij anamnese en lichamelijk onderzoek is een louter medische benadering niet aangewezen. Een verwijdingsplastiek zoals in de vorige eeuw nog wel eens werd uitgevoerd, is obsoleet. Echter, het verticaal incideren van een hymen semilunaris of andere zeldzame hymenafwijking kan geïndiceerd zijn, maar blijkt niet altijd het vaginisme op te heffen. Wat medicatie betreft worden soms angstreducerende middelen waaronder SSRI's gebruikt ter ondersteuning van gedragstherapeutische behandelingen om eventuele

gegeneraliseerde angst te verminderen hoewel dit effect tot nu toe niet onderzocht is. Succes van botuline-toxine-injecties in de m. puborectalis is onder andere beschreven in een case-serie van 24 vrouwen met vaginisme, echter gecontroleerde studies ontbreken tot nu toe.<sup>22</sup>

In het verdere verloop van het consult kunnen de verschillende ingrediënten van een behandeling de revue passeren waarbij de hulpvraag van de vrouw en haar partner het uitgangspunt is. Wanneer kinderwens op de voorgrond staat, kan uitleg gegeven worden over zelfinseminatie met eigen zaad (ZIE). Een duidelijke handleiding hiervoor is te vinden via de website [www.seksueledisfuncties.nl](http://www.seksueledisfuncties.nl) (*oefeningen > diversen > zelfinseminatie*).

Bij vrouwen met vaginisme die coïtus willen hebben is seksuologische begeleiding aangewezen. Op basis van de eerder gegeven uitleg over vaginisme en de factoren die de klacht in stand kunnen houden, is een verwijzing naar een arts/psycholoog-seksuoloog NVVS voor de hand liggend (zie [www.nvvs.info/consumenten/zoek-een-seksuoloog](http://www.nvvs.info/consumenten/zoek-een-seksuoloog)). Daar zal de vrouw gaan oefenen met vormen van penetratie met een toenemende moeilijkheidsgraad, zoals het vaginaal inbrengen van vinger(s), eerst van zichzelf en vervolgens die van haar partner, van een tampon en/of van pelotes in oplopende diameter. Systematisch doorloopt ze verschillende stappen, voordat ze coïtus probeert te hebben met haar partner. Het is een gedragstherapeutische behandeling gericht op angstreductie door stapsgewijze exposure ondersteund door ontspanningsinstructies, cognitief herstructureren, educatie en sekstherapie. Bij deze

stapsgewijze exposure gaat de vrouw de confrontatie aan met de angstproeppende stimuli. Als ze kan ervaren dat haar angstproeppende cognities niet kloppen ('het blijkt te passen', 'er gaat niets kapot') kan zij deze cognities veranderen in meer realistische gedachten/overtuigingen waardoor haar angst en vermijdingsgedrag zullen verminderen. Op deze manier zal zij de vicieuze cirkel kunnen doorbreken.

#### *De plaats van bekkenfysiotherapie*

Tot op heden zijn er geen gerandomiseerde studies uitgevoerd waarbij de effectiviteit van louter bekkenfysiotherapie bij de behandeling van vaginisme is onderzocht. Er is vooral een rol voor de in de bekkenbodem gespecialiseerde fysiotherapeut weggelegd als aanvulling op de medische en psychologische expertise.<sup>23</sup> Zo kan de bekkenfysiotherapeut de vrouw begeleiden bij het leren (her)kennen van de spieren van haar bekkenbodem, waarna de vrouw door oefening leert deze spieren optimaal te spannen en te ontspannen. Ter ondersteuning van dit leerproces wordt soms gebruik gemaakt van apparatuur die intravaginaal of in de anus de activiteit van de bekkenbodemspieren meet (zie ook [www.defysiotherapeut.com](http://www.defysiotherapeut.com))

#### **Behandeleffecten, onderzoeksresultaten**

##### *Resultaten uit recent wetenschappelijk onderzoek*

Ondanks de internationale consensus over de ingrediënten van de behandeling bij primair vaginisme ontbraken tot zeer recent gecontroleerde effectstudies,<sup>24</sup> terwijl in casestudies en ongecontroleerde studies succespercentages van 43 tot zelfs 100% werden gerapporteerd. Sinds kort zijn er vier gerandomiseerde interventiestudies uitgevoerd, waarvan drie studies in Nederland.<sup>2-4,25</sup>

In de eerste studie<sup>2</sup> onder 117 vrouwen met primair vaginisme werd de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT), aangeboden in groepstherapie of bibliotherapie, onderzocht in vergelijking met een wachtlijst controle groep. Ingrediënten van de behandeling waren: psycho-educatie over seksualiteit, ontspanningsoefeningen, bekkenbodemspier-oefeningen, stapsgewijze exposure en cognitieve therapie. Tijdens de behandeling werden diverse huiswerkopdrachten gegeven. Van de behandelde vrouwen was 14 procent in staat gemeenschap te hebben aan het einde van de behandeling in vergelijking met nul procent van hen die aan de controlegroep waren toegewezen. Er werd geen verschil in effect gevonden tussen de groepsbehandeling en bibliotherapie. De behandeling had geen meetbaar effect op seksueel verlangen, opwinding, orgasme en seksuele tevredenheid van de vrouwelijke deelnemers en hun partners. Echter, het succes van de behandeling ofwel het kunnen hebben van coïtus, hing samen met een vermindering van vermijden van

en angst voor coïtus tijdens de behandeling.<sup>26</sup> Eén van de mogelijke verklaringen voor het onverwachte en relatief lage succespercentage in deze eerste studie ten opzichte van de eerder gepubliceerde succespercentages, was de mogelijkheid voor de deelnemers om de penetratieoefeningen te vermijden. Ze deden namelijk de oefeningen alleen thuis. Bij navraag bleek het inderdaad zo te zijn dat de vrouwen het thuis oefenen vermeden.

Om vermijdingsgedrag te verminderen werd er in de hierna volgende studies voor gekozen een gedeelte van de exposurebehandeling onder begeleiding van een vrouwelijke therapeut (psycholoog) te laten plaatsvinden in een ziekenhuissetting, ook wel begeleide exposurebehandeling genoemd. Hiervoor kwamen de vrouw en haar partner maximaal drie keer, twee uur lang binnen één week naar het ziekenhuis om te oefenen. In dat tijdsbestek oefende de vrouw met het inbrengen van 'iets' in haar vagina, bijvoorbeeld de eigen vinger(s), tampon en/of pelote. Daarnaast kreeg het paar de opdracht de oefeningen thuis voort te zetten, waarna het resultaat ervan kort daarna besproken werd. Voor een gedetailleerde beschrijving van de behandeling wordt verwezen naar het boek *Seksuele Disfuncties*.<sup>21</sup>

In een eerste gecontroleerde studie in deze opzet werd gevonden dat negen van de tien deelnemende paren coïtus konden hebben bij follow-up zes weken na start van de behandeling. Vijf van de negen vrouwen hadden coïtus in de eerste week na start van de behandeling. Bovendien rapporteerden de vrouwen minder angst voor en negatieve cognities over penetratie na de behandeling, bij drie maanden en een jaar follow-up. De meeste vrouwen hadden slechts één begeleide exposuresessie van twee uur in het ziekenhuis nodig om tot dit resultaat te komen.<sup>3</sup>

Bovenstaande bevindingen werden bevestigd in een vervolgonderzoek.<sup>4</sup> Zeventig vrouwen met primair vaginisme en hun partners werden at random toegewezen aan een wachtlijst-controlegroep of begeleide exposurebehandeling. Opnieuw kon bijna 90 procent van de paren coïtus hebben na deze begeleide exposurebehandeling tegen bijna 10 procent van de paren in de controlegroep. Meer dan 90 procent van de paren kon coïtus hebben binnen twee weken na de start van de behandeling. In tegenstelling tot de sterke veranderingen op alle uitkomstmaten met betrekking tot vaginale penetratie, resulteerde deze behandeling niet in veranderingen in andere aspecten van het seksueel functioneren, zoals seksueel verlangen en ervaren opwinding. Om deze reden wordt dan ook in de klinische praktijk na een geslaagde behandeling van het vaginisme geïnventariseerd of het paar tevreden is over het seksueel functioneren, inclusief geslachtsgemeenschap. Als dit niet het geval is, kan het paar, indien gewenst, de behandeling vervolgen met als doel het verbeteren

van genot en opwinding in de seksuele situatie met de partner, waaronder penetratie. Deze begeleide exposurebehandeling wordt momenteel slechts op enkele plaatsen in Nederland uitgevoerd.

### Conclusie

Wanneer gemeenschap nog nooit gelukt is, ondanks de nadrukkelijke wens van de vrouw daartoe, wordt gesproken van primair vaginisme. Uit onderzoek komt naar voren dat angst voor coïtus, vermijdingsgedrag en angstige, negatieve cognities over penetratie, een belangrijke rol lijken te spelen bij dit probleem. Indien een vrouw zich bij een gynaecoloog meldt met primair vaginisme, is een gerichte anamnese het instrument om de diagnose te kunnen stellen. Het lichamenlijk onderzoek is een eerste stap in de behandeling. Inspectie van de genitalia externa waarbij met name het vestibulum vaginae, de introïtus en het proximale deel van de vagina kan worden beoordeeld, levert voldoende informatie op over het bestaan van coïtus belemmerende somatische factoren. Het onderzoek heeft daarnaast een belangrijk educatief karakter. Een speculumonderzoek en vaginaal toucher worden in deze fase ten zeerste afgeraden.

Na het lichamenlijk onderzoek informeert de gynaecoloog de vrouw en haar partner over de bevindingen. Ook kan informatie gegeven worden over de huidige ideeën over vaginisme aan de hand van het vrees- en vermijdingsmodel voor vaginisme. Veel paren (h) erkennen dat zij in de loop van de tijd het 'coïtus willen hebben' zijn gaan vermijden en dat zij leven met verschillende angstige/negatieve gedachten hieromtrent. Ook de ingrediënten van de huidige behandeling kunnen worden besproken. Hierna kan het paar verwezen worden voor een vervolgbehandeling.

De kans op succes van een begeleide exposurebehandeling is zeer groot. Nader onderzoek zal onder andere moeten uitwijzen welke groep vrouwen met hun partner het meeste profiteren van een dergelijke aanpak en welke factoren de kans op succes positief dan wel negatief beïnvloeden.

### Literatuur

- Hanema, Y.R., P.J. de Jong, C. Borg & W.C.M. Weijmar Schultz, *Seksuele functiestoornissen: de mogelijke rol van negatieve emotionele reacties*. NTOG 2012; 129:219-227.
- van Lankveld, J.J., M.M. ter Kuile, H.E. de Groot, R. Melles, J. Nefs & M. Zandbergen, *Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting list controlled trial of efficacy*. J Consult Clin Psych 2006;74:168-178
- ter Kuile, M.M., I. Bultée, P.T. Weijenberg, et al., *Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a replicated single-case design*. J Consult Clin Psychol 2009;77:149-159.
- ter Kuile, M.M., R. Melles, H.E. de Groot, et al., *Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list controlled trial of efficacy*. Submitted
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text rev. Washington, DC:APA 2000.
- Reissing, E.D., Y.M. Binik, S. Khalife, D. Cohen & R. Amsel, *Vaginal spasm, pain, and behaviour: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus*. Arch Sex Behav 2004;33:5-17
- Basson, R., S. Leiblum, L. Brotto, L. Derogates, J. Fourcroy, K. Fugl-Meyer, A. Graziottin, J.R. Heiman, E. Laan, C. Meston, L. Schover, J.J.D.M. van Lankveld, W. Weijmar Schultz, *Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision*. J Psychosom Obstet Gynecol 2003;24:221-229.
- van Lankveld, J.J., M. Granot, W.C. Weijmar Schultz, Y.M. Binik, U. Wesselman, C.F. Pukall, et al., *Women's sexual pain disorders*. J Sex Med 2010;7:615-631
- Kedde, H., *Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren*. Tsch Seksuol 2012;26:98-108
- van Lankveld, J.J.D.M., M.M. ter Kuile, G.G. Kenter, E.V. van Hall & P.T.M. Weijenberg, *Seksuele klachten en ervaringen met seksueel en fysiek geweld bij gynaecologische patiënten*. NTvG 1996;140:1903-1906.
- Kedde, H., *LOPS registratie 2010*. Utrecht. Landelijk overleg van Poliklinieken Seksuologie (LOPS), RutgersWPF 2011.
- Kruijien, H., H. Kedde & J. Vroege, *PSTG registratie 2008-2009*. Utrecht, Platform Seksuologische Teams in GGZ Instellingen. RutgersWPF 2011
- ter Kuile, M.M., J.J. van Lankvel, C.V. Vliet Vlieland, C. Willekes & P.T. Weijenberg, *Vulvar vestibulitis syndrome: an important factor in the evaluation of lifelong vaginismus?* J Psychosom Obstet Gynecol 2005;26:245-249.
- Reissing, E., Y.M. Binik, S. Khalife, D. Cohen & R. Amsel, *Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema and relationship adjustment*. J Sex Mar Ther 2003;29:47-59
- Binik, Y.M., *The DSM diagnostic criteria for vaginismus*. Arch Sex Behav 2010;39:278-291
- Messelink, B., T. Benson, B. Berghmans, et al., *Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society*. Neurour Urodyn 2005;24:374-380.
- van der Velde, J. & W. Everaerd, *Voluntary control over pelvic floor muscles in women with and without vaginistic reactions*. Int J Urogynecol 1999;10:230-236.

18. van der Velde, J. & W. Everaerd, *Vaginismus, a component of a general defensive reaction. An investigation of pelvic floor activity during exposure to emotion-inducing film excerpts in women with and without vaginismus.* Int Urogynecol J 2001;12:328-331
19. van der Velde, J. & W. Everaerd, *The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness, and experienced threat in women with and without vaginistic reactions.* Behav Res Ther 2001;39:395-208.
20. Vlaeyen, J.W. & S.J. Linton, *Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art.* Pain 2000;85:317-332
21. *Seksuele Disfuncties.* Red: Jacques van Lankveld, Moniek ter Kuile en Peter Leusink. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2010.
22. Ghazizadeh, S. & M. Nikzad, *Botulinum toxin in the treatment of refractory vaginismus.* Obstet Gynecol 2004;104:922-925
23. Rosenbaum, T.Y., *Pelvic Floor involvement in male en female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment.* J Sex Med 2007;4:4-13
24. McGuire, H. & K. Hawton, *Interventions for vaginismus.* Cochrane Database Syst Rev 2003(1):CD001760
25. Schnyder, U., C. Schnyder-Luthi, P. Ballinari, A. Blaser, *Therapy for vaginismus: In vivo versus in vitro desensitization.* Can J Psych 1998;43(9):941-944.
26. Kuile, M.M. ter, J.J.D.M. van Lankveld, H.E. de Groot, R. Melles, et al., *Cognitive behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors.* Behav Res Ther 2007;45:359-373.

### Samenvatting

Vaginisme wordt tegenwoordig gedefinieerd als een aanhoudend probleem met het (laten) inbrengen van een penis, vinger of iets anders in de vagina, ondanks een nadrukkelijke wens van de vrouw hiertoe. Men spreekt van primair vaginisme wanneer coïtus nog nooit gelukt is. De schatting is dat wereldwijd 1-6% van de vrouwen last heeft van dit probleem. De prevalentie in Nederland is onbekend. Een overzicht wordt gegeven van de klinische consequenties van bevindingen van recent onderzoek ten aanzien van diagnostiek en behandeling van primair vaginisme in de gynaecologische praktijk.

Een vrees-vermijdingsmodel voor vaginisme wordt besproken. Dit model veronderstelt dat angstige cognities over penetratie en daarmee samenhangend vermijdingsgedrag de klachten in stand houden. Een begeleide exposurebehandeling, die gebaseerd is op dit model, blijkt een kortdurende en effectieve behandeling voor de meeste vrouwen met primair vaginisme te zijn.

### Trefwoorden

Primair vaginisme; diagnostiek en behandeling; vrees- en vermijdingsmodel; begeleide exposure-behandeling

### Summary

Vaginismus is commonly defined as a persistent difficulty in allowing vaginal entry of a penis, a finger and/or any other object, despite the women's expressed wish to do so. Primary vaginismus occurs when a woman has never been able to have intercourse. Population based estimates for vaginismus range from 1-6%. The prevalence rate among

the Dutch population is unknown.

The clinical implications of findings of recent studies regarding diagnostic and treatment strategies in case of primary vaginismus are addressed.

A cognitive - behavioral model with fear of vaginal penetration and avoidance behaviour associated with erroneous beliefs is increasingly considered to be a key factor in vaginismus. Recently, the effectiveness of therapist-aided exposure, an intervention based on this model, was demonstrated in a randomised controlled trial.

### Keywords

Primary vaginismus, diagnostic strategies and treatment, fear- and avoidance model; therapist-aided exposure

### Auteurs

dr. P.T.M. Weijnenborg MD PhD, gynaecoloog, seksuoloog NVVS

M.M. ter Kuile PhD, klinisch psycholoog, seksuoloog NVVS

Afdeling Gynaecologie, Polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

### Correspondentie

dr. P.T.M. Weijnenborg, gynaecoloog

LUMC, Stafcentrum Gynaecologie

K6. Postbus 9600, 2300 RC Leiden.

e p.t.m.weijnenborg@lumc.nl. e 071-5269111

### Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.