



13. Seksuele problemen

Inhoud deeldraaiboek 13

13.1 Inleiding	157
13.1.1 Definitie en afbakening	157
13.1.2 Regionale multidisciplinaire aanpak	158
13.1.3 Vergoeding van seksuologische hulp	158
13.1.4 Indeling en opbouw paragrafen	158
13.2 Verminderd seksueel verlangen en verschil in verlangen	159
13.2.1 Definitie	159
13.2.2 Vragen	159
13.2.3 Onderzoek	160
13.2.4 Probleembeschrijving	160
13.2.5 Plan van aanpak	163
13.2.6 Verwijzen	163
13.3 Seksuele aversie	164
13.3.1 Definitie	164
13.3.2 Vragen	164
13.3.3 Onderzoek	164
13.3.4 Probleembeschrijving	164
13.3.5 Plan van aanpak	165
13.3.6 Verwijzen	165
13.4 Seksverslaving	165
13.4.1 Definitie	165
13.4.2 Vragen	165
13.4.3 Onderzoek	166
13.4.4 Probleembeschrijving	166
13.4.5 Plan van aanpak	167
13.4.6 Verwijzen	167
13.5 Seksuele opwindingsstoornis bij mannen (erectiestoornis)	167
13.5.1 Definitie	167
13.5.2 Vragen	167
13.5.3 Onderzoek	168
13.5.4 Probleembeschrijving	168
13.5.5 Plan van aanpak	170
13.5.6 Verwijzen	171
13.6 Seksuele opwindingsstoornis bij vrouwen	171
13.6.1 Definities	171
13.6.2 Vragen	171
13.6.3 Onderzoek	172
13.6.4 Probleembeschrijving	172

13.6.5 Plan van aanpak	173
13.6.6 Verwijzen	173
13.7 Aanhoudende lichamelijke opwinding	174
13.7.1 Definitie	174
13.7.2 Vragen	174
13.7.3 Onderzoek	174
13.7.4 Probleembeschrijving	174
13.7.5 Plan van aanpak	175
13.7.6 Verwijzen	175
13.8 Orgasmestoornis bij mannen: geremd klaarkomen.....	175
13.8.1 Definities	175
13.8.2 Vragen	175
13.8.3 Onderzoek	175
13.8.4 Probleembeschrijving	176
13.8.5 Plan van aanpak	177
13.8.6 Verwijzen	177
13.9 Orgasmestoornis bij mannen: vroegtijdige zaadlozing	178
13.9.1 Definities	178
13.9.2 Vragen	179
13.9.3 Onderzoek	179
13.9.4 Probleembeschrijving	179
13.9.5 Plan van aanpak	179
13.9.6 Verwijzen	180
13.10 Orgasmestoornis bij vrouwen	180
13.10.1 Definitie.....	180
13.10.2 Vragen	180
13.10.3 Onderzoek	181
13.10.4 Probleembeschrijving.....	181
13.10.5 Plan van aanpak	182
13.10.6 Verwijzen.....	182
13.11 Pijn bij het vrijen (dyspareunie)	183
13.11.1 Definitie.....	183
13.11.2 Vragen	183
13.11.3 Onderzoek	184
13.11.4 Probleembeschrijving.....	184
13.11.5 Plan van aanpak	185
13.11.6 Verwijzen.....	186
13.12 Vaginisme	186
13.12.1 Definitie.....	186
13.12.2 Vragen	186
13.12.3 Onderzoek	187
13.12.4 Probleembeschrijving.....	187
13.12.5 Plan van aanpak	188

13.12.6 Verwijzen.....	188
13.13 Parafilie	189
13.13.1 Definitie.....	190
13.13.2 Vragen	190
13.13.3 Lichamelijk onderzoek	190
13.13.4 Probleembeschrijving.....	190
13.13.5 Plan van aanpak	192
13.13.6 Verwijzen.....	192
Referenties.....	192
Bijlage Beschrijving educatief seksuologisch en bekkenbodemonderzoek bij de vrouw	195

13.1 Inleiding

Problemen rondom seksualiteit komen vaak voor. Uit onderzoek is gebleken dat 19% van de mannen en 27% van de vrouwen last hebben van een of meerdere seksuele disfuncties. Jongeren van 15-24 jaar kampen vaker met disfuncties (Kedde 2012). Bij de GGD polikliniek seksuele gezondheid, komen jonge vrouwen voornamelijk met pijnklachten tijdens seks en melden jongens zich vooral met te snel klaarkomen.

13.1.1 Definitie en afbakening

De woorden 'probleem' en 'disfunctie' worden evenals 'moeilijkheid', 'stoornis' en 'klacht' in de praktijk vaak door elkaar gebruikt. De term *seksueel probleem* geeft aan dat iemand ten aanzien van seks niet beleeft wat hij/zij zou willen beleven en/of niet kan wat hij/zij zou willen kunnen. Bij een *seksuele disfunctie* is er, ondanks adequate stimulatie, sprake van een verstoorde seksuele respons. Daarbij kan er sprake zijn van zowel een stoornis in het presteren als in het beleven. Klachten over pijn bij het vrijen en vaginistisch reageren vallen ook onder de disfuncties.

Seksuele disfuncties worden strikt gedefinieerd in de DSM-5.¹² Die strikte definiëring is niet werkbaar en niet nodig voor de taak van de hulpverlening bij de GGD polikliniek seksuele gezondheid. Om die reden worden de DSM-5-definities in dit draaiboek over het algemeen niet gehanteerd en wordt gesproken over 'seksuele problemen'.

Niet alle vragen en moeilijkheden met betrekking tot seksualiteit vormen een probleem of een disfunctie. Gebrek aan kennis kan vragen en onzekerheden opleveren. Informeren over seksualiteit, over de seksuele anatomie en over de lichamelijke veranderingen bij seksuele opwinding, is dan ook een belangrijk deel van de hulp bij de seksuele klacht (zie ook deeldraaiboek 15). Dit is meer dan alleen kennis verschaffen aan de cliënt; het is tevens een vorm van psycho-educatie, met als doel de cliënt verbanden te laten zien en handvatten te geven in de omgang met het probleem. De lijdensdruk bepaalt of iemand een klacht als probleem ervaart.

In de tekst wordt voornamelijk uitgegaan van heteroseksuele contacten. Bij eventuele behandeling zal specifiek op aspecten rondom de seksuele voorkeur worden ingegaan, voor zover van belang.

¹² Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition.

13.1.2 Regionale multidisciplinaire aanpak

De vorm van de samenwerking met arts- of psycholoog-seksuoloog NVVS verschilt per GGD-regio. Verwijzing naar de seksuoloog NVVS kan in sommige regio's plaatsvinden binnen het kader van de aanvullende seksualiteitshulpverlening op de polikliniek seksuele gezondheid. Met nadruk wordt gewezen op het nut van bespreking van moeilijke casuïstiek in het regionale multidisciplinaire overleg, waarin de arts- of psycholoog-seksuoloog NVVS zitting heeft. Hier kan o.a. besloten worden of een consult bij de seksuoloog NVVS gewenst is of dat direct verwijzing naar elders zinniger is. Per regio zal men een sociale kaart moeten opstellen.

13.1.3 Vergoeding van seksuologische hulp

De vergoeding van seksuologische hulp kan per jaar variëren; zie www.nvvs.info voor de actuele situatie). Seksuologische problematiek valt over het algemeen onder lichte tot matige psychologische problematiek. Seksuologische hulp valt daarmee, net als relatietherapie en internettherapie onder de Basis GGZ. In veel gevallen wordt hulp binnen de Basis GGZ niet meer vergoed vanuit de basisverzekering. Soms kan aanspraak op vergoeding van seksuologische hulp gemaakt worden vanuit het aanvullend pakket. De cliënt kan dat navragen. De verwijzing dient via de huisarts te gebeuren.

Bij ernstige seksuele problematiek (genderdysforie, seksverslaving, parafilie) en bij comorbiditeit in de vorm van ernstige psychiatrische problematiek kan, altijd via de huisarts, verwezen worden naar de gespecialiseerde GGZ. In dat geval dient een DSM-diagnose gesteld te worden door een daartoe bevoegde professional.

Bij ernstige of chronische somatische comorbiditeit kan door huisarts of specialist naar de poli seksuologie van een ziekenhuis verwezen worden. In beide gevallen valt seksuologische behandeling valt onder de basisverzekering. Bij vergoeding vanuit de basisverzekering moet rekening worden gehouden met het eigen risico.

Indien de kosten geen bezwaar zijn voor de cliënt, kan altijd zonder tussenkomst van de huisarts verwezen worden naar een zelfstandig werkende psycholoog- of psychotherapeut-seksuoloog of naar een arts-seksuoloog.

13.1.4 Indeling en opbouw paragrafen

Zie kader 13.1 voor de indeling van de seksuele problemen.

Kader 13.1: Indeling seksuele problemen

Problemen met seksueel verlangen

- Verminderd seksueel verlangen en verschil in verlangen (13.2)
- Seksuele aversie (13.3)
- Seksverslaving (13.4)

Problemen met de seksuele opwinding

- Seksuele opwindingsstoornis bij mannen: erectiestoornis (13.5)
- Seksuele opwindingsstoornissen bij vrouwen (13.6)
- Aanhoudende lichamelijke opwinding (13.7)

Problemen met het orgasme

- Orgasmestoornis bij mannen: geremd klaarkomen (13.8)
- Orgasmestoornis bij mannen: vroegtijdige zaadlozing (ejaculatio praecox) (13.9)
- Orgasmestoornis bij vrouwen (13.10)

Seksuele pijnproblemen

- Pijn bij het vrijen (dyspareunie) (13.11)
- Vaginisme (13.12)

Naast de onderscheiden seksuele problemen is er een paragraaf over parafilie (13.13).

Ieder seksueel probleem wordt per paragraaf eerst gedefinieerd, vervolgens kan de verpleegkundige een vragenlijst raadplegen, waarna met de cliënt de hulpvraag geformuleerd kan worden. De vragen geven een houvast om het specifieke probleem uit te diepen en zijn niet bedoeld als een volledige anamnese. Het gaat, zoals gezegd, om een probleeminventarisatie, zodat adequaat kan worden geadviseerd of verwezen, niet om het stellen van een diagnose. Daarna volgt de probleembeschrijving als achtergrondinformatie, het plan van aanpak en eventuele verwijzing.

13.2 Verminderd seksueel verlangen en verschil in verlangen

13.2.1 Definitie

Verminderd seksueel verlangen: aanhoudend of terugkerend gebrek aan of ontbreken van seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit, rekening houden met beïnvloedende factoren als gender, leeftijd en (sociaal-culturele) context.

13.2.2 Vragen

In kader 13.2 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 13.2: Vragen tijdens consult rondom verminderd seksueel verlangen

- Is jouw verlangen helemaal verdwenen of kan het seksuele verlangen af en toe wel aanwezig zijn? In welke situatie?
- Heb je seksuele fantasieën? Word je geprikkeld door erotische beelden of gedachten?
- Heb je wel ooit seksueel verlangen, fantasieën of gedachten gehad?
- Masturbeer je?
- Lukt het om zin te maken/krijgen in seks met je partner?
- Heb je afkeer of walging van seks?
- Wat betekent de klacht voor jou, je partner en de relatie?
- Is er sprake van minder zin in seks hebben dan jouw partner?
- Verschilt jullie verlangen naar intimiteit, naar seksualiteit of naar beiden?
- Lukt het om intiem contact te verdragen?
- Wat vindt je wel prettig bij intiem contact? wat beslist niet?
- Zou je aan kunnen geven wat je mist?
- Zie jij zelf een aanleiding voor het verandering in je seksuele verlangen?
- Heb je negatieve seksuele ervaringen?
- Zijn er belangrijke veranderingen in je leven geweest?
- Heb je problemen in de relatie?
- Is er bij jou of je partner angst om je te binden?
- Heb je lichamelijke klachten of ziektes?
- Heb je psychische problemen? Hoe is het met je stemming?
- Gebruik je medicijnen, alcohol, drugs?
- Wat is je hulpvraag?

13.2.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek is niet zinvol. Laboratoriumonderzoek is meestal niet nodig.

13.2.4 Probleembeschrijving

Iemand kan zin in seks hebben, maar soms ook pas zin krijgen als hij/zij met seks bezig is. Zin kan ontstaan doordat iemand met een seksuele prikkel in aanraking komt. Dat kan een seksueel beeld of seksuele fantasie zijn, of een zintuiglijke prikkel.

Voorwaarden voor het ontstaan van zin zijn:

- intact seksueel systeem (geslachtsdelen, ruggenmerg en zenuwen en bloedvoorziening) en de mogelijkheid seksueel te reageren (en dit geleerd hebben in het verleden)
- adequaat (dat wil zeggen passend bij gender, leeftijd en context) aanbod van seksuele prikkels (beelden, geur, geluid, de juiste plekjes aanraken of laten aanraken)
- de verwachting van een positieve, plezierige uitkomst van de seksuele activiteit

Zin kan ontstaan in aanraking met een seksuele prikkel en bij positieve verwachtingen van het seksueel contact. Mensen ervaren seksueel verlangen als ze naast de genoemde voorwaarden ook gemotiveerd zijn om een doel te bereiken.

Mannen zijn veelal meer gericht op prestatie of lustgevoelens, terwijl voor vrouwen vaker intimiteit en betrokkenheid belangrijke redenen zijn om aan seks te beginnen. Redenen kunnen verschillen per persoon en per situatie. Partners zijn niet vanzelfsprekend op de hoogte van elkaars motieven om te gaan vrijen. Gebrekkige communicatie hierover kan daar debet aan zijn, maar ook het geloven in misvattingen (mythes) als 'seks hoort spontaan te zijn' of 'als je van elkaar houdt komt de seks vanzelf'.

Verminderd seksueel verlangen heeft uiteraard gevolgen voor de seksuele opwinding, het orgasme en de ejaculatie. In de beleving van de cliënt is het vaak moeilijk om het onderscheid te maken tussen seksuele opwinding en seksueel verlangen. In de praktijk is er geen lineaire relatie: verlangen kan leiden tot opwinding en opwinding kan het verlangen doen ontstaan dan wel toenemen.

Vanuit het bio-psychosociale model zijn er meerdere aspecten die van belang zijn bij de klacht verminderd verlangen. Benadrukt moet worden dat psychische en relationele factoren verreweg het belangrijkste zijn. Om die reden worden deze als eerste genoemd.

Psychologische aspecten van verminderde zin

Ingrijpende gebeurtenissen in iemands leven, seksueel geweld, problemen in bepaalde levensfasen, rouwverwerking, depressie, negatief zelfbeeld, angst en negatieve cognities over seksualiteit kunnen remmend werken op seksueel verlangen. Lichamelijke gevolgen van chronische of ernstige aandoeningen kunnen problemen geven in het seksuele zelfbeeld en dus gevolgen hebben voor het seksueel verlangen. Seksuele aversie (tegenzin) komt met name na seksueel geweld nogal eens voor.

Seksuele en relationele aspecten van verminderde zin

Zin in seks kan ontstaan in een positieve context (zie boven). Conflicten in partnerrelaties, verschillen in wensen en verlangens (zie onder), gebrek aan of onjuiste kennis en ongewenste gedragingen van de partner kunnen verantwoordelijk zijn voor verminderd seksueel verlangen. Seksuele problemen hebben vaak een negatief effect op de zin in seks, omdat het accent verschuift van de prettige naar de onplezierige aspecten van seksualiteit.

Verskil in verlangen

Verskil in verlangen tussen partners is de meest voorkomende oorzaak van verminderde zin in seks. Het verschil kan betrekking hebben op de frequentie van het seksueel contact, maar ook op de aard van het seksuele contact. Dit kan leiden tot seksuele ontevredenheid bij een of beide partners, met als gevolg een afname van de zin in seksueel contact. Om de seksualiteit in een relatie plezierig en bevredigend te maken en te houden is een juiste verhouding tussen passie en intimiteit nodig, maar ook de vaardigheid en durf om te communiceren over je behoeften en over wat je niet (meer) wilt. Moeilijke communicatie over de seksuele onvrede (zoals aanhoudend klagen of aandringen) leidt tot nog minder zin en zo wordt het probleem versterkt.

Biologische aspecten van verminderde zin bij de vrouw

Oestrogenen zijn van belang voor de bevochtiging (lubricatie) van de vagina; het heeft geen directe rol in het seksuele verlangen.

Testosteron beïnvloedt de gevoeligheid voor seksuele prikkels, ook bij vrouwen. De meeste testosteron is gebonden aan het Sex Hormone Binding Globulin (SHBG); het ongebonden, vrije testosteron is bepalend voor de gevoeligheid voor seksuele prikkels. Bij een tekort aan vrij testosteron neemt de gevoeligheid voor seksuele prikkels af, waardoor er meer prikkels nodig zijn voor zin en opwinding.

Bij de meestal jonge en gezonde vrouwelijke cliënten op de GGD polikliniek seksuele gezondheid verwacht je geen tekort aan oestrogenen. Het gebruik van hormonale anticonceptie kan bij hen wel verminderde zin veroorzaken. Enerzijds gaat remming van de eisprong samen met een daling van het testosteron. Anderzijds is de hoeveelheid SHBG is door de oestrogenen in de pil (ring, pleister) verhoogd, waardoor het vrije, actieve deel van de testosteron afneemt. Een pilgebruikster die last heeft van een te laag testosteron merkt gedurende haar strip dat haar gevoeligheid voor seksuele prikkels sterk is afgenomen, maar rapporteert in de stopweek een opvallende opleving daarvan. De verschillende generaties van hormonale anticonceptie verschillen in hun mogelijke effect op zin (zie deeldraaiboek 11). De gevoeligheid voor een laag testosteron verschilt per vrouw. Testosteronbepaling bij jonge gezonde vrouwen heeft geen zin.

Veranderingen in hormonen na de menopauze en na oncologische behandeling worden hier niet besproken.

Medicatie kan de zin in seks negatief beïnvloeden. Dit is bekend van o.a. antidepressiva en antipsychotica. Chronische ziekten kunnen verminderd seksueel verlangen geven, als gevolg van de aandoening zelf, maar ook als gevolg van de lichamelijke gevolgen van de aandoening (zoals moeheid).

Testosteronsuppletie heeft alleen effect bij een aangetoond laag testosterongehalte. Pillen ter bestrijding van minder zin in seks, zogenaamde 'lustpillen', zijn uitgebreid in het nieuws geweest. Voor hier volstaat te melden dat de indicatiestelling zeer beperkt is en dat ze in enkele gevallen nauwelijks effectief zijn en veel interacties en bijwerkingen kennen.

Biologische aspecten van verminderde zin bij de man

Belangrijke afname of toename van testosteron kan, naast klachten van verminderde vitaliteit, sterke effecten hebben op seksueel gedrag. Testosteron wordt bij mannen geproduceerd in de testes en in de bijnier(schors).

Er zijn verschillende oorzaken voor een testosterontekort. Testosterontekort kan aangeboren zijn. De puberteitsontwikkeling blijft dan achter. Bij de ziekte van Klinefelter bijvoorbeeld blijven de testikels te klein door een chromosoomafwijking.

Testosterontekort kan ook verkregen zijn. Mogelijke oorzaken zijn:

- oncologisch: na behandeling van een testistumor kan de productie verlaagd zijn;
- hoog gehalte aan prolactine (bijvoorbeeld door een prolactineproducerende tumor in de hersenen) en hoge dosering anti-androgenen (bijvoorbeeld bij prostaatkanker) nierdialyse;
- leververvetting (cirrose) bij chronisch alcoholisme;
- heroïne- en cocaïneverslaving;

- medicatie als antidepressiva, antipsychotica;¹³
- overgewicht bij metabool syndroom: late onset hypogonadisme ten gevolge van relatief teveel oestrogenen, waardoor vrij testosteron wordt weggevangen door het transporteiwit SHBG;
- extreem ondergewicht: testosteronsuppletie mag alleen plaatsvinden bij een aangetoond verlaagd testosteron.

Verhoogd seksueel verlangen

Verhoogd seksueel verlangen wordt ook wel hyperseksualiteit genoemd en komt met name voor als gevolg van lichamelijke dan wel geestelijke ziekten en hun behandeling (zie paragraaf 13.4).

13.2.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem.
 - Wat is het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren spelen een rol?
 - Maak eventueel een tijdlijn.
2. Formuleer de hulpvraag.
 - Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp, welke oplossing wens je?

3. Geef informatie en advies.

Maak duidelijk dat je niet kunt behandelen. Bovenstaande probleembeschrijving kan gebruikt worden om de cliënt te informeren.

De belangrijkste elementen zijn:

- Zin in seks komt niet vanzelf, maar kan op gang komen in aanraking met een seksuele prikkel, waarbij je je open wilt en kunt stellen voor de prikkel.
- Verminderd seksueel verlangen kan een normale reactie zijn op een life-event.
- Partners kunnen verschillen in hun motieven om seks te hebben.
- Mannen en vrouwen beleven seks vaak verschillend.
- Partners vullen vaak voor zichzelf in wat ze denken dat de ander wil.
- Adviseer met elkaar te praten over wat ieder wél prettig vindt in plaats van wat niet.
- Adviseer voorwaarden te creëren waaronder ieder zou kunnen vrijen.
- Raad zelfhulpboeken aan.

13.2.6 Verwijzen

Wenst de cliënt na één gesprek een behandeling, dan kan direct worden doorverwezen. Zo nodig kan de cliënt worden uitgenodigd voor een tweede gesprek met de verpleegkundige of arts(-seksuoloog), waarna alsnog kan worden verwezen.

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: (eventueel via huisarts) naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;

¹³ Behalve antidepressiva en antipsychotica kunnen vele medicijnen negatief effect hebben op verlangen (Leusink 2009).

- bij ernstige relatieproblematiek: (eventueel via huisarts) naar psycholoog-seksuoloog met ervaring als relatietherapeut;
- bij ernstige psychopathologie zoals depressie of seksverslaving: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling;
- indien lichamelijk onderzoek of aanvullende diagnostiek (bijvoorbeeld testosteronbepaling) nodig is of indien er ernstig somatische comorbiditeit aanwezig is: via huisarts naar arts-seksuoloog NVVS in tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie.

13.3 Seksuele aversie

13.3.1 Definitie

Seksuele aversie: aanhoudende of wederkerende extreme afkeer of vermijding van (bijna) elk genitaal seksueel contact met de seksuele partner.

13.3.2 Vragen

In kader 13.3 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 13.3: Vragen tijdens consult rondom seksuele aversie

- Sinds wanneer ervaar je afkeer, heb je een idee hoe het is ontstaan?
- Van welke seksuele situaties heb je afkeer?
- Ervaar je extreme afkeer of walging? Hoe uit zich dat?
- Waar walg je van: bijvoorbeeld van geslachtsdelen, van geur, van specifieke aanrakingen?
- Vermijd je seksuele situaties, hoe doe je dat?
- Wat doe je wel in seksuele situaties, wat niet?
- Heb je seksuele verlangens, in welke situaties?
- Kun je seksueel reageren: opgewonden worden, vochtig worden, een erectie krijgen, een orgasme krijgen?
- Heb je negatieve seksuele ervaringen gehad in het verleden?
- Wat betekent de klacht voor jou, je partner, de relatie?
- Heb je psychische klachten (zoals depressie, angststoornis)?
- Ben je lichamelijk gezond, gebruik je medicatie, drugs?
- Wat is je hulpvraag?

13.3.3 Onderzoek

Er is geen indicatie voor lichamelijk onderzoek of laboratoriumonderzoek.

13.3.4 Probleembeschrijving

Er is sprake van negatieve emoties, walging en angst; hierdoor wordt een seksuele situatie vermeden. De klacht komt bij vrouwen vaker voor dan bij mannen.

Bij een primaire aversie is deze vaak geassocieerd met een strenge religieuze achtergrond en/of negatieve boodschappen over seks in de opvoeding en/of seksuele traumata (PTSS) in de jeugd.

Indien er sprake is van een secundaire aversie, dan is dit vaak een gevolg van seksuele traumata. Soms is afkeer van seks het gevolg van langdurige ervaringen met pijnlijke seks. Meestal is er dan ook een vaginistische reactie en/of een permanente bekkenbodemovertactiviteit.

13.3.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem
 - Wat is het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren spelen een rol?
 - Maak eventueel een tijdlijn.
2. Formuleer de hulpvraag
 - Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp, welke oplossing wens je?
3. Geef informatie en advies
 - Er kan informatie worden gegeven over het feit dat door de vermijding van seksuele situaties het probleem zich helaas niet zal oplossen en de angst versterkt zal worden.
 - Bij secundaire en/of solitaire aversie kunnen de cliënt en zijn/haar partner gestimuleerd worden eerder als positief ervaren handelingen of nieuwe positieve ervaringen op te zoeken.
 - Motiveer de cliënt voor professionele hulpverlening, zeker bij traumata in de voorgeschiedenis en tekenen van PTSS (angst, herbeleving, vermijding, permanent verhoogde waakzaamheid).

13.3.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij een aversie voor één specifieke situatie en geen andere psychopathologie: (eventueel via huisarts) naar een psycholoog-seksuoloog NVVS in de eerste lijn;
- bij seksuele aversie in combinatie met PTSS en/of andere ernstige psychopathologie: via huisarts naar tweedelijns GGZ-instelling.

13.4 Seksverslaving

13.4.1 Definitie

Van seksverslaving bestaat geen algemeen erkende definitie.

Een seksverslaving heeft de volgende kenmerken:

- Er is sprake van een terugkerend seksueel gedragspatroon.
- Er is sprake van een gevoel van controleverlies en van onvermogen om te stoppen of het patroon bij te stellen.
- Er zijn negatieve consequenties en er is subjectief lijden bij de persoon zelf of in de naaste omgeving.

Voor bovenstaand beeld worden ook wel de termen overmatig seksueel verlangen en hyperseksualiteit gebruikt. In dit draaiboek wordt de term seksverslaving gehanteerd omdat deze het best past bij het ervaren gebrek aan controle.

13.4.2 Vragen

In kader 13.4 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 13.4: Vragen tijdens consult rondom seksverslaving

- Wat is precies het probleem?
- Sinds wanneer bestaat het probleem?
- Wat betekent jouw gedrag voor jezelf, je partner, je omgeving?
- Voor wie is het een probleem, voor jezelf, je partner, je omgeving?
- Komt je dagelijks functioneren in de knel door je gedrag?
- Zijn er andere (negatieve) consequenties van je gedrag?
- Hoe ziet je leven er nu uit (werk, opleiding, sociale contacten, hobby's, etc.)?
- Ervaar je controle over je gedrag?
- Heb je al eens geprobeerd het te stoppen en hoe verliep dat?
- Wat is nu een aanleiding om (weer) hulp te zoeken?
- Wie zijn er op de hoogte van je probleem?
- Heb je andere problemen, fysiek, psychisch, sociaal?
- Ben je wel eens in contact met justitie geweest vanwege je gedrag?
- Wat is je hulpvraag?

13.4.3 Onderzoek

Aanvullend onderzoek is niet zinvol.

13.4.4 Probleembeschrijving

De laatste jaren melden zich vaker cliënten die last hebben van een seksverslaving. Seksverslaving kan zich uiten in frequent porno kijken en masturberen, veelvuldige onbeschermd losse seksuele contacten, oncontroleerbaar vreemdgaan, alsmaar op zoek zijn naar seksdates, prostitutiebezoek, etc. De frequentie van het gedrag doet eigenlijk niet ter zake; gebrek aan controle en het lijden vormen de kern.

Behalve dat er verschillende termen worden gebruikt, bestaan er ook verschillende visies op het probleem: als een klassieke progressieve verslavingsziekte of als een obsessief compulsieve stoornis. Of het accent wordt gelegd op het excessieve karakter van seksuele gedachten of gedrag.

Seksuologen NVVS hebben een sterke voorkeur voor de visie van Gert-Jan van Zessen, waarin de seksverslaving gezien wordt als een seksuele vormgeving van negatieve gedachten en gevoelens. Op zich alledaagse negatieve gevoelens worden geassocieerd met seksueel verlangen en gedrag. Negatieve gevoelens leiden tot meer seksueel gedrag en meer seksueel gedrag leidt tot meer negatieve gevoelens. Hoe dieper het patroon inslijt, hoe meer gezond gedrag (als openheid betrachten, contact zoeken, aandacht geven) vermeden wordt en hoe meer de eigenwaarde en de eigen stevigheid afnemen. Het daarmee gepaard gaande lijden leidt weer tot sterkere seksuele onrust. Voor iemand met een geringe eigenwaarde is het lastig om het roer van zijn leven in eigen handen te houden. Een seksverslaafde is niet oversekst; hij is niet voldoende in staat tot zelfsturing. De behandeling werkt vanuit versterking van zelfwaardering als basis voor gezonde zelfzorg en positieve seksualiteit.

Aanpak van seksverslaving door middel van onderdrukking van de seksualiteit, zoals vaak wordt gehanteerd binnen de reguliere verslavingszorg, wordt door seksuologen afgeraden. Onderdrukking van seksualiteit leidt in de visie van seksuologen tot meer seksuele onrust en daarmee tot vergroting in plaats van verkleining van het probleem.

Achtergronden van het probleem kunnen sterk variëren: ernstige problematiek in de vroege jeugd kan een rol spelen, maar ook bijvoorbeeld een milde depressie of AD(H)D.

Bij patiënten met een neurologische ziekte (bij dopaminegebruik door patiënten met de ziekte van Parkinson, na een CVA, bij dementie) kan er sprake zijn van hyperseksualiteit. Dit is geen seksverslaving in bovenstaande zin, maar een gedragsprobleem op basis van een neurologische ziekte. Soms kan in het begin van een ziekte dit verschil nog niet geheel helder zijn.

Ook bij psychiatrische problematiek kan er sprake zijn van hyperseksualiteit, als gevolg van de aandoening (bv manie).

13.4.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

- Het probleem verhelderen, inclusief de negatieve consequenties.
- Proberen niet te schrikken en niet te oordelen.
- Normaliseer wat normaal is (bijvoorbeeld masturberen terwijl je een relatie hebt, porno kijken, etc.).
- Stel gerust dat het niet om een verslaving als alcoholisme gaat.
- Geef aan dat seksverslaving in het algemeen goed te behandelen is.
- Bespreek of hulp iemand wil.
- Doorverwijzen.

13.4.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- (eventueel via huisarts) naar seksuoloog NVVS, geschoold in het model van het [vat van zelfwaardering](#) (Van Zessen 2016);
- bij lichamelijke comorbiditeit: via huisarts naar (academische) polikliniek seksuologie voor multidisciplinaire behandeling;
- bij psychiatrische comorbiditeit: via huisarts naar GGZ-instelling met seksuologische expertise.

Verwijzing via huisarts naar verslavingszorg is alleen zinnig als er tevens andere verslavingen zijn (diverse mogelijkheden, zoals Jellinek, Trubendorffer, Solutions, Vincere GGZ, sa-nederland etc.).

13.5 Seksuele opwindingsstoornis bij mannen (erectiestoornis)

13.5.1 Definitie

Erectiestoornis: het voortdurend of terugkerend onvermogen een erectie te krijgen of te behouden die voldoende is voor seksuele activiteit.

13.5.2 Vragen

In kader 13.5 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 13.5: Vragen tijdens consult rondom een seksuele opwindingsstoornis bij mannen (erectiestoornis)

- Hoe lang heb je al erectieverlies?
- Is de klacht altijd aanwezig?
- In welke situaties wel/niet (bijvoorbeeld bij condoomgebruik)?
- Heb je nachtelijke of ochtenderecties?
- Zie je een aanleiding voor het ontstaan van de klacht?
- Hoe is het beloop in de tijd (incl. acuut of geleidelijk begin)?
- Is er wel erectie, maar niet genoeg voor penetratie?
- Heb je pijn bij erectie?
- Zijn er veranderingen aan je penis, bijvoorbeeld kromstand of voorhuidproblemen?
- Word je voldoende seksueel geprikkeld (stimulatie, context)?
- Heb je (nog) zin in seks?
- Kun je klaarkomen, is er erectieverlies voor of na de zaadlozing?
- Hoe reageert je partner?
- Wat betekent de klacht voor jou, voor je partner, voor de relatie?
- Is er sprake van een seksueel probleem bij je partner?
- Kunnen jullie samen op andere manieren vrijen?
- Heb je al iets geprobeerd om het probleem aan te pakken?
- Ben je gezond (is er een lichamelijke of psychische aandoening)?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodempertonie (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), verminderd ejaculaat)?
- Gebruik je medicijnen?
- Hoe is je leefstijl (roken, alcohol-, drugsgebruik, slapen, beweging)?
- Wat is je hulpvraag?

13.5.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek tijdens het consult seksuele gezondheid is alleen geïndiceerd bij verdenking van bekkenbodempertonie of een pijnlijke erectie. Let op standsverandering, littekenweefsel, verharde plaques of voorhuidvernauwing.

Lichamelijk onderzoek dient door de arts verricht te worden. Indien de arts geen ervaring heeft met bekkenbodemonderzoek bij de man kan dit achterwege blijven.

13.5.4 Probleembeschrijving

Erectiestoornissen komen met het toenemen van de leeftijd frequenter voor. Slechts een kwart van de mannen met behoefte aan hulp zoekt ook daadwerkelijk hulp, mede afhankelijk van de mate van last bij de man en/of de partner. Naast toename in grootte en dikte is de mate van rigiditeit van belang voor de ernst van de erectiestoornis; deze factoren bepalen in hoeverre het nog (net) mogelijk is om gemeenschap te hebben of niet. Daarnaast is het van belang te onderscheiden of het erectieverlies, primair of secundair aanwezig is en situatief of gegeneraliseerd is. De situatieve vorm duidt meestal op een psychogene oorzaak (zie tabel 13.1).

Tabel 13.1. Factoren bij de probleembeschrijving van een erectiestoornis.

Overwegend psychogeen	Overwegend lichamelijk
<40 jaar	>40 jaar
Meestal aanwezige ochtenderecties	Doorgaans geen ochtenderecties
Bij masturbatie goede erecties	Bij masturbatie ook stoornissen
Plotseling begin, wisselend beloop	Geleidelijk begin (behalve na trauma of operatie)
Veelal situatief	Beloop vaak constant en gegeneraliseerd

Fysiologisch zorgt seksueel verlangen of een seksuele prikkel (aanraking, bepaald beeld) via prikkeloverdracht (ruggenmerg, zenuwen) voor ontspanning van het spierweefsel in de peniele zwellichamen. Voor dit proces is tevens de neurotransmitter stikstofoxide nodig. Door de ontspanning wordt de bloedtoevoer naar de zwellichamen vergroot en vullen deze zich met bloed. Door de drukverhoging worden de afvoerende vaten tegen het harde kapsel van de zwellichamen dichtgedrukt en kan de erectie zich ontwikkelen.

Somatische oorzaken:

- Diabetes mellitus, hart- en vaatziekten (HVZ), neurologische aandoeningen, verwijdering van de prostaat, medicijngebruik en te laag testosteron (indirect, door verminderde opwindbaarheid) zijn de belangrijkste lichamelijke factoren die tot erectiestoornissen kunnen leiden. Soms spelen lokale veranderingen aan de penis een rol (ziekte van Peyronie).
- Tijdens de remslaap treden nachtelijke erecties op. Slaapstoornissen, depressie, gebruik van slaapmedicatie en antidepressiva (SSRI) kunnen leiden tot verstoorde remslaap en dus verstoorde nachtelijke responsen.
- Bekkenbodempertone kan leiden tot afname van de bloedtoevoer naar met name het corpus spongiosum van de penis. In dat geval is er vaak sprake van een nauwelijks gezwollen glans penis.

Psychologisch is er de verwachting dat de seksuele opwinding tot genot zal leiden. De man kan hierdoor scherper focussen op seksueel opwindende stimuli, waaronder de positieve ervaring van de eigen erectie.

Psychologische oorzaken:

- Bij verstoring van de stevigheid van de erectie beleeft de man zijn eigen functioneren als tekortschietend (voelt zich 'ontmand'). De aandacht wordt op het falen gericht (faalangst, toeschouwersgedrag: jezelf en/of je lijf voortdurend observeren), in plaats van op lustvolle aspecten van de seksuele situatie.
- Stress, depressie en relatieproblemen zijn de belangrijkste psychologische veroorzakers van erectiestoornissen.
- Praten over de klacht met de partner kan moeilijk zijn. Regelmatig wordt een oplossing gezocht in het stiekem gebruiken van PDE-5 remmers, verkregen via internet.
- Toeschouwersgedrag doet uiteindelijk ook de erecties bij masturberen afnemen en maakt dat de aanwezige nachtelijke en ochtenderecties niet meer worden opgemerkt. Het ontbreken van ochtenderecties en erecties bij masturberen hoeft een psychogene oorzaak niet uitsluiten. Een goede erectie in de ochtend en/of tijdens masturberen sluit een overwegend lichamelijke oorzaak uit. Toeschouwersgedrag speelt ook een rol bij een overwegend lichamelijke erectieprobleem.

Seksuele factoren kunnen uiteraard ook mee spelen bij een erectiestoornis. Adequate seksuele stimulatie is een noodzakelijke voorwaarde voor seksuele opwindings. Beperkte kennis over hoe seks werkt, over variatie in seksuele handelingen en over wat je zelf prettig vindt, kan samenhangen met een erectieprobleem. Irreële verwachtingen over seks kunnen leiden tot prestatiedruk en teleurstelling, resulterend in een erectieprobleem. En door een seksuologisch probleem bij de partner kan de man voorzichtig en terughoudend worden, wat hem afleidt van opwindende seksuele prikkels.

13.5.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem

- Wat is het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren spelen een rol (overwegend psychogeen of lichamelijk)?
- Maak eventueel een tijdlijn.

2. Formuleer de hulpvraag

- Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp, welke oplossing wens je?

3. Geef informatie en advies

Maak duidelijk dat je in deze setting niet kunt behandelen. Bovenstaande probleembeschrijving kan gebruikt worden om de cliënt te informeren. De belangrijkste elementen zijn:

- Stel de cliënt gerust bij aanwezige ochtenderecties en erecties bij masturberen: een lichamelijke aandoening ontbreekt.
- Het af en toe ervaren van een wat minder sterke erectie is normaal.
- Bespreek de rol van stress, vermoeidheid, alcohol- en drugsgebruik.
- Besteed aandacht aan de vicieuze cirkel van faalangst.
- Een seksueel probleem bij de partner kan effect hebben op de klacht.
- Relatieproblemen of de reactie van de partner op de klacht kunnen een rol spelen.
- Bespreek irreële gevoelens, verwachtingen en opvattingen over seks en erectieverlies.
- Stimuleer het bespreken van het probleem met de partner.
- Stimuleer de partners om zich te richten op de lustvolle aspecten van seksueel contact zonder prestatiedruk en eventueel om op zoek te gaan naar andere manieren van vrijen.
- Geef leefstijladviezen: meer bewegen, gezond eten, niet roken, alcohol met mate.
- Mate en duur van de erectie nemen af met de leeftijd. Directe stimulatie door middel van aanraken is dan meer noodzakelijk.
- Diabetes, HVZ, neurologische aandoeningen en geneesmiddelen kunnen soms het erectievermogen verminderen. Bij cliënten met diabetes, hypertensie, bekkentraumata en operaties aan de onderbuik, maar ook bij werk gerelateerde problemen en surmenage is het erectieprobleem even vaak somatogeen als psychogeen.
- Informeer over het feit dat PDE-5-remmers als sildenafil en tadalafil slechts effectief zijn bij adequate seksuele stimulatie en seksuele opwindings. De werkzaamheid is pas optimaal na 4-6 keer. PDE-5-remmers mogen absoluut niet samen gebruikt worden met nitraten en 'poppers' vanwege gevaarlijke bloeddrukdaling.

Als er geen duidelijkheid ontstaat over de oorzaak vanuit de anamnese, kan de cliënt geadviseerd worden om te proberen thuis een erectie te krijgen middels audiovisuele/tactiele stimulatie (masturbatie) en een erectiedagboek bij te houden om mee te brengen naar een tweede gesprek (zie onder folders op <http://www.seksueledisfuncties.nl/>). Het tweede gesprek vindt bij voorkeur plaats samen met de partner, zodat deze ook op de hoogte is van de situatie. De casus kan besproken worden met het multidisciplinaire team.

13.5.6 Verwijzen

Wenst de cliënt behandeling, dan kan direct worden doorverwezen. Zo nodig kan, in overleg met de cliënt, de casus worden besproken met het multidisciplinair team. De cliënt wordt daarna uitgenodigd voor een tweede gesprek of alsnog verwezen.

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: (eventueel via huisarts) naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige relatieproblematiek: (eventueel via huisarts) naar relatietherapeut;
- bij ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling;
- indien lichamelijk onderzoek of aanvullende diagnostiek nodig is of indien er ernstig somatische comorbiditeit aanwezig is of andere seksuologische problematiek: via huisarts naar arts-seksuoloog NVVS in tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie;
- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodemp en/of als er klachten zijn met plassen: (eventueel via huisarts) naar bekkenfysiotherapeut;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: (eventueel via huisarts) naar haptonoom;
- bij vermoeden cardiovasculaire problematiek of diabetes: naar huisarts.

13.6 Seksuele opwindingsstoornis bij vrouwen

13.6.1 Definities

Subjectieve opwindingsstoornis: geen, weinig intens of maar kort aanhoudend gevoel van seksuele opwinding, waarbij het vochtig worden van de vagina (lubricatie) onaangestaan is.

Lubricatiestoornis (objectieve opwindingsstoornis): aanhoudend of terugkerend onvermogen om de adequate lubricatie- en zwellingsrespons van de genitaliën ten gevolge van seksuele opwinding te krijgen of in stand te houden tot het einde van de seksuele activiteit.

13.6.2 Vragen

In kader 13.6 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 13.6: Vragen tijdens consult rondom een seksuele opwindingsstoornis bij vrouwen

- Wat is het probleem?
- Kun je seksueel fantaseren en zin hebben om te vrijen?
- Reageert je lichaam op dit verlangen?
- Voel je of je opgewonden bent en hoe merk je dat?
- Wordt je vagina dan vochtig of kan je partner dat merken?
- Zijn er situaties (zoals masturbatie) dat jij je opgewonden voelt?
- Heb je ooit seksuele opwindingservaringen?
- Weet je wat je nodig hebt om opgewonden te worden?
- Wordt hieraan voldaan tijdens seksueel contact?
- Wat deed je voorheen om opgewonden te worden?
- Kun je tijdens de seksuele activiteit je aandacht blijven richten op je eigen beleving?
- Heb je afleidende gedachten of momenten?
- Kan/durf je aan te geven wat je fijn vindt tijdens het vrijen?
- Heb je pijn bij het vrijen?
- Wat betekent de klacht voor jou, je partner, de relatie?
- Heb je last van somberheid, (signalen depressie)?
- Heb je ooit een trauma meegemaakt en heb je daar nog last van (PTSS: angst, permanente alertheid, herbelevingen, vermijding van situaties die doen denken aan het trauma)?
- Is er een oorzaak aan te wijzen, ben je bijvoorbeeld ziek geweest, heb je een buikoperatie gehad of gebruik je medicijnen?
- Speelt sterke kinderwens of angst voor zwangerschap een rol?
- Wat is je hulpvraag?

13.6.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek tijdens het consult seksuele gezondheid is alleen geïndiceerd als er ook een pijnprobleem is (zie paragraaf 13.11).

13.6.4 Probleembeschrijving

Seksuele opwindingsprobleem heeft een subjectieve en een objectieve, fysieke component. In de praktijk zijn die lastig te onderscheiden, zeker bij vrouwen. Waar mannen heel duidelijk aan hun lijf herkennen dat ze opgewonden zijn (ze merken een erectie op), is dat voor vrouwen moeilijker. Veel vrouwen zijn zich niet bewust van de genitale respons die optreedt bij seksuele opwindingsprobleem (zwellen, lubricatie). Een gezonde vrouw zal bij een seksuele prikkel vochtig worden. Als een gezonde vrouw niet vochtig wordt, dan is er sprake van onvoldoende opwindingsprobleem. Ze voelt zich niet opgewonden, omdat ze bijvoorbeeld niet adequaat wordt aangeraakt, omdat ze zorgelijke en afleidende gedachten heeft (ruik ik wel fris, wat denkt hij van mijn schaamlippen, ik moet mijn deadline halen, etc.), omdat er angst is voor pijn, omdat de relatie niet lekker loopt, etc.

Een vrouw met een opwindingsprobleem meldt zich dan ook vaak met pijn bij gemeenschap: doordat ze niet opgewonden (genoeg) is, is er (nog) onvoldoende zwellen en lubricatie en dan is gemeenschap pijnlijk.

Soms melden vrouwen zich met de klacht: "Ik heb wel zin, maar er gebeurt zo weinig, terwijl ik toch prettig word aangeraakt, het lijkt of het motortje niet op gang komt." Er lijkt dan sprake van een verminderde gevoeligheid voor seksuele prikkels. Dit kan veroorzaakt worden door een testosterontekort. Dit kan optreden bij sommige medicijnen (antihypertensiva, antidepressiva,

antipsychotica, HIV medicatie), chronische ziekte, maar ook na verwijdering of bestraling van de ovaria of chemotherapie in verband met een maligniteit. (zie paragraaf 13.2) Bij deze klacht kan het zinnig zijn om het testosteron te laten bepalen in een lab dat ook lage waarden van testosteron kan meten.

Slechts bij enkele fysieke aandoeningen is de genitale respons niet mogelijk. Te denken valt aan:

- dwarslaesie;
- neurologisch letsel na uitgebreide gynaecologische chirurgie;
- diabetes mellitus met ernstige complicaties.

13.6.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem

- Maak een onderscheid tussen een subjectieve of een objectieve opwindingsstoornis en maak eventueel een onderscheid met verminderd seksueel verlangen. Dit kan moeilijk zijn.
- Wat is het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren spelen een rol?
- Maak eventueel een tijdlijn.

2. Formuleer de hulpvraag

- Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp?

3. Geef informatie en advies

- Informeer over het seksuele reageren van de vrouw (voorwaarden voor het ontstaan van verlangen en opwinding, orgasme).
- Indien aan de orde kan de rol van ziekte, operatie of medicatie toegelicht worden.
- Indien er sprake is van pijn, kan een pijnverbod worden geadviseerd, dat wil zeggen dat de vrouw geen handelingen verricht of laat verrichten die haar pijn doen.
- Adviseer niet te stoppen met seksuele activiteit, maar te focussen op de prettige en opwindende aspecten ervan.
- Het is niet zinvol vrouwen met een subjectieve opwindingsstoornis een glijmiddel voor te schrijven. Dit gaat voorbij aan de oorzaak van het probleem, want er is immers lubricatie mogelijk.

13.6.6 Verwijzen

Wenst de cliënte behandeling, dan kan direct worden doorverwezen. Zo nodig kan, in overleg met de cliënte, de casus worden besproken met het multidisciplinair team. De cliënte wordt daarna uitgenodigd voor een tweede gesprek (bij voorkeur met partner) of alsnog verwezen.

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige relatieproblematiek: via huisarts naar relatietherapeut;
- bij ernstige psychopathologie: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling;

- indien lichamelijk onderzoek of aanvullende diagnostiek nodig is of indien er ernstig somatische comorbiditeit of pijn aanwezig is: via huisarts naar arts-seksuoloog NVVS in tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: (eventueel via huisarts) naar haptonoom.

13.7 Aanhoudende lichamelijke opwinding

13.7.1 Definitie

Aanhoudende lichamelijke opwinding: voortdurende, meestal hoogst ongewenste en zéér opdringerige prikkeling van de geslachtsdelen, bij afwezigheid van seksuele interesse of verlangens.

13.7.2 Vragen

In kader 13.7 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 13.7: Vragen tijdens een consult rondom aanhoudende lichamelijke opwinding

- Probleembeschrijving, inclusief duur en beloop?
- Zijn er bijkomende klachten?
- Was er een aanleiding voor de aanvang van de klachten?
- Betekenis voor cliënt?
- Wat is er geprobeerd ter verlichting?
- Zijn er tekenen van bekkenbodempertonie (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), fluorklachten, lichamelijke spanningsklachten)?
- Is er sprake van een lichamelijke of psychische aandoening of medicatiegebruik?
- Wat is je hulpvraag?

13.7.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek (door een ervaren arts) is alleen zinnig bij aanwijzingen van bekkenbodempertonie.

13.7.4 Probleembeschrijving

Het beeld van het voortdurend aanwezige gevoel opgewonden te zijn zonder genitale stimulatie of lustgevoelens wordt Persistent Genital Arousal Disorder (PGAD) genoemd. Aanvankelijk werd gedacht dat het beeld alleen bij vrouwen optrad, inmiddels zijn er ook mannelijke equivalenten bekend. Er worden verschillende oorzaken voor PGAD genoemd, zoals varices in het kleine bekken en bekkenbodempertonie, waarbij de vraag gerechtvaardigd is of de varices mogelijk ontstaan in aanwezigheid van bekkenbodempertonie. Soms is er sprake van lichamelijke ziekte of invaliditeit. De intensiteit van de klachten verschilt per persoon. Het beeld wordt als zeer hinderlijk en beschamend ervaren, mede omdat de lichamelijke opwinding kan leiden tot een onwillekeurig orgasme. Masturberen om het gevoel kwijt te raken, werkt averechts. Er zijn ervaringen waarbij behandeling van de varices of behandeling van de bekkenbodempertonie verlichting oplevert van het beeld.

Informatie over de aard van het fenomeen en het feit dat de ervaren opwinding niets met lust te maken heeft, kan psychische verlichting geven bij de cliënte. Op internet staat voor patiënten vaak zeer onrustbarende informatie over de aandoening ('gaat nooit over'). Naast dat er in veel gevallen wel degelijk verlichting tot volledige afname van de klachten mogelijk is, leidt de informatie vaak tot toename van angst, spanning en daarmee van de klachten.

13.7.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem
 - Ontstaan, beloop, inclusief meespelende factoren.
 - Maak eventueel een tijdlijn.
2. Formuleer de hulpvraag
 - Welke hulp wil je, waarbij?
3. Geef informatie en advies
 - Informeer over het feit dat er geen sprake is van seksuele opwinding of lustgevoelens en over dat masturberen vaak geen verlichting geeft.
 - Informeer over de mogelijke oorzaken van PGAD.

13.7.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- via huisarts naar tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie voor multidisciplinaire behandeling (omdat het vaak een multifactorieel fenomeen betreft);
- bij aanwijzingen voor bekkenbodempertone: (eventueel via huisarts) naar bekkenfysiotherapeut.

13.8 Orgasmestoornis bij mannen: geremd klaarkomen

13.8.1 Definities

Geremd klaarkomen: het tijdens seksuele prikkeling slechts met grote moeite kunnen bereiken van een orgasme en zaadlozing.

Anorgasmie/anejaculatie: het totaal onvermogen een orgasme en zaadlozing te bereiken.

13.8.2 Vragen

In kader 13.8 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

13.8.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek (door een ervaren arts) is alleen zinnig bij aanwijzingen van bekkenbodempertone.

Kader 13.8: Vragen tijdens consult rondom geremd klaarkomen

- Wat is het probleem?
- Heb je ooit een orgasme beleefd?
- Bij een secundair orgasmeprobleem: zie je een aanleiding voor de verandering?
- Is het orgasme vertraagd of is er veel moeite om een orgasme te krijgen?
- Is er wel een orgasme maar beleef je dit niet als hoogtepunt?
- Heb je ooit het gevoel van een 'bijna-orgasme' beleefd?
- Kan er een orgasme zijn bij masturbatie?
- Welke prikkels zijn belangrijk om tot een (bijna) orgasme te komen? Zijn die prikkels aanwezig tijdens seksueel contact?
- Heb je seksuele dromen of fantasieën?
- Zijn er andere seksuele problemen, bij jou of je partner?
- Wat heb je / hebben jullie al geprobeerd?
- Lukt het om de aandacht te blijven richten op het eigen seksuele gevoel?
- Hoe reageert je partner op deze klacht?
- Wat verwacht je van een orgasme?
- Heb je moeite in het algemeen om gevoel te uiten?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodempertone (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), verminderd ejaculaat, pijn onderlijf, andere lichamelijke spanningsklachten)?
- Heb je een ziekte, handicap of gebruik je medicijnen? Operaties onderlijf achter de rug?
- Voel je je vitaal, heb je spierklachten?
- Gebruik je drugs, alcohol?
- Wat is de aanleiding voor het consult? Is er een kinderwens?
- Wat is je hulpvraag?

13.8.4 Probleembeschrijving

Door het uitblijven van het orgasme is het voor mannen mogelijk om langdurig te coïteren. Dit geeft echter onvrede omdat ondanks de inspanning er geen ontspanning en satisfactie volgt. Veelal komen deze mensen pas met een hulpvraag als er kinderwens is. Partners zijn vaak ontevreden en onzeker omdat ze denken tekort te schieten.

Mannen die tijdens coïtus niet een orgasme kunnen bereiken maar bij masturbatie wel, hebben vaak moeite tijdens de solofase van de seksuele responscyclus de aandacht op hun eigen seksuele gevoel te vestigen en/of ze durven de controle niet los te laten.

Er zijn biologische oorzaken aan te wijzen zoals multiple sclerose of een dwarslaesie, maar ook een testosterontekort. Het gebruik van alcohol, verslavende stimulerende middelen en diverse centraal werkende medicijnen die bij psychiatrische behandeling voorgeschreven worden, zoals antidepressiva, kunnen het klaarkomen remmen of ernstig vertragen (Leusink 2009). Meestal lukt het bij masturbatie ook niet om tot een orgasme te komen.

Er kan sprake zijn van erectiezwakte en daardoor een orgasmestoornis, of van een niet als lustvol ervaren orgasme (anhedonisch orgasme). In beide

gevallen kan dit gepresenteerd worden als orgasmestoornis. Als er wel een orgasmegevoel is, maar geen zaadlozing, dan kan er sprake zijn van een retrograde ejaculatie waarbij het zaad in de blaas terechtkomt door een niet goed werkende blaashalsspier. Dit komt nogal eens voor na urologische operaties, operaties in het kleine bekken of bij diabetes. Ook kan er sprake zijn van bekkenbodempertonie.

13.8.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem

- Maak een onderscheid tussen een opwindingsstoornis (erectieverlies) en een orgasmestoornis.
- Beschrijf het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren daarbij een rol spelen.
- Maak eventueel een tijdlijn

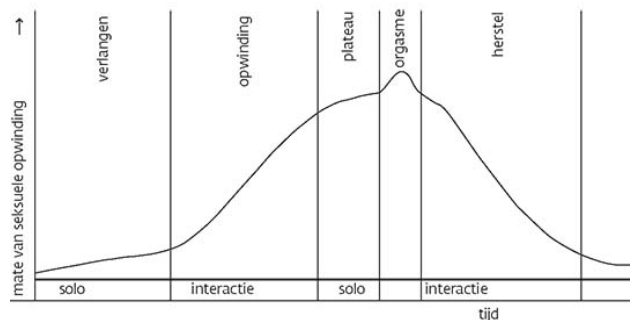
2. Formuleer de hulpvraag

- Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp en waarbij?

3. Geef informatie en advies

- Er kan informatie worden gegeven over de seksuele responscurve (zie figuur 13.1) en het belang van het op jezelf durven richten tijdens de solofase van het orgasme.
- De rol van ziekte, operatie, medicatie of drugs kan toegelicht worden.
- Bij situatieve orgasmeproblematiek kan het paar geadviseerd worden zich te richten op lustvolle en ontspannen seksuele handelingen zonder prestatiedruk. De man kan gestimuleerd worden zich meer te richten op het eigen genot en te kiezen voor ontspannen posities.
- In eventueel een tweede gesprek (liefst met partner) kan de cliënt worden gemotiveerd voor verdere sekstherapeutische hulp.
- Bij een kinderwens kan uitleg gegeven worden over zelfinseminatie.

Figuur 13.1 Seksuele responscurve (Gijs 2009).



13.8.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: (eventueel via huisarts) naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling;
- indien lichamelijk onderzoek en/of aanvullende diagnostiek (testosteronbepaling) nodig is en/of indien er ernstig somatische

comorbiditeit aanwezig is en/of als kinderwens op de voorgrond staat:
via huisarts naar arts-seksuoloog NVVS in tweede- of derdelijns
(academische) polikliniek seksuologie;

- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodem:
(eventueel via huisarts) naar bekkenfysiotherapeut;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: (eventueel via
huisarts) naar haptonoom.

13.9 Orgasmestoornis bij mannen: vroegtijdige zaadlozing

13.9.1 Definities

Er zijn verschillende definities. De meest recente is die van de International Society for Sexual Medicine: "De primaire of levenslange te snelle zaadlozing bij mannen die coitus hebben, wordt gekenmerkt door een zaadlozing die (bijna) altijd optreedt binnen ongeveer 1 minuut na penetratie en de onmogelijkheid de ejaculatie uit te stellen in de meeste gevallen van penetratie" (Serefoglu 2014).

In andere definities staat het niet ervaren van controle over het moment van de zaadlozing centraal, wordt de duur tot de zaadlozing niet benoemd en wordt geen onderscheid gemaakt tussen primaire of verworven vroegtijdige zaadlozing. De meeste definities vereisen wel dat de snelle zaadlozing leidt tot spanningen, tot vermijding van seksuele activiteiten of ernstig interfereert met de seksuele satisfactie van de man en/of zijn partner.

Kader 13.9: Vragen tijdens consult rondom vroegtijdige zaadlozing

- Wat is het probleem?
- Wat vind je 'te snel'?
- Hoeveel tijd verstrijkt er tussen het moment van penetreren en zaadlozing?
- Is het mogelijk coitus te hebben of kom je voor penetratie klaar?
- Wordt de penis slap voor of na de zaadlozing?
- Heb je het probleem altijd al gehad, bij elke partner?
- Heb je ook last bij masturberen?
- Heb je ook last bij stimulatie met de mond of hand?
- Heb je een bevredigd gevoel bij het klaarkomen of herken je het klaarkomen niet?
- Is het "point of no return" voor jou herkenbaar?
- Kun je na een orgasme een tweede erectie krijgen?
- Kun je je richten op je eigen gevoel of ben je vooral bezig met het plezier van je partner?
- Wat betekent de klacht voor jou, je partner en de relatie?
- Zijn er andere seksuele problemen bij jou of je partner?
- Is er ziekte of zijn er aanwijzingen voor bekkenbodempertone (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), verminderd ejaculaat, pijn onderlijf, andere lichamelijke spanningsklachten)?
- Wat heb/hebben je/jullie al geprobeerd om de klacht te verhelpen?
- Heb je faalangst?
- Kun je tijd en ruimte voor jezelf creëren in algemene zin?
- Ben je van jezelf een gehaast iemand?
- Heb je gehaast leren masturberen?
- Wat is je hulpvraag?

13.9.2 Vragen

In kader 13.9 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

13.9.3 Onderzoek

Er is geen indicatie voor lichamelijk onderzoek.

13.9.4 Probleembeschrijving

De mediane tijdsduur tussen het moment van penetreren van de vagina tot aan de zaadlozing is ongeveer 5 tot 6 minuten. De variatie is groot, vanaf 1 minuut is gedefinieerd als normaal.

De tijdsduur van een te snelle ejaculatie na het starten van de coïtus (intravaginale ejaculatielatentietijd = IELT) varieert soms van enkele seconden tot binnen 1 minuut. Veelal is het probleem dan aanwezig vanaf de puberteit en bij elke seksuele activiteit. Deze primaire gegeneraliseerde vorm die slechts bij 1-2% van de mannen voorkomt, speelt mogelijk genetische aanleg een rol. Bij de meeste mannen betreft het andere vormen van te snel klaarkomen, waarbij de IELT varieert, er sprake is van verhoogde spanning of prestatiedruk, het snelle klaarkomen niet in elke situatie optreedt of een gevolg is van bijvoorbeeld een prostaatontsteking, bekkenbodempertone of te snel werkende schildklier (secundaire, verworven vormen).

Geslachtshormonen spelen geen rol bij vroegtijdige zaadlozing.

De secundaire vorm kan onder andere worden verklaard doordat bij eerste ervaringen met masturbatie of coïtus er sprake was van gehaaste condities of doordat er forse spanning is rondom seksueel contact door prestatiedruk. Proberen zich te focussen op het uitstellen van het orgasme voert die druk alleen maar op en werkt averechts. Ook herkennen mannen vaak niet hun 'point of no return' doordat ze teveel zijn gericht op externe prikkels.

Soms wordt het orgasme als te snel ervaren omdat de wens bestaat om langer te kunnen penetreren vanwege de verwachting dat op deze wijze de vrouwelijke partner een vaginaal orgasme bereikt. Niet altijd is dit de wens van de vrouw zelf. Er is in deze situatie in feite geen sprake van een vroegtijdig orgasme.

Het onderscheid tussen primair (gegeneraliseerd) en secundair is van belang omdat alleen bij de primaire vorm medicamenteuze behandeling geïndiceerd is en de andere vormen een andere behandeling nodig hebben.

Tevens moet onderscheid gemaakt worden tussen erectiezwakte en te snelle zaadlozing: wordt de penis slap voor of na de zaadlozing? Bij grote zorg over een falende erectie kan een vroegtijdige zaadlozing optreden.

Elke vorm van vroegtijdige zaadlozing kan gebaat zijn bij cognitieve gedragstherapie en spanningsreductie.

13.9.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem
 - Maak een onderscheid tussen te snel klaarkomen en een erectiestoornis.
 - Beschrijf het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren daarbij een rol spelen.
 - Maak eventueel een tijdlijn.
2. Formuleer de hulpvraag:
 - Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp en waarbij?
3. Geef informatie en advies
 - Geef aan dat spanning een belangrijke factor is, met name bij de situatieve stoornis, maar ook bij de primaire gegeneraliseerde vorm.
 - Bespreek irreële verwachtingen rondom het volhouden van coïtus.
 - Stimuleer de cliënt om de klacht te bespreken met zijn partner. Dit kan enige ontspanning en daarmee verbetering van de klacht geven.
 - De rol van ziekte of bekkenbodempain kan zo nodig toegelicht worden.
 - Bij de situatieve of secundaire vorm kan de man geadviseerd worden te oefenen met het herkennen van het point-of-no-return.
 - Bij elke vorm van vroegtijdige zaadlozing kan het paar geadviseerd worden zich te richten op lustvolle en ontspannen seksuele handelingen, waarbij de man gestimuleerd kan worden zich wat meer te richten op het eigen genot en niet op het mogelijk snelle orgasme.
 - Soms volstaat een zelfhulpboek.
 - In een eventueel tweede gesprek (liefst met partner) kan de cliënt worden gemotiveerd voor verdere sekstherapeutische hulp.

13.9.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: (eventueel via huisarts) naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling;
- indien er sprake is van een primaire vorm of bij lichamelijke comorbiditeit: via huisarts naar arts-seksuoloog NVVS in tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie voor multidisciplinaire behandeling (inclusief zo nodig een bekkenbodempaintherapeut) en om eventueel medicatie te verstrekken;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: via huisarts naar haptonoom.

13.10 Orgasmestoornis bij vrouwen

13.10.1 Definitie

Orgasmestoornis bij vrouwen: aanhoudende of terugkerende vertraging of ontbreken van een orgasme, volgend op een fase met een normale seksuele opwindings. Sterk verminderde intensiteit van het orgasme valt hier ook onder.

13.10.2 Vragen

In kader 13.10 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 13.10: Vragen tijdens consult rondom een orgasmestoornis bij vrouwen

- Wat is het probleem?
- Heb je ooit een orgasme kunnen beleven?
- Indien het een secundair orgasmeprobleem betreft: zie je een aanleiding voor de verandering?
- Is je orgasme vertraagd of kost het veel moeite een orgasme te krijgen?
- Is er wel een orgasme maar beleef je dit niet als hoogtepunt?
- Heb je ooit het gevoel van een 'bijna-orgasme' gehad?
- Kun je een orgasme krijgen bij masturberen?
- Zo ja, hoe ervaar je dit: via stimulatie van de vagina, clitoris of beiden?
- Welke prikkels zijn belangrijk om tot een (bijna)orgasme te komen?
- Zijn deze prikkels aanwezig tijdens seksueel contact?
- Ervaar je opwindning tijdens seksueel contact?
- Lukt het om je aandacht te blijven richten op je eigen seksuele gevoel?
- Wat heb je / hebben jullie al geprobeerd?
- Hoe reageert je partner op deze klacht?
- Wat betekent de klacht voor jou, je partner, de relatie?
- Wat zijn je verwachtingen van een orgasme?
- Heb je in het algemeen moeite om je gevoel te uiten?
- Zijn er andere seksuele problemen, bij jou of je partner?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodempertonie (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), fluorklachten, andere lichamelijke spanningsklachten)?
- Heb je een ziekte, handicap of is er medicijngebruik?
- Gebruik je drugs, alcohol)?
- Wat was de aanleiding om nu hulp te gaan zoeken?
- Wat is je hulpvraag?

13.10.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek is niet nodig om een diagnose te stellen. Educatief seksuologisch onderzoek door een ervaren verpleegkundige of door een arts(-seksuoloog NVVS) kan zinvol zijn als de vrouw onjuiste of gebrekkige kennis heeft over haar eigen lichaam en/of om bekkenbodempertonie te constateren (zie de bijlage 'Beschrijving educatief seksuologisch en bekkenbodemonderzoek bij de vrouw'). Laboratoriumonderzoek is niet zinvol.

13.10.4 Probleembeschrijving

Het vermogen een orgasme te bereiken is afhankelijk van leeftijd, seksuele ervaring en de adequaatheid van de seksuele stimulatie. Iemand met een gezond lijf is in principe in staat een orgasme te bereiken. Het is een individuele zoektocht, in een niet-restrictieve setting, naar welke prikkels (in de vorm van beelden, aanrakingen en eventuele andere opwindende elementen) die kunnen leiden tot opwindning en een orgasme. Bij primaire anorgasmie zou je daarom kunnen spreken van pre-orgasmie: iemand heeft nog niet geleerd klaar te komen.

De meerderheid van de vrouwen komt via stimulatie van de glans clitoris klaar. Slechts een minderheid van de vrouwen kan tijdens coïtus tot een

orgasme komen. Bespreek of de vrouw zelf het uitblijven van een orgasme als een probleem ervaart. Soms kan de reden van de hulpvraag zijn dat de mannelijke partner zich insufficiënt voelt of seksuele eisen aan de vrouw stelt.

Er zijn verschillende oorzaken mogelijk.

- *Psychologische factoren:* Onervarenheid kan samengaan met inadequate stimulatie evenals onbekendheid met of schaamte voor masturbatie. Andere factoren kunnen zijn: schuldgevoelens ten aanzien van seks, gebrek aan assertiviteit, onvoldoende in staat zijn eigen seksuele opwindning waar te nemen of te verdragen, zich niet kunnen focussen op zichzelf, angst voor controleverlies tijdens orgasme, verlegenheid bij cliënte om de partner uit te leggen op welke manier ze graag gestimuleerd wil worden tijdens het vrijen.
- *Relationele factoren:* Partnerrelatieproblemen of het moeilijk kunnen communiceren over de eigen voorwaarden voor voldoende opwindning kunnen meespelen bij de klacht. Ook het seksueel minder aantrekkelijk zijn/ervaren van de partner kan een rol spelen.
- *Biologische factoren:* Neurologische aandoeningen zoals beschadiging van ruggenmerg, centrale zenuwstelsel of perifere zenuwen door trauma, tumor of multiple sclerose. Gebruik van antidepressiva (SSRI's) en andere psychofarmaca.

13.10.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem
 - Maak een onderscheid tussen een opwindingsstoornis en een orgasmestoornis.
 - Beschrijf het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren daarbij een rol spelen.
 - Maak eventueel een tijdlijn.
2. Formuleer de hulpvraag
 - Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp en waarbij?
3. Geef informatie en advies
 - Er kan informatie worden gegeven over de seksuele responscurve (zie figuur 13.1) en het belang van het op jezelf durven richten tijdens de solofase van het orgasme.
 - De rol van ziekte, operatie of medicatie kan toegelicht worden.
 - Bij primaire anorgasmie kan de cliënte gestimuleerd worden op zoek te gaan naar beelden en aanrakingen die opwindend voor haar zijn.
 - Bij situatieve orgasmeproblematiek kan het paar geadviseerd worden zich te richten op lustvolle en ontspannen seksuele handelingen zonder de prestatiedruk en kan de vrouw gestimuleerd worden zich wat meer te richten op het eigen genot.
 - In een eventueel tweede gesprek (liefst met partner) kan de cliënte, worden gemotiveerd voor verdere sekstherapeutische hulp.

13.10.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: (eventueel via huisarts) naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;

- bij ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling;
- bij somatische comorbiditeit: via huisarts naar arts-seksuoloog in tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie;
- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodem: (eventueel via huisarts) naar bekkenfysiotherapeut;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties en moeite met voelen: (eventueel via huisarts) naar haptonoom.

13.11 Pijn bij het vrijen (dyspareunie)

13.11.1 Definitie

Dyspareunie: terugkerende of aanhoudende genitale pijn, voor, tijdens en/of na de coitus bij vrouw of man. Pijn samenhangend met anale penetratie valt hier ook onder.

13.11.2 Vragen

In kader 13.11 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 13.11: Vragen tijdens consult rondom pijn bij het vrijen

- Wat is het probleem?
- Sinds wanneer heb je pijn?
- Zijn er periodes zonder pijn geweest?
- Waar zit de pijn precies? Heb je oppervlakkige pijn of diepe pijn aan of in de vagina of anus? Heb je de pijn alleen bij penetratie of ook onder andere omstandigheden?
- Heb je alleen pijn of is er ook sprake van verkramping?
- Lukt het om tampons of een vinger in te brengen, vroeger en nu?
- Wat heb je / hebben jullie geprobeerd om het probleem op te lossen?
- Gebruik je glijmiddel?
- Kunnen jullie ook op andere manieren vrijen dan penetratie?
- Ervaar je zin in seksueel contact?
- Heb je plezier in seksueel contact? Zo niet, waarom niet?
- Raak je opgewonden? Wat werkt goed en wat niet?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodempertone (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), fluorklachten, verminderd ejaculaat, pijn onderlijf, andere lichamelijke spanningsklachten)?
- Kun je de klacht met een levensgebeurtenis in verband brengen?
- Speelt perfectionisme bij jou een rol?
- Hoe reageert je partner op de klacht?
- Zijn er relatieproblemen?
- Wat is de betekenis van de klacht voor jou, je partner, de relatie?
- Heb je negatieve ervaringen gehad met aanraken of seksualiteit?
- Heb je ooit psychische problemen (eetstoornis, angsten) gehad?
- Ben je gezond, gebruik je medicijnen?
- Wat is je hulpvraag?

13.11.3 Onderzoek

Bij de vrouw

Bij oppervlakkige pijn wordt er in ieder geval gekeken naar eventuele genitale pathologie (rode plekjes passend bij provoked vulvodynia (PVD, vroeger VVS geheten, zie probleembeschrijving), fissuurtjes, andere huidafwijkingen, anatomische problemen, tumor).

Bij voldoende ervaring van de arts kan het onderzoek uitgebreid worden met een touchtest en een onderzoek naar de controle en spierspanning van de bekkenbodem. Bij voorkeur kijkt de vrouw mee met een handspiegel, er is dan sprake van educatief seksuologisch onderzoek (zie de bijlage 'Beschrijving educatief seksuologisch en bekkenbodemonderzoek bij de vrouw').

Bij diepe pijn kan door een arts met voldoende ervaring eventueel vaginaal toucher en speculumonderzoek verricht worden.

Bij de man

De arts kijkt of er aanwijzingen zijn voor genitale/urologische pathologie (phimosis, te kort frenulum, harde plaques, huidafwijkingen, tumor).

Bij diepe pijn kan door een arts met voldoende ervaring eventueel rectaal toucher en proctoscopie verricht worden.

13.11.4 Probleembeschrijving

Bij de vrouw

Dyspareunie is bij vrouwen de meest geuite seksuele klacht. Er is altijd sprake van een vicieuze cirkel: pijn leidt tot bekkenbodemspansing en verminderde seksuele opwinding (lubricatie) waardoor coïtus pijnlijk is. Bij een volgende coïtus anticipeert de vrouw op de pijn, zal ze haar bekkenbodem aanspannen zijn, wordt ze minder opgewonden, etc. Meestal is niet goed te achterhalen waar de vicieuze cirkel begon: bij de pijn, een probleem met het seksueel verlangen of opwinding of het aanspannen van de bekkenbodemspieren (vaginistische reactie).

Er worden 2 soorten pijn onderscheiden: *oppervlakkige* en *diepe* pijnklachten.

Bij *oppervlakkige pijn* bij vrijen ontstaat bij het binnengaan van de penis in de vagina pijn in het vestibulum (vulva). Meestal wordt oppervlakkige pijn bij het vrijen veroorzaakt door vrijen zonder opwinding en/of een verhoogde bekkenbodemspierspanning, soms door terugkerende schimmelinfecties of huidziektes (eczeem, lichen sclerosus) en slechts zelden door anatomische afwijkingen. Een verhoogde bekkenbodemspierspanning kan ook een gevolg zijn van pijn.

In de hoop dat de pijn uiteindelijk weggaat, gaan veel vrouwen door met het hebben van pijnlijke gemeenschap en uiteindelijk ontstaat het beeld van provoked vulvodynia (PVD, eerder ook focale vulvitis en vulvair vestibulitis syndroom (VVS) genoemd), dat gekenmerkt wordt door rode plekjes in het vestibulum, meestal ongeveer op 5 en 7h, die bij elke aanraking een typerend branderig, schrijnend gevoel geven. Gebrek aan opwinding en verhoogde bekkenbodemspansing zijn in stand houdende factoren.

Doordat PVD zowel lichamelijke als psychologische en relationele oorzaken heeft, is een vijfsporenbeleid nodig met de aandacht voor de huid van het

vestibulum, de bekkenbodem, de psychische gesteldheid van de cliënte, seksualiteit en de relatie.

Bekkenbodempertontie als oorzaak van pijn staat niet op zichzelf. Perfectionisme, de neiging tot alsmar volhouden en vele andere psychische problemen, kunnen leiden tot verhoogde spierspanning, zo ook in de bekkenbodem. Maar ook lichamelijke problemen, zoals chronische darmziekte, bindweefsel- en gewrichtsziekten of een lichamelijke handicap, kunnen gepaard gaan met bekkenbodempertontie.

In alle gevallen kan er sprake zijn van gegeneraliseerde bekkenbodempertontie, met naast dyspareunie ook klachten van mictie (frequent plassen, niet goed uit kunnen plassen), defecatie (obstipatie, buikkachten, spastische darm) en vaginale afscheiding.

Diepe pijn wordt ervaren bij diep doorstoten in de vagina tijdens de coïtus. Er moet rekening gehouden worden met somatische oorzaken: obstipatie, uterusmyomen, ovariumcysten of endometriose (baarmoederslijmvlies in schedewand of buikholte). Deze moeten uitgesloten worden, zeker bij secundaire pijnklachten. Onvoldoende opwinding kan ook leiden tot diepe pijn, door het ontbreken van het zogenaamde tenting effect, waarbij de uterus zich wat opricht en de vagina dieper wordt.

Bij de man

Mannen met dyspareunie kunnen als actieve partij tijdens of na coïtus of anale penetratie last hebben van een te kort toompje (frenulum) of een te nauwe voorhuid (phimosis). Bij wat oudere mannen kan er sprake zijn van verlittekening van de penisschacht (ziekte van Peyroni) met kromstand tot gevolg (zie deeldraaiboek 15).

Pijn tijdens anale penetratie kan bij de passieve partner voorkomen door onvoldoende (bekkenbodem)ontspanning, aandoeningen van het anusslijmvlies, zoals scheurtjes en soa. In aansluiting op letsel van het kwetsbare slijmvlies van de anus ontstaat verhoogde spierspanning, wat het probleem in stand houdt.

Ook bij mannen kan er sprake zijn van een gespannen bekkenbodem, met dezelfde psychische en lichamelijke oorzaken en symptomen als bij de vrouw. De pijn wordt dan vaak diffuser aangegeven, in de buik, het scrotum, de liezen of billen. Ook kan er sprake zijn van pijn tijdens het orgasme. De klachten kunnen ook optreden in het kader van een erectie- of orgasmeprobleem, waarbij de man probeert het probleem op te heffen door de spieren van o.a. de bekkenbodem aan te spannen.

Zowel mannen als vrouwen met dyspareunie kunnen in een vicieuze cirkel van pijn, angst voor pijn en minder zin in seks terechtkomen.

13.11.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem

- Beschrijf het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief, diep/oppervlakkig) en welke factoren daarbij een rol spelen.
- Maak eventueel een tijdlijn.

2. Formuleer de hulpvraag

- Wat is jouw vraag, welke last ervaar je, wil je verdere hulp en waarbij?

3. Geef informatie en advies

- Informeer over de voorwaarden voor pijnloze gemeenschap: voldoende opwinding en een ontspannen bekkenbodemp. Vraag door over de mate van opwinding, omdat veel vrouwen en mannen het lastig vinden nuances daarin te herkennen.
- Bespreek de vicieuze cirkel van anticipatie op de pijn, met minder opwinding en hogere bekkenbodemspansing.
- Adviseer het kenbaar maken van de pijn en benadruk het belang van stoppen met pijnlijke handelingen (penetratieverbod). Op die manier kan de vicieuze cirkel doorbroken worden.
- Stimuleer het koppel aandacht te blijven besteden aan lichamelijk contact met allerlei prettige seksuele handelingen anders dan penetratie. Zo kan er weer ruimte komen voor plezierige seksuele ervaringen, waarbij ook weer opwinding kan ontstaan.
- De rol van ziekte of bekkenbodemp kan zo nodig toegelicht worden.
- Adviseer de algemene hygiënemaatregelen en de pijnlijke plekjes te verzorgen met lanette FNA crème, door het *heel licht* in te masseren.
- Er kan een tweede gesprek aangeboden worden. In dat gesprek (liefst met partner) kan de cliënt worden onderzocht (bij voldoende ervaring door de arts seksuele gezondheid) en kan de cliënt, indien nodig, worden gemotiveerd voor verdere sekstherapeutische hulp.

13.11.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij een tekort frenulum of phimosis: via huisarts naar uroloog (zie ook deeldraaiboek 15);
- indien aanvullend lichamelijk onderzoek en/of aanvullende diagnostiek nodig is en/of indien er ernstig somatische comorbiditeit aanwezig is, of bij het beeld van PVD: naar arts-seksuoloog NVVS in tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie voor multidisciplinaire behandeling;
- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodemp: (eventueel via huisarts) naar bekkenfysiotherapeut (liefst in combinatie met seksuoloog). Let op dat de bekkenfysiotherapeut kennis heeft van seksualiteit en dat er niet invasief gewerkt wordt;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: (eventueel via huisarts) naar haptonoom;
- bij ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling.

13.12 Vaginisme

13.12.1 Definitie

Vaginisme: terugkerend of aanhoudend onwillekeurige samentrekkingen van de spieren van het onderste derde deel van de vagina op het moment van (dreiging van) penetratie.

13.12.2 Vragen

In kader 13.12 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 13.12: Vragen tijdens consult rondom vaginisme

- Wat is het probleem?
- Sinds wanneer heb je deze klacht?
- Was er een aanleiding om hulp te zoeken?
- Is penetratie eerder wel gelukt, zonder pijn of verkramping? Zie je een aanleiding voor de verandering?
- Durf je tampons te gebruiken? Durf je een vinger in te brengen?
- Durf je zelf naar je vagina te kijken? Durf je je vagina aan te raken?
- Mag je vagina aangeraakt worden?
- Is ooit (inwendig) onderzoek gedaan door een arts?
- Herken je verkramping van je bekkenbodembodem, weet je wat dat is?
- Hoe vrijen jullie, proberen jullie tijdens het vrijen steeds te penetreren?
- Kun je de seksuele responscurve doorlopen (verlangen, opwindend, orgasme)?
- Durf je intiem te zijn en te strelen en te vrijen?
- Heb je plezier in seksueel contact?
- Wat betekent de klacht voor jou, je partner, de relatie?
- Hebben jullie een kinderwens?
- Heb je negatieve seksuele ervaringen?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodembodemhypertonie (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), fluorklachten, andere lichamelijke spanningsklachten)?
- Ben je gezond, gebruik je medicatie?
- Heb je in het verleden ziekten of operaties gehad?
- Heb je ooit psychische problemen gehad, eetstoornissen?
- Wat is je hulpvraag?

13.12.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek tijdens het consult seksuele gezondheid is niet nodig om een diagnose te stellen of een oorzaak te achterhalen, tenzij er anamnestic aanwijzingen zijn dat er een lichamelijke oorzaak voor het onvermogen tot gemeenschap is. Sporadisch kan er sprake zijn van een stug maagdenvlies of aangeboren afwijkingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen zoals een schotje in de vagina.

13.12.4 Probleembeschrijving

Vaginisme wordt beschouwd als een seksuele pijnstoornis. Veelal is er sprake van primair vaginisme, waarbij er nooit gemeenschap mogelijk is geweest en binnengaan van de vagina met vingers, tampon of speculum eveneens onmogelijk is. Als een vrouw wel een gynaecologisch onderzoek kan ondergaan, maar geen coïtus, of vice versa, wordt gesproken van een situatieve vaginistische reactie.

Een vaginistische reactie is een geconditioneerde reactie op een 'bedreigende' stimulus van buiten, zoals een penis, vinger, tampon of speculum. De vrouw spant onwillekeurig haar bekkenbodemspieren aan. Bij een heftige vaginistische reactie spant ze in sommige gevallen ook bovenbeen- en lange rugspieren aan. De ervaren bedreiging kan samenhangen met negatieve ervaringen, met sterke ideeën of angsten over seksualiteit of penetratie en/of met lichamelijke afwijkingen.

Vaginitisch reagerende vrouwen kunnen heel tevreden zijn over hun seksuele relatie, evenals de partner. Hulp wordt vaak pas ingeroepen als er kinderwens is. Na een partus kan de vaginistische reactie nog steeds optreden. Een deel van de vrouwen voelt zich insufficiënt. Vaak is er als gevolg van het probleem minder zin in vrijen en/of zijn er opwindingsstoornissen.

13.12.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem

- Beschrijf het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren daarbij een rol spelen.
- Maak eventueel een tijdlijn.
- Bespreek eventuele actuele kinderwens.

2. Formuleer de hulpvraag

- Wat is jouw vraag, welke last ervaar je, wil je verdere hulp en waarbij?

3. Geef informatie en advies

- Leg de werking uit van de bekkenbodempogingen en wat de relatie is met voor de vrouw bedreigende situaties, zodat zij begrijpt wat er gebeurt bij seksueel contact.
- Leg uit dat herhaalde mislukkende pogingen om te penetreren de verkrampingsreactie alleen maar versterken.
- Stimuleer het koppel aandacht te blijven besteden aan lichamelijk contact met allerlei prettige seksuele handelingen anders dan penetratie. Zo kan er weer ruimte komen voor plezierige seksuele ervaringen, waarbij ook weer opwinding kan ontstaan.
- Leg uit dat bekkenfysiotherapie kan helpen, maar alleen als er ook aandacht is voor de (psychische of lichamelijke) achtergrond van de hypertonie en alleen in combinatie met seksuologische hulp.
- Bij actuele kinderwens: leg uit dat ondanks vaginisme het mogelijk is om kinderen te krijgen, door middel van zelfinseminatie. Tracht cliënte te motiveren naar een seksuoloog NVVS te gaan voor begeleiding.

13.12.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: (eventueel via huisarts) naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige relatieproblematiek: (eventueel via huisarts) naar relatietherapeut;
- bij complexe problematiek met bijkomende somatische problematiek: via huisarts naar (arts-)seksuoloog in tweede- of derdelijns polikliniek seksuologie waar multidisciplinair wordt gewerkt;
- bij ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling of tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie;
- indien er sprake is van kinderwens of een verzoek tot lichamelijk onderzoek: via huisarts naar arts-seksuoloog NVVS in tweedelijns polikliniek seksuologie;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: (eventueel via huisarts) naar haptonoom;

- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodem: (eventueel via huisarts) naar bekkenfysiotherapeut (alleen in combinatie met seksuoloog). Let op dat de bekkenfysiotherapeut kennis heeft van seksualiteit en dat er niet invasief gewerkt wordt.

13.13 Parafilie

Kader 13.13: Vragen tijdens consult rondom parafilie

- Wat is het probleem?
- Wat is de inhoud van je verlangens?
- Sinds wanneer heb je deze verlangens?
- Waar is je seksueel-erotische focus op gericht?
 - Wil jij je geslachtsdelen tonen aan nietsvermoedende vreemden?
 - Voel jij je seksueel aangetrokken tot niet-levende objecten zoals schoenen of lingerie?
 - Wil je zonder instemming tegen een ander aanwrijven of de ander aanraken?
 - Heb je seksueel erotische gevoelens voor een kind jonger dan een puber of jonger dan 13 jaar?
 - Wil je vernederd, geslagen, vastgebonden of gepijnigd worden?
 - Wil je een ander geestelijk of lichamelijk lijden toebrengen?
 - Wil je kleding van de andere sekse dragen?
 - Wil je zonder toestemming bij seksuele activiteiten, uitkleden of naakt zijn van anderen toekijken?
 - Zijn er andere personen of objecten waar je opgewonden van wordt?
- Waar word je het meest opgewonden van?
- Kan je ook zonder die specifieke focus opgewonden raken en tot een orgasme komen?
- Breng jij je wens in de praktijk? Zo ja, hoe doe je dat?
- Doe je dat alleen of betrek je daar anderen bij?
- Heeft de ander daar een keus in?
- Worden de (parafiele) verlangens als 'horend bij jezelf' of als 'wezensvreemd, niet horend bij jezelf' ervaren?
- Hoe voel jij je over je verlangens?
- Hoe intensief ben je met de parafilie bezig? Hoe vaak doe je het?
- Wat zijn de gevolgen?
- Heb je een partner?
- Is je partner op de hoogte van je verlangens en wat vindt je partner van je verlangens?
- Kun je jouw verlangens inbouwen in het seksueel contact met je partner?
- Weet iemand van je verlangens? Hoe wordt er op gereageerd?
- Lukt het je om (steeds) veilig te vrijen?
- Hoe functioneer je in het dagelijks leven, in je vriendenkring, op school of werk?
- Heb je lichamelijke of psychische problemen?
- Heb je aangeboren aandoeningen?
- Is er suicidegevaar?
- Gebruik je (overmatig) alcohol of drugs?
- Heb je ooit strafrechtelijke bemoeienis gehad?
- Vind je zelf dat je gevaar loopt, zowel lichamelijk als juridisch?
- Is er gevaar voor anderen?
- Wat is je hulpvraag?

13.13.1 Definitie

Parafilie: terugkerende seksueel opwindende fantasieën, seksuele impulsen en gedragingen betreffende:

- niet-menselijke objecten;
- het lijden of vernederen van zichzelf of de partner;
- kinderen of andere niet-instemmende personen.

13.13.2 Vragen

In kader 13.13 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

13.13.3 Lichamelijk onderzoek

Alleen ter inventarisatie van eventueel lichamelijk letsel als gevolg van parafiele uitingen.

13.13.4 Probleembeschrijving

Het ontstaan van parafilieën is vooralsnog niet eenduidig bekend. De oorsprong van een parafiele voorkeur kan al in de vroege jeugd liggen. Parafilie komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. De DSM-5 benoemt een aantal vaker voorkomende parafilieën. Bij een parafilie kan de seksuele opwindning echter gekoppeld zijn aan elk te bedenken object, handeling of lichaamskenmerk (zie tabellen 13.2 en 13.3).

Tabel 13.2. DSM-classificatie van parafilieën.

Categorie	Seksueel-erotische focus
Exhibitionistische stoornis	het tonen van de geslachtsorganen aan een nietsvermoedende vreemdeling
Fetisjistische stoornis	niet-levende objecten (schoenen, lingerie)
Frotteuristische stoornis	zonder instemming aanraken en wrijven tegen een andere persoon
Pedofiele stoornis	prepubertair kind of jonger dan 13 jaar
Seksueel masochistische stoornis	vernederd, geslagen, vastgebonden of anderszins gepijnigd worden
Seksueel sadistische stoornis	toebrengen van psychisch of lichamelijk lijden bij een slachtoffer
Transvestisch fetisjistische stoornis	dragen van kleding van de andere sekse
Voyeuristische stoornis	zonder toestemming kijken naar andere(n) bij seksuele activiteiten, uitkleden of naakt zijn

Tabel 13.3. Andere gespecificeerde parafiele stoornissen vallend buiten de vorige.

Categorie	Seksueel-erotische focus
Telefoonscatologie	obscentiteiten over de telefoon
Necrofilie	lijken
Partialisme	lichaamsdeel
Zoölogie	dieren
Coprofilie	ontlasting
Urofilie	urine
Klismafilie	rectaal inbrengen van vloeistof

De kans op het ontwikkelen van een parafiele stoornis is groter naarmate er meer voorwaarden voor een gezonde seksuele ontwikkeling ontbreken. De belangrijkste voorwaarden zijn: een warm nest waarin veilige hechting mogelijk was, positieve boodschappen over relaties, intimiteit en seksualiteit en leeftijdsspecifieke seksuele ervaringen. Binnen een gezonde seksuele ontwikkeling wordt de lichamelijke seksuele respons langzamerhand gekoppeld aan een positieve seksuele en intieme context. Bij het ontbreken van bovenstaande positieve voorwaarden, kan de fysieke seksuele respons gekoppeld worden aan elk denkbaar object, handeling of persoonskenmerk van (positieve of negatieve) aandacht. Conditionering en het ontbreken van 'corrigerende' leeftijdsspecifieke ervaringen lijken hierbij een rol te spelen. Bij een parafilie is het specifieke object, handeling of persoonskenmerk een absolute voorwaarde voor seksuele opwindning en staat in feite los van de persoon met wie het seksuele contact plaatsvindt. Een parafilie kan egosyntoon zijn (ervaren als passend bij de persoon) of egodystoon (ervaren als wezensvreemd).

De DSM-5 maakt een onderscheid tussen parafiele verlangens en een parafiele stoornis. Bij een parafiele stoornis veroorzaakt het gedrag, het seksueel verlangen of de fantasieën duidelijk lijden in het sociale of beroepsmatig functioneren of op een belangrijk ander gebied. Als anderen zonder consensus bij het parafiele gedrag betrokken worden, is lijdensdruk geen noodzakelijke voorwaarde en wordt de diagnose parafiele stoornis ook gesteld.

Als een specifieke voorkeur zonder grote problemen ingebouwd kan worden in de seksualiteit of het seksueel contact, is er sprake van parafiele voorkeur, niet van een stoornis. Er hoeft dan geen hulpvraag te bestaan. Voorstelbaar is echter dat naarmate het object, de handeling of het persoonskenmerk meer noodzakelijk is voor opwindning en naarmate deze verder weg staat van de 'gebruikelijke' seksuele prikkels, het inbouwen in seksueel contact moeilijker is.

Veel cliënten die lijden aan een parafilie houden deze stoornis geheim voor hun omgeving/partner. De geheimhouding kan leiden tot angsten en depressieve gevoelens en stressgerelateerde klachten. Er bestaan in veel gevallen schuld- en schaamtegevoelens en ook gevoelens van onmacht en angst voor toenemende oncontroleerbaarheid van het gedrag. Deze strijd kan leiden tot een toenemende fixatie op de verlangens en zal over het algemeen gepaard gaan met veel spanningen die op hun beurt weer leiden tot

compenserend gedrag als alcoholmisbruik of depressie, maar ook tot problemen binnen de relatie en op het werk.

De parafilie kan ten koste gaan van andere levensgebieden, omdat men steeds meer bezig is met seksuele activiteiten of het onderdrukken ervan. Dit kan leiden tot verlies van partner, vrienden en/of familie. Ook kunnen er als gevolg van deze stoornis financiële problemen ontstaan door bijvoorbeeld veelvuldig prostitutiebezoek, internetverslaving en telefoonseks.

Cliënten en hun eventuele sekspartners kunnen lichamelijk letsel oplopen door de aard en de frequentie van hun seksueel gedrag en kunnen seksueel overdraagbare aandoeningen oplopen. Worden mensen tegen hun wil betrokken bij een parafilie dan kan dit leiden tot traumatisering van de slachtoffers en tot justitiële gevolgen.

13.13.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige seksuele gezondheid doen?

- Probeer een beeld te krijgen van de aard van de parafilie en de consequenties voor het dagelijks leven.
- Realiseer je dat het voor veel cliënten moeilijk is (direct) open te zijn over hun verlangens.
- Lijdensdruk is niet altijd aanwezig; vaak speelt druk uit de omgeving een rol in het zoeken van hulp.
- Neem een open en niet-veroordelende attitude aan ten opzichte van het verhaal van de cliënt en toon begrip voor de impact van het probleem op de cliënt en zijn/haar eventuele partner.
- Probeer een onderscheid te maken tussen parafiele voorkeuren en een parafiele stoornis.
- Maak onderscheid tussen verlangens en gedrag en maak duidelijk dat verlangens vrij zijn en de uitingen niet per definitie problematisch hoeven te zijn.
- Inventariseer eventuele risico's voor de cliënt en/of diens partner en bespreek deze open met de cliënt.
- Indien er sprake is van parafiel gedrag waarbij niet-instemmende personen betrokken zijn, wees dan duidelijk over de strafbaarheid en probeer de cliënt te motiveren tot het zoeken van hulp.
- Probeer met cliënt de hulpvraag te verhelderen. Is de lijdensdruk of de druk uit de omgeving groot en wil de cliënt daar wat aan doen? Of wil de cliënt de parafilie zo goed mogelijk vormgeven in zijn/haar leven?

13.13.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- indien er sprake is van een parafiele stoornis en/of (potentiële) niet-instemmende slachtoffers: via huisarts naar gespecialiseerde GGZ met seksuoloog NVVS of naar derdelijns (academische) polikliniek seksuologie waar multidisciplinair wordt gewerkt;
- indien er vragen zijn over de vormgeving van parafiele verlangens, zonder dat er sprake is van grote lijdensdruk of niet-instemmende slachtoffers: naar psychotherapeut/seksuoloog NVVS met specifieke kennis op dit gebied.

Referenties

- Gijs L, Gianotten W, Vanwesenbeeck I, Weijnenborg PH 2009. Seksuologie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Gijs L 2013. [Waarheen met de parafilieën in DSM-5?](#) *Tijdschrift voor Seksuologie* 37(4):148-159.
- [Instructies voor de Zelf Inseminatie Methode](#) (geraadpleegd 8-1-2017).
- Kedde H 2012. [Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren.](#) *Tijdschrift voor Seksuologie* 36(2):98-108.
- Leusink, P 2009. [Seksuele bijwerkingen van geneesmiddelen bij een man](#) (geraadpleegd 8-1-2017).
- Leusink P, Ramakers M 2014. Handboek seksuele gezondheid: probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- NHG-Patiëntenbrief 2008. Dagboeken bij erectieproblemen (geraadpleegd 10-1-2017 via <http://seksueledisfuncties.nl/>).
- NHG-werkgroep Seksuele klachten. [NHG-standaard Seksuele klachten \(eerste herziening\)](#) (geraadpleegd 2-3-2016).
- Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, Althof SE, Shindel A, Adaikan G, Becher EF, Dean J, Giuliano F, Hellstrom WJG, Giraldi A, Gлина S, Incrocci L, Jannini E, McCabe M, Parish S, Rowland D, Segraves RT, Sharlip I, Torres LO 2014. [An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the Second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation.](#) *Sexual Medicine* 2(2):41–59.
- van Zessen G 2016. [Vat van de zelfwaardering](#) (geraadpleegd 9-1-2017).



Bijlage **Beschrijving educatief seksuologisch en bekkenbodemonderzoek** **bij de vrouw**

Doel van het onderzoek:

- Informatie krijgen over de huid rondom de ingang van de vagina (vestibulum)
- Informatie krijgen over de rusttonus van en de controle over de bekkenbodem
- Informatie geven over anatomie van de vulva en vagina en over de conditie van de huid, bewustzijn vergroten bij de cliënte over de bekkenbodem

Het onderzoek wordt verricht bij klachten van pijn bij gemeenschap en vaginistisch reageren of bij aanwijzingen voor gegeneraliseerde bekkenbodemhypertonie.

Belangrijke voorwaarden bij het onderzoek:

- Zorg voor een verwarmde onderzoekskamer, die eventueel afgesloten kan worden of waar een scherm of gordijn er voor zorgt dat de cliënte niet direct zichtbaar is met ontkleed onderlichaam als iemand onverwacht binnen komt.
- Zorg dat de onderzoekstafel zo afgesteld staat dat de cliënte haar benen enigszins kan ontspannen in de stoel (beensteunen niet te wijd) en zij niet hoeft te reiken met haar hoofd om mee te kijken (kussentje in de nek, rugleuningvoldoende rechtop). Zo kan de bekkenbodem zoveel mogelijk ontspannen.
- Zorg ervoor dat de cliënte enige controle kan ervaren door aan te geven dat zij het onderzoek te allen tijde kan stoppen.
- Laat cliënte meekijken met een handspiegel, dan kan er sprake zijn van educatie.

Het onderzoek zelf:

Het onderzoek bij dyspareunie/VVS-PVD (provoked vulvodynie)/vaginistische klachten/BBH (bekkenbodemhypertonie) bestaat uit:

1. hands-off inspectie van vulva en perineum;
2. inspectie van vestibulum en introitus met spreiden van de binnenste schaamlippen;
3. de touchtest;
4. palpatie van het perineum;
5. vaginale palpatie van de musculus pubococcygeus (diepe bekkenbodemspier) (facultatief).

1. Hands-off inspectie van vulva en perineum

Bij hands-off inspectie van vulva en perineum kan een ingetrokken perineum of een opstaand randje dorsaal van de commissura posterior een eerste aanwijzing zijn voor het bestaan van hypertonie/overactiviteit van de bekkenbodem. Vervolgens kan de vrouw gevraagd worden haar bekkenbodemspieren aan te spannen en los te laten, eventueel in tweede instantie met het geven van de instructie 'te doen alsof u plas en ontlasting ophoudt' en vervolgens 'iets mee te persen'. Op deze wijze krijgt men een

indruk over aan- en/of afwezigheid van bekkenbodemspiergevoel ('awareness') en de mogelijkheid tot bewuste controle. Bij een bekkenbodem met normale tonus en goede controle is het mogelijk om door aanspannen en loslaten het perineum 1 à 2 cm heen en weer te bewegen.

2. Inspectie van vestibulum en introitus met spreiden van de binnenste schaamlippen

Let bij inspectie van de vulva met spreiden van de binnenste schaamlippen (voorzichtig, vermijd aanraken van vestibulum!) op laesies/afwijkingen van het vulvaire epitheel en beoordeel vooral het vestibulum. Bij PVD/VVS zijn diep in het vestibulum, in de fossa vestibularis, soms (dus niet altijd!) kleine rode plekjes te zien. Afwezigheid van rode plekjes sluit de diagnose PVD/VVS niet uit. Kleine fissuurtjes in de commissura posterior zijn meestal het gevolg van mechanische wrijving bij 'unaroused intercourse' en/of gebrek aan relaxatie.

3. Touchtest

Raak de huid rondom de ingang van de vagina voorzichtig, zonder uitoefenen van druk, aan met een al of niet bevochtigde wattenstaaf. Bij PVD/VVS meldt cliënte, mét of zónder rode plekjes, dan de typerende branderige pijn die bij cliënten zonder PVD/VVS ontbreekt. Een positieve touchtest in combinatie met chronische oppervlakkige dyspareunie en vulvodynie bij elke vorm van aanraken ('provoked') is bewijzend voor de diagnose PVD/VVS.

4. Palpatie van het perineum

Om een gedetailleerder oordeel te vormen over het mogelijk bestaan van overactiviteit van de bekkenbodemspieren is specifiek bekkenbodemonderzoek zinvol. Palpeer hierbij het perineum terwijl de cliënte gevraagd wordt de bekkenbodem zo goed mogelijk te ontspannen. Indien men een soepele weerstand voelt, is er sprake van maximale relaxatie. Is er sprake van een vast aanvoelend perineum, dan is er sprake van verhoogde spierspanning van de bekkenbodemspieren.

5. Vaginale palpatie van de musculus pubococcygeus (facultatief)

Na de uitwendige beoordeling van de bekkenbodem kan vaginale palpatie van de musculus pubococcygeus (een deel van de levator ani) volgen. Vermijd hierbij pijn, omdat een pijnlijk onderzoek de pijncirkel bekrachtigt.

Verricht dit deel van het onderzoek niet als cliënte aangegeven heeft dat zij niet (zonder pijn) een vinger of tampon in kan brengen. Zonder dit onderdeel is al heel veel informatie over de bekkenbodem verkregen.

Plaats een van glijmiddel voorziene vinger tegen de hymenaalring en vraag cliënte om tegen deze vinger aan te persen; de introitus wordt dan door de 'persparadox' iets verwijd. Breng voorzichtig de vinger 3-4 cm in. Daarna is persen niet meer nodig en wordt de cliënte gevraagd maximaal te ontspannen ('los te laten'). Beweeg de ingebrachte vinger vervolgens naar dorsolateraal, waar op 5 en 7 uur het dikste gedeelte van de musculus pubococcygeus loopt. Bij volledige relaxatie is er dan geen weerstand of hoogstens een elastische weerstand te voelen. Zijn de bekkenbodemspieren gespannen, dan voelt men een vaste of zelfs harde rand, die niet zelden ook drukpijnlijk is.

Vraag vervolgens om de bekkenbodemspieren aan te trekken, even vast te houden en direct weer zoveel mogelijk te ontspannen. Lukt dit niet, dan heeft de vrouw kennelijk geen bewuste controle. Lukt enig aanspannen wel, maar

kan ze niet volledig relaxeren terwijl ze zelf het idee heeft maximaal te ontspannen, dan is er sprake van hypertonie.

Bij een overactieve bekkenbodempier lukt het de cliënte niet om, bij de instructie aan te spannen en vast te houden, dit aanspannen langer dan enkele seconden vol te houden of er treedt 'twitching' op, een onwillekeurig trillen van vermoeide musculatuur. De mogelijkheid bestaat ook dat de vrouw op de instructie om te ontspannen, ongewild de bekkenbodempieren nog meer aanspant. Dit wordt 'paradoxaal bekkenbodempiergedrag' genoemd.

Bespreek het onderzoek na met cliënte, met aandacht voor hoe zij het onderzoek ervaren heeft en wat jouw bevindingen zijn.

Bron: Protocol Educatief en Seksuologisch Onderzoek bij Dyspareunie/VVS-PVD/Vaginitische klachten/BBH, Rik van Lunsen 2012