



Ontwikkelingen in de behandeling van primair vaginisme

Moniek ter Kuile

Leids Universitair Medisch Centrum

Wat is vaginisme?

Definities:

DSM-IV-TR: herhaald of aanhoudend onwillekeurig spasme van buitenste derde deel van de vagina waardoor geslachtsgemeenschap belemmerd wordt

ICD-10: onvrijwillig samentrekken van de spieren rondom de vagina waardoor het (bijna) onmogelijk wordt om geslachtsgemeenschap te hebben

Vormen: Primair (levenslang)
 Secundair (verworven)

Wat is vaginisme?

Definities:

DSM-IV-TR: herhaald of aanhoudend onwillekeurig buitenste derde deel van de vagina waardoor geslachtsgemeenschap belemmerd wordt

SPASME

ICD-10: onvrijwillig samentrekken van de spieren rondom de vagina waardoor het (bijna) onmogelijk wordt om geslachtsgemeenschap te hebben

Vormen: Primair (levenslang)
Secundair (verworven)

De rol van spasme bij vaginisme

Reissing et al. (2004) (N: vaginisme 29; VVS 29; controles 29)

- Spasme = onvrijwillige contractie BB-spier(en) die inwendig onderzoek uit sluit
- Spasme tijdens gynaec. onderzoek: vaginisme > VVS (PVD) / normals
- Vaginisme: spasme 28 %
- Niet repliceerbaar bij tweede gyn. onderzoek
- EMG-meting: geen spasme bij sensor inbrengen
- Echter: weigering EMG-onderzoek:
vaginisme (46 %), VVS (0 %), normals (0 %)

Wat is vaginisme?

Definities:

ONVRIJWILLIG SAMENTREKKEN BB

ICD-10: onvrijwillig samentrekken van de spieren rondom de vagina waardoor het (bijna) onmogelijk wordt om geslachtsgemeenschap te hebben

Vormen: Primair (levenslang)
 Secundair (verworven)

Vaginisme en bekkenbodempdisfunctie

Van der Velde & Everaerd (1999); Reissing e.a. (2004):

Geen verschillen tussen vrouwen met vaginisme en controles m.b.t.:

- EMG basisspanning van de bekkenbodemspieren
- Vermogen om (ont)spanningsoefeningen uit te voeren (kortdurende en langere contracties)
- ('defensieve') spierspanningsrespons op bedreigende stimuli

Mogelijke andere factoren in de etiologie van vaginisme (1)

- Seksueel geweld in kindertijd

- van Lankveld e.a. (1995): n.s. (*Draijer, 1988: 33% < 16 jr*)

- Reissing e.a. (2003): vaginisme (41% <14 jaar) > controles (21%) en VVS (24%)

- Aziz e.a. (2007): vaginisme (27%) = controles (34%)

Mogelijke andere factoren in de etiologie van vaginisme (2)

- **Seksuele disfunctie: vaginisme > controles:**
 - Van Lankveld e.a. (1996); de Kruiff e.a. (2001); Reissing e.a. (2003):
 - lagere masturbatiefrequentie
 - Meer problemen met seksueel verlangen
 - Meer problemen met lubricatie en gevoelens van opwinding tijdens partnerseks
 - Minder plezier in seks
 - Meer pijn bij seksueel contact

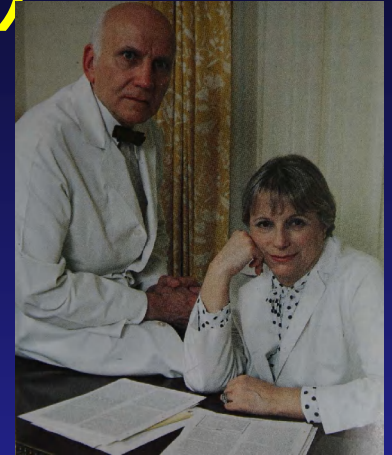
Mogelijke andere factoren in de etiologie van vaginisme (3)

- Fobische angst voor penetratie



Wie dachten dat

- Walthard (1909)
- Masters & Johnson (1970): vaginisme is een lichamelijk aspect van angst voor penetratie
- Musaph (1977): onbewuste angst voor de bedreigende penis die tot bloedende wonden zal leiden bij penetratie, en ondraaglijke pijn



Mogelijke andere factoren in de etiologie van vaginisme (3)

- Fobische angst voor penetratie

Blazer (1964)

- angst voor pijn is belangrijkste reden voor vermijding van coïtus (n = 476; interviewstudie)

Cognitief Model

Nadering Penis



Penetratie
pijnlijk of
onmogelijk

angst ↑

opwinding ↓

+

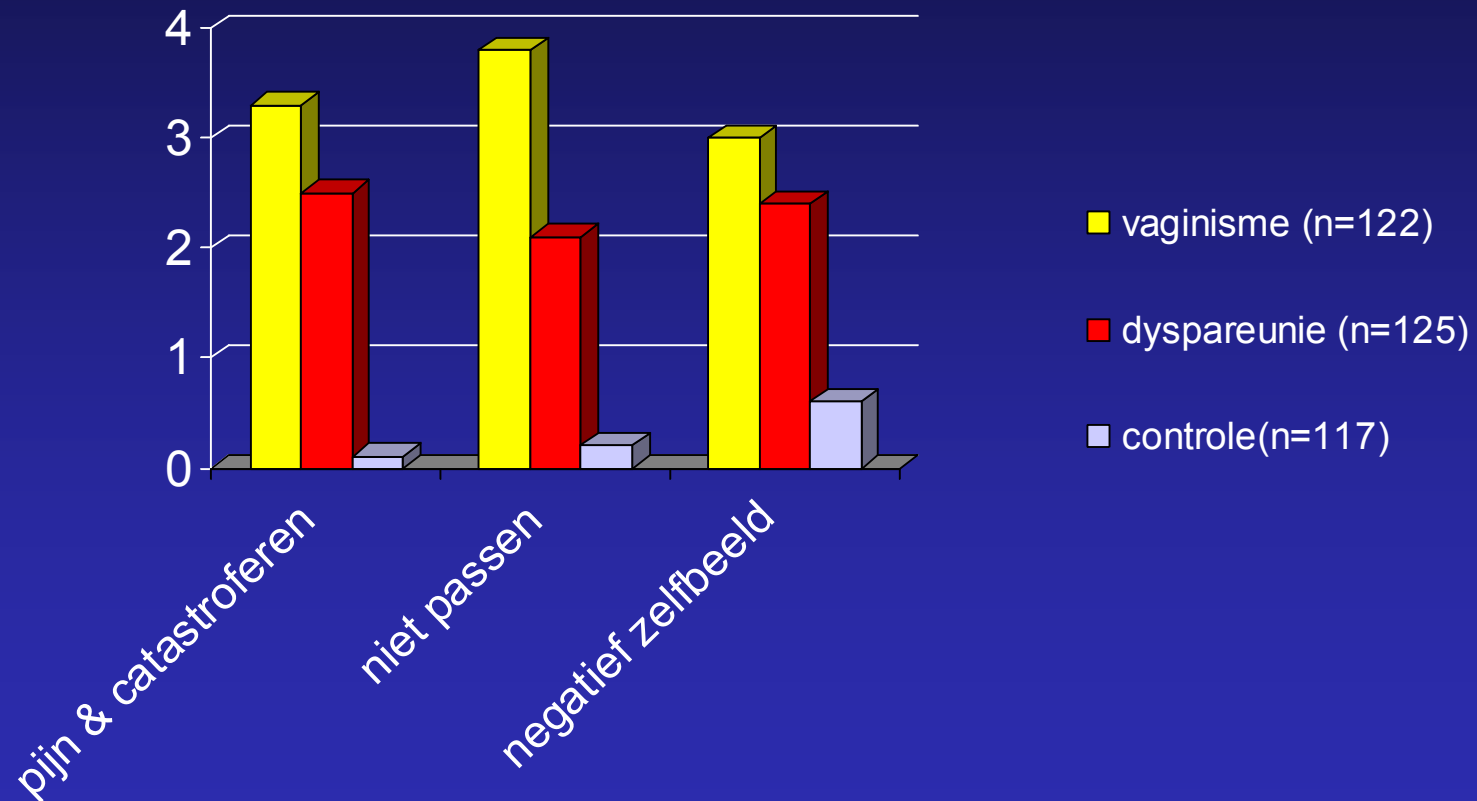
bekkenbodembodem
spierspanning ↑

Spano & Lamont, 1975



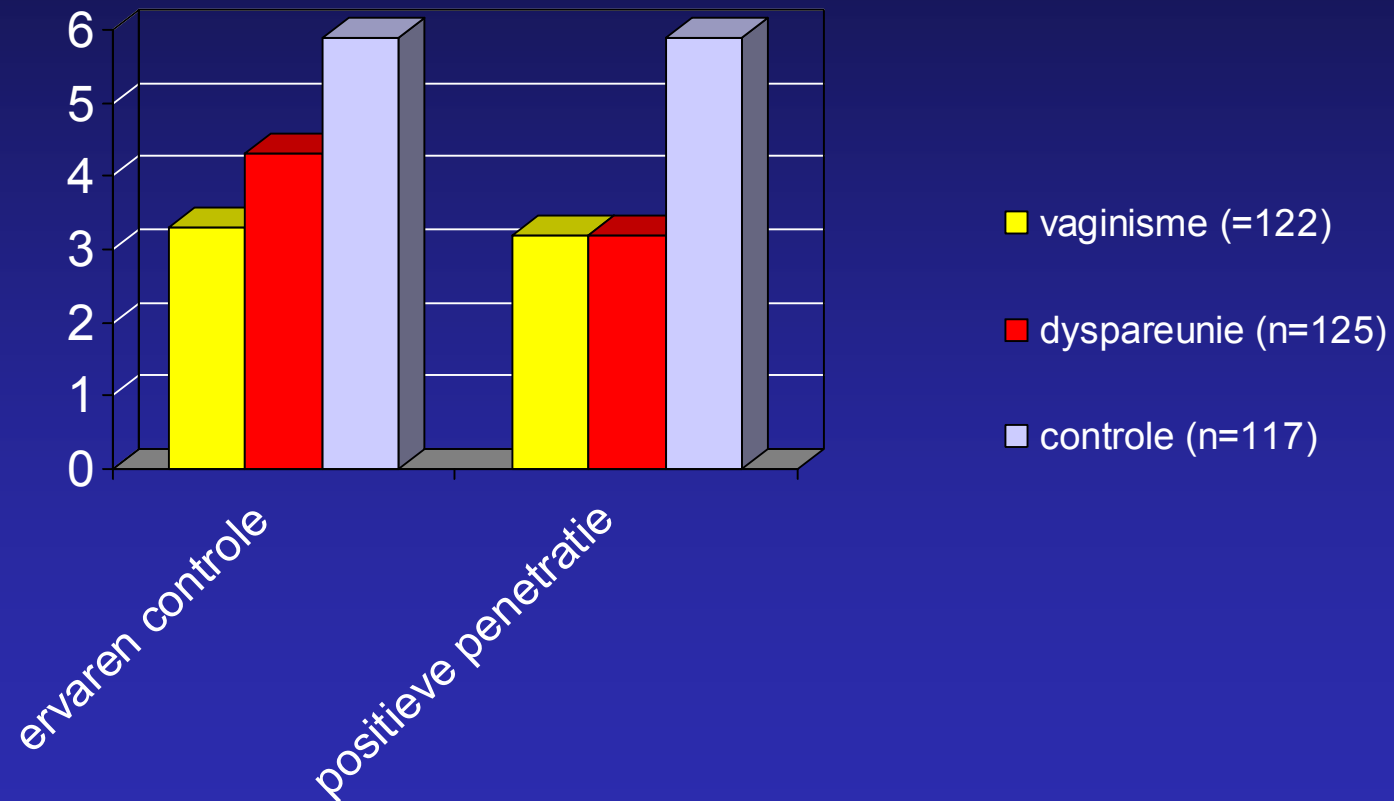
Negatieve penetratie cognities

vaginisme > dyspareunie > controles



Positieve penetratie cognities

vaginisme \leq dyspareunie $<$ controles





Vaginisme

(voor zover empirisch aangetoond)

- Is geen bekkenbodemspierdisfunctie
- Wordt niet gekenmerkt door spasme van de bekkenbodem / vaginale sfincter
- Wordt waarschijnlijk niet veroorzaakt door vroeg seksueel misbruik
- Hangt samen met problematisch seksueel functioneren (oorzaak/gevolg?)
- Hangt wellicht samen met angst (cognities) en vermijding

Primair (de) (lang) vaginisme

100%

BEHANDELSUCCES

GEMAKKELIJK
TE

BEHANDELEN

Geen sprake van seksueel
disfunctioneren!

HYPERTONE
BEKKENBODEM

Vroege behandelstudies van vaginisme



McGuire & Hawton, The Cochrane Library, 2002,
Review of interventions for vaginismus

- 35 studies gevonden
- > 50% ongecontroleerde case studies
- 1 RCT: in vivo vs in vitro exposure: geen verschil
- overige: ongecontroleerde series, gemengde populaties, geen ruwe data etc.

Eerste experimentele toets van de state-of-the-art behandeling CGT bij vaginisme: een RCT

*Van Lankveld, ter Kuile, Melles, de Groot, Nefs & Zandbergen, 2006
Journal of Consulting and Clinical Psychology*

CGT bij vaginisme: RCT

Behandeldoelen:

1. Vermindering van vermijdingsgedrag
2. Vermindering van angst voor penetratie
3. Succesvolle coïtus

Behandelstrategie

1. Gesprekstherapie (ziekenhuis) met niet-genitale oefeningen (relaxatie-, communicatie-oefeningen)
2. Gericht op stimuleren van zelfcontrole door uitvoeren van de oefeningen in eigen beheer (thuis)

CGT bij vaginisme: RCT

Ingrediënten behandeling:

- Psychoeducatie en seksuele voorlichting
- Algemene ontspanningstraining
- Oefeningen voor de bekkenbodemspieren
- Cognitieve interventies
- Graduele exposure (imaginair / thuis, in vivo)
- Sensate focus oefeningen (indien nodig, thuis)

CGT bij vaginisme: RCT

Vraagstellingen m.b.t. werkzaamheid:

- Is CGT effectief in de behandeling van primair vaginisme?
- Vermindert CGT angst voor coitus en vermijdingsgedrag?

CGT bij vaginisme: RCT

Inclusiecriteria:

- Nooit coitus gehad, ondanks pogingen
- De uitdrukkelijke wens tot coitus
- Heteroseksuele relatie > 3 maanden

CGT bij vaginisme: RCT

Design:

- multicenter RCT (Leiden, Maastricht)
- condities:
 - CGT 'Bibliotherapie'
 - CGT 'Groepstherapie'
 - Wachtlijst
- baseline, nameting (3 mnd), FU 1 jr

CGT bij vaginisme: RCT

Groepsbehandeling:

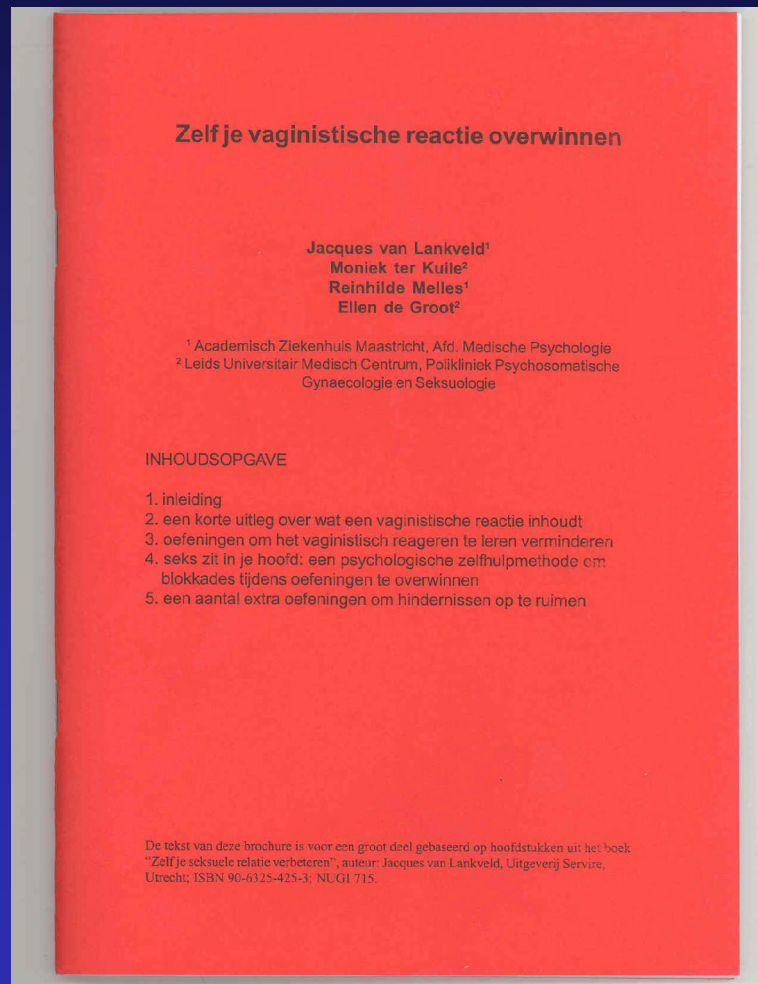
- 6 - 8 vrouwen
- 10 zittingen, 2 uur
- wekelijks, 3 maanden
- groepstherapeuten: 2 psychologen (♀)
- behandelprotocol

CGT bij vaginisme: RCT

Bibliotherapie:

- therapeutisch contact per telefoon
- elke 2 weken, 3 maanden
- 6 x 15 minuten
- behandelprotocol

Therapie-manual & CD



CGT bij vaginisme: Resultaten

Patienten kenmerken (n=117):

- 29 jaar (17 – 56 jaar)
- 70 % samenwonend
- Klachtenduur: 11 jaar
- 70% eerdere onsuccesvolle behandeling

CGT bij vaginisme: Resultaten

Eindpunten:

- Primair: coïtus ja/nee
- Secundair:
 - angst voor coïtus
 - frequentie niet-coïtaal penetratiegedrag
 - andere aspecten van seksueel functioneren

Coïtus gelukt na behandeling?

Na behandeling

Follow-up 1 jaar

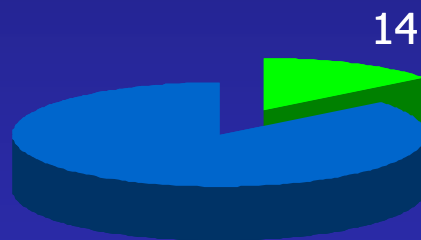
Wachtlijst



(n=36)

■ coïtus ■ geen

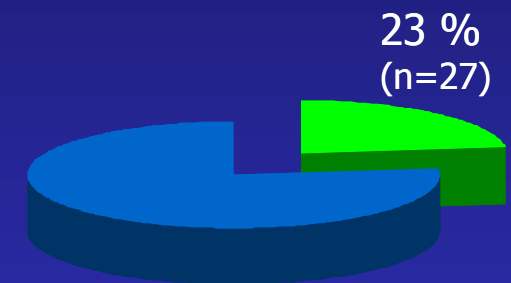
CGT



14 %

(n=81)

■ coïtus ■ geen

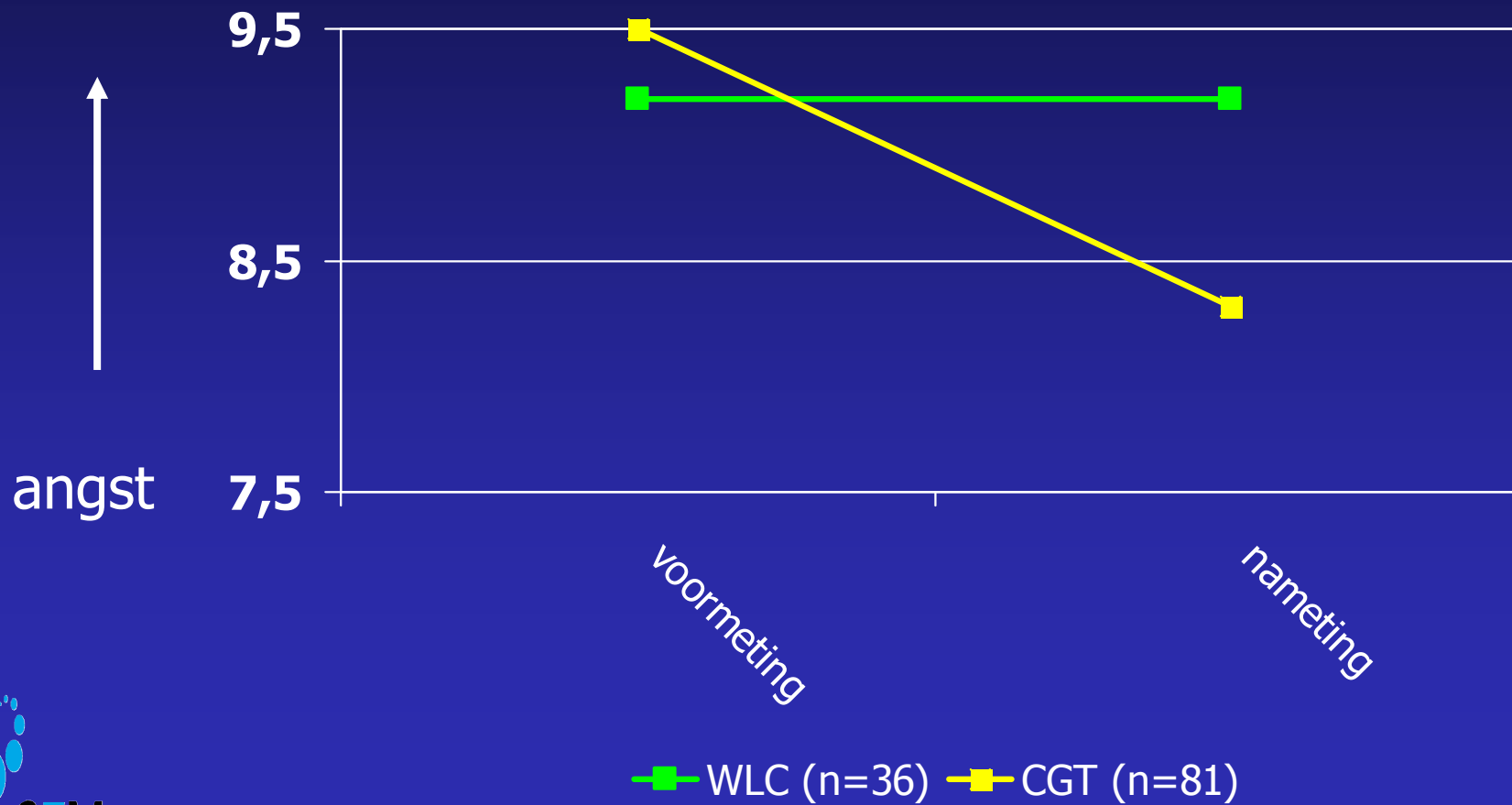


23 %
(n=27)

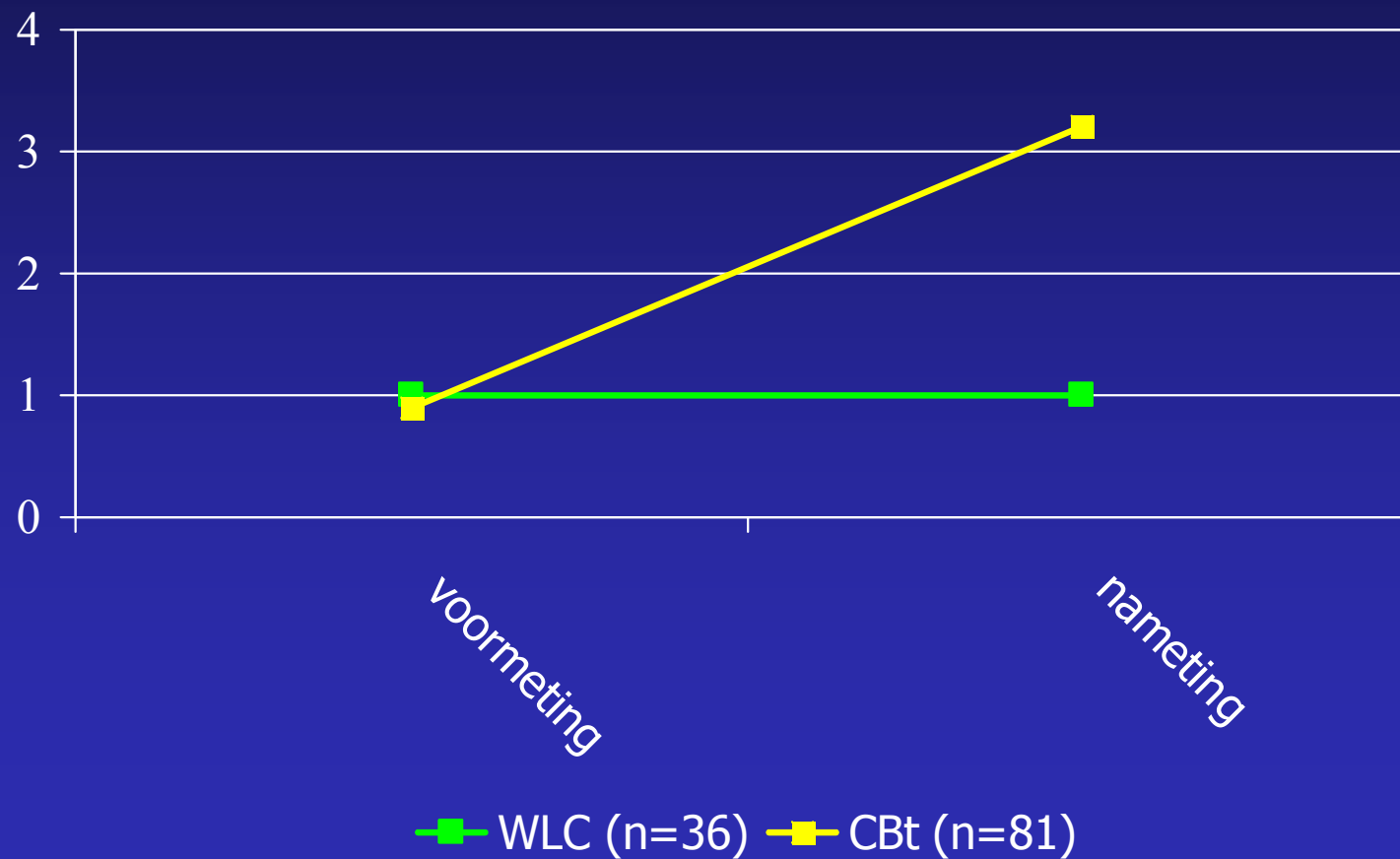
■ responder ■ non-responder

Geen verschil tussen groepstherapie en bibliotherapie

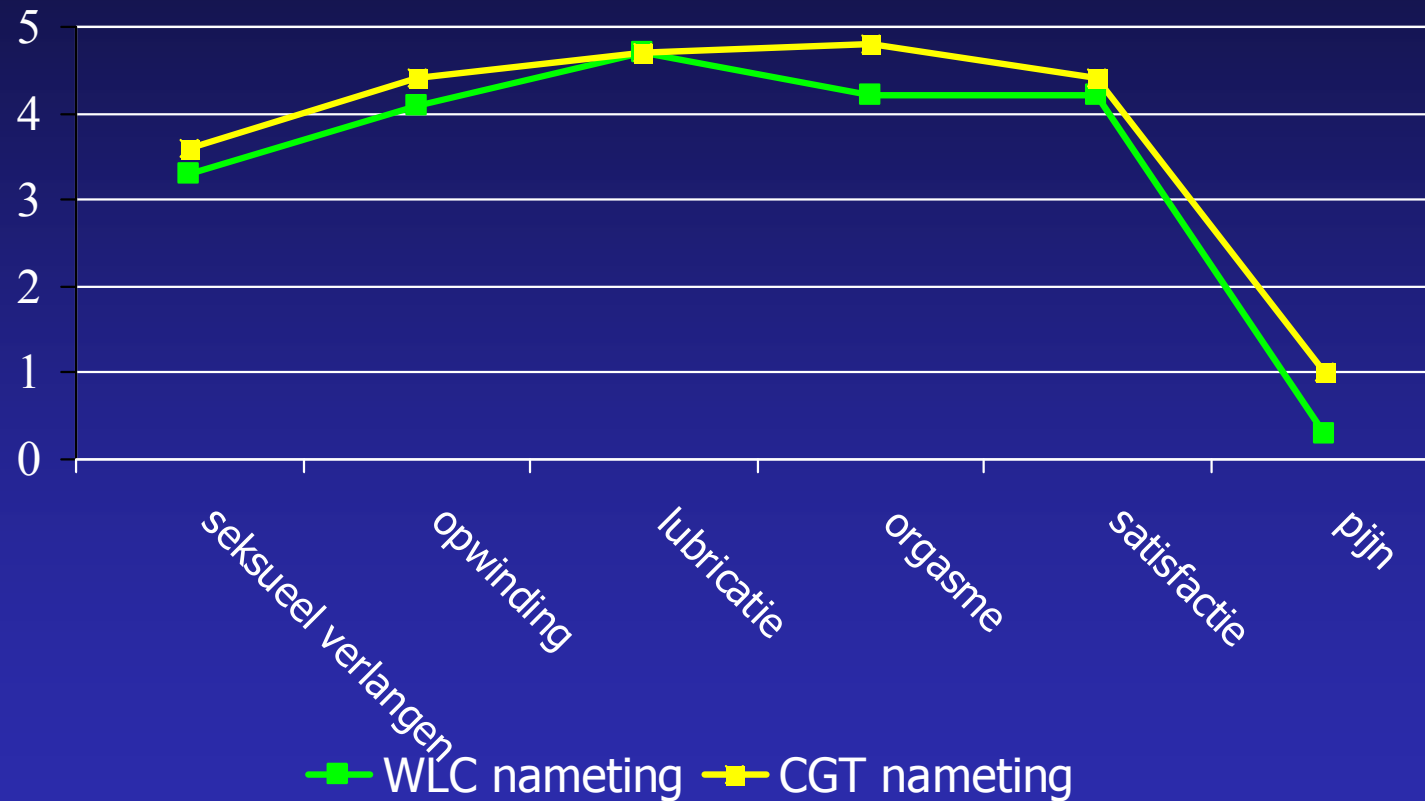
Angst voor coïtus voor/na behandeling



Niet-coitaal penetratie-gedrag voor/na behandeling



Seksueel functioneren (FSFI) nameting



Conclusies

CGT bij primair vaginisme:

- heeft beperkt resultaat w.b. het kunnen hebben van geslachtsgemeenschap
- heeft geen effect op seksueel functioneren
- leidt wel tot vermindering van penetratieangst en vermijdingsgedrag

RCT; Vraagstelling 2

Zijn vermindering in “angst voor coitus” en “vermijdingsgedrag” gerelateerd aan succes van CGT bij vaginisme?

*ter Kuile, van Lankveld, Melles, de Groot, Nefs & Zandbergen
Behaviour Research and Therapy, 2007*

Afname
angst voor coïtus

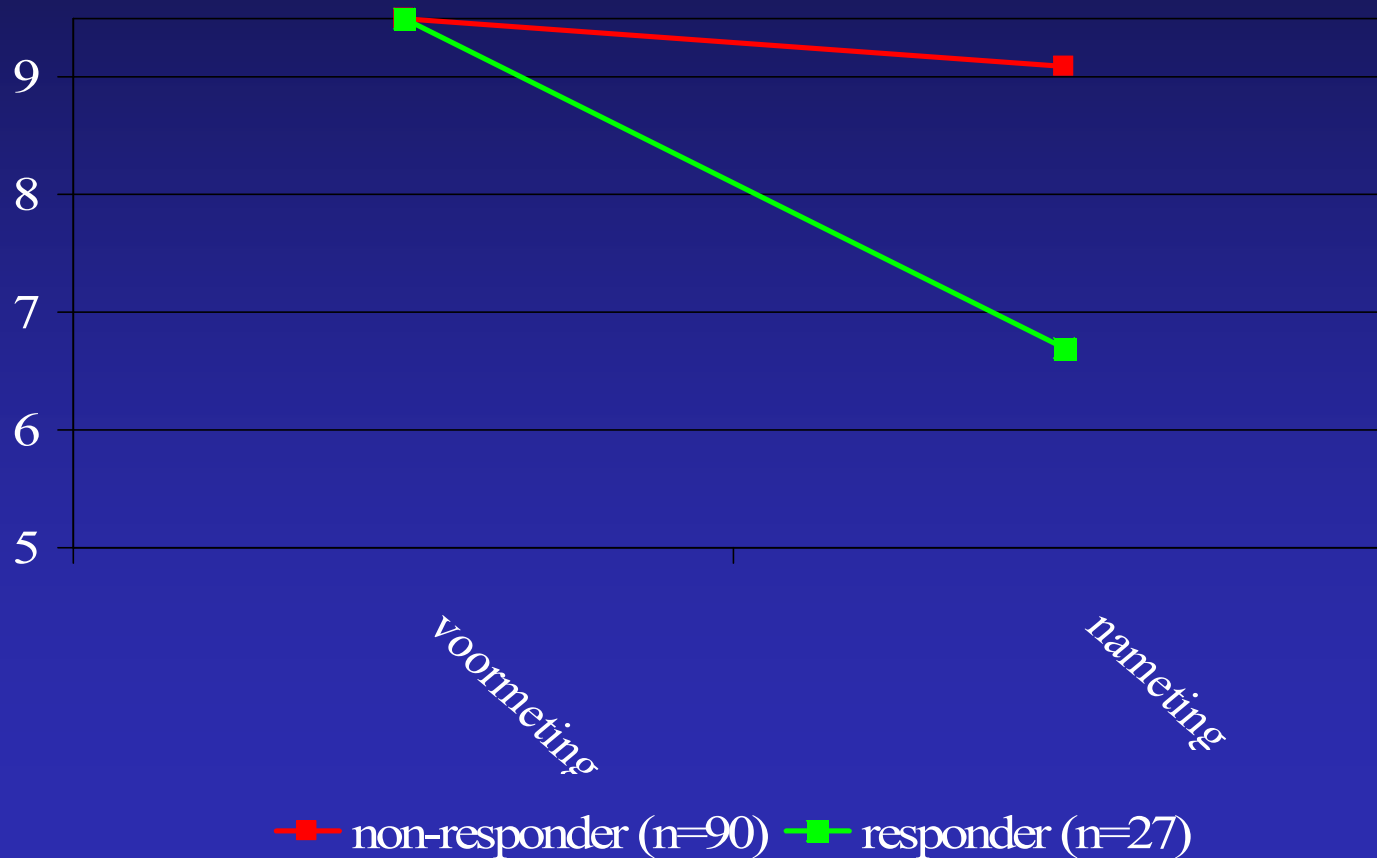
Afname vermijding
(toename niet-coïtaal
penetratiegedrag)

coïtus ja/nee
(bij follow-up na 1 jaar)

Penetratie-gedrag responders ↔ non-responders



Angst voor coïtus responders ↔ non-responders



Conclusies

- State-of-the-art CGT voor primair vaginisme bewerkstelligt een reductie in penetratieangst en vermijdingsgedrag
- Succes (coïtus) hangt samen met vermindering in angst en vermijdingsgedrag!
- Behandelp proces ondersteunt de opvatting van vaginisme als penetratiefobie

Take home (1)

- Over primair vaginisme zijn veel mythen in omloop. Wat is bekend? Vaginisme =
 - a. geen bekkenbodemspierdisfunctie
 - b. wordt vaak niet gekenmerkt door spasme
 - c. hangt waarschijnlijk niet samen met vroeg misbruik
 - d. vaak andere seksuele problemen

Take home (2)

- Primair vaginisme wordt essentieel gekenmerkt door angst- en vermijdingssymptomen, en is dus te beschouwen als een penetratiefobie

Take home (3)

- De gangbare behandeling van primair vaginisme (gesprekstherapie met huiswerkcoëfeningen in eigen beheer) heeft beperkt resultaat
- Slechts ong. 1 op 4 behandelingen leidt tot succesvolle coïtus

Vraagstelling voor vervolg onderzoek

Wanneer de behandeling zich meer richt op de angstige penetratie stimuli (en niet op de kwaliteit van de seksuele relatie) kan dan het behandel effect worden verbeterd?

Focus van de behandeling 'exposure in vivo'

- Angstige stimuli: tampons, vingers, pelottes, gynaecologisch onderzoek, penis..
- Succesvolle penetratie -> angst ↓



Primair vaginisme “begeleide exposure”

- Ziekenhuis: zitting = 2 uur
- Max. 3 zittingen in een week
- Huiswerk 2-3 daags
- Exposure week: vrije tijd ++
- Partner ‘verplicht’ aanwezig
- FU zittingen: (4) 6, 12 weken
- Vrouwelijke therapeut



Primair vaginisme “begeleide exposure”



Primair vaginisme "Begeleide exposure"

- 1^e zitting: enorm veel succes met penetratie
- Veel ontspanning en angst ↓
- Voortzetting oefeningen thuis met partner
- 2^e zitting: volgende dag



Studie 2

Vraagstelling

Geeft begeleide exposure een
vergroting coitus gedrag?

ter Kuile, Bulté, Weijenborg, Beekman, Melles, Onghena, 2009
Journal of Consulting and Clinical Psychology

Methode
'onderzoek'
Woensdag 18 maart
15.00 -17.00 1A41



Professor Michael Nash
University of Tennessee



Methode patienten

- Nooit coitus, ondanks pogingen
- Wens coitus te hebben
- Hetero seksuele relatie > 3 maanden
- Werving: eigen polikliniek
Januari – Juni 2006

Studie populatie

- 7 vrouwen: leeftijd 22- 36
- Probleem > 10 jaar
- 5/7 eerdere behandeling ($4/7 \geq 2$)
- 1 paar had een kind
- 4 paren hadden (ook) de wens om zwanger te worden

Coitus nameting 3 maanden

RCT
n=117

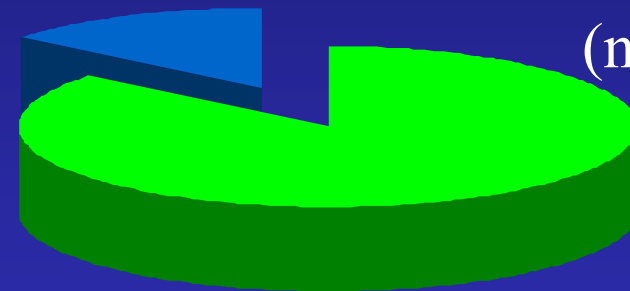
14 %



■ coitus ■ nee

Exposure
n=7

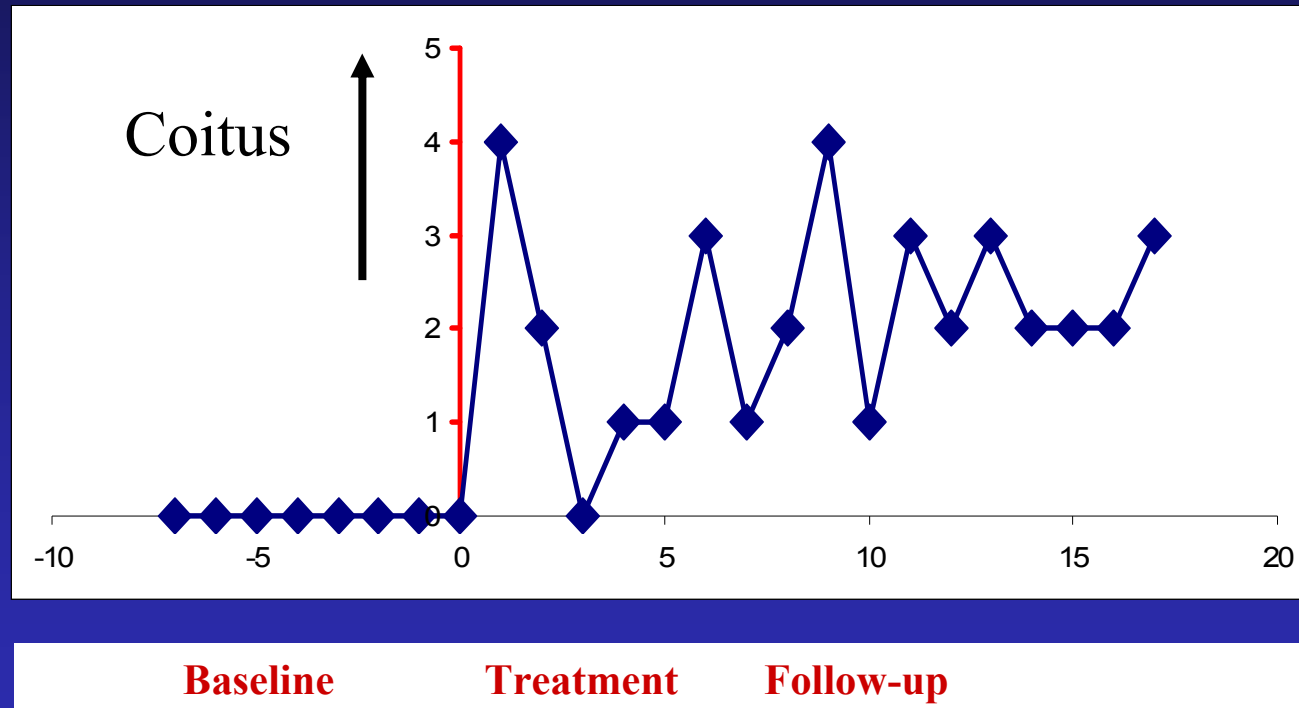
86 %
(n=6)



■ coitus ■ nee

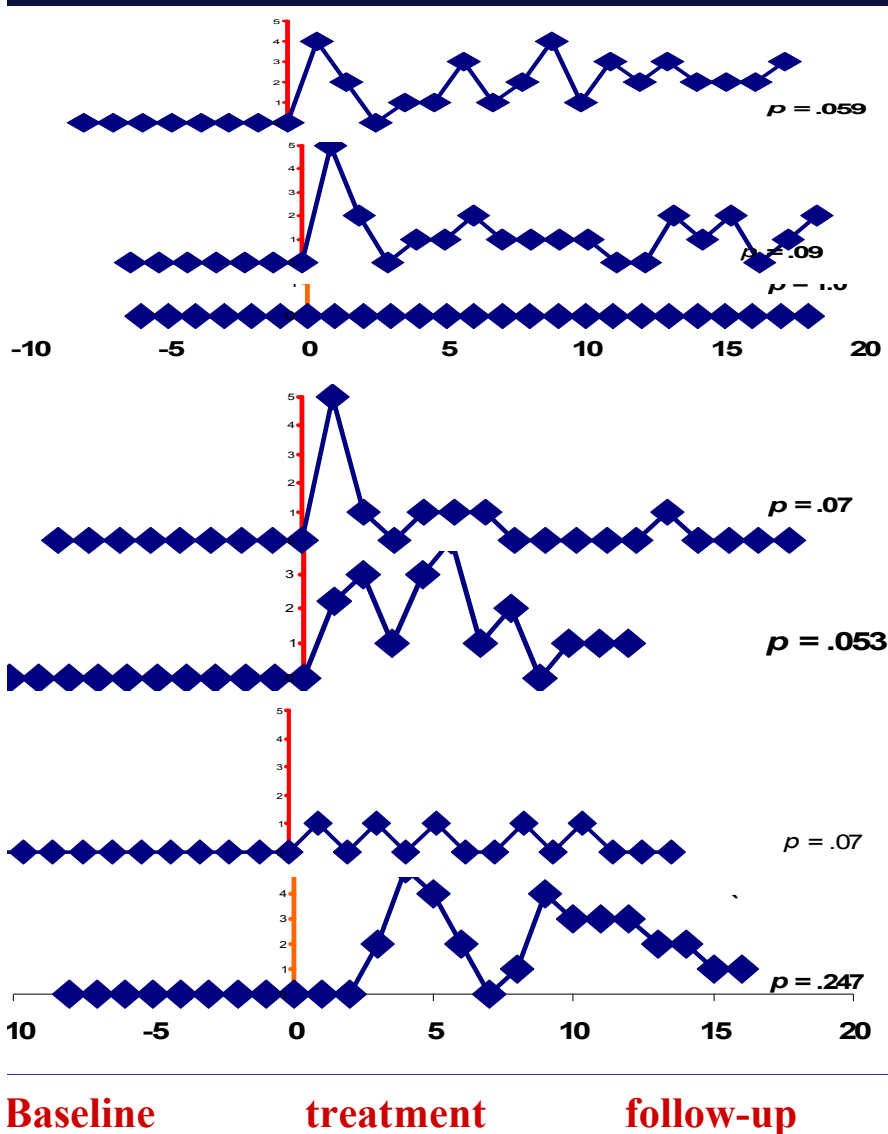
Patiënte A

wekelijkse coitus frequentie



$P = .059$

Meta-analysis (N=7)



- Geen respons tijdens baseline meting
- 6/7 responders < 3 weken
- 5/6 responders < 1 week
- response blijft tijdens FU
- Gemiddeld 1.5 sessie
- 100 minuten exposure

$N=7$; $p = .013$

“Begeleide exposure” conclusies

Begeleide exposure lijkt een
succesvolle therapie op de
korte en lange termijn bij de
behandeling van vrouwen met
primair vaginisme

Vraag

Replicatie in een grotere
onderzoeksgroep is gewenst

Studie 3

primair vaginisme

- EXPOSURE *versus* Wacht Lijst Controle groep
- RCT multi center trial (2007 – 2009)
- Behandel protocols
- 4 psychologen – seksuologen
- Metingen: voor, 6 weken, 12 weken na behandeling,
- Follow-up: 1 jaar

Begeleide exposure: RCT

Inclusiecriteria:

- Nooit coitus gehad, ondanks pogingen
- De uitdrukkelijke wens tot coitus
- Heteroseksuele relatie > 3 maanden

begeleide exposure RCT 'Behandeling'

- Ziekenhuis: zitting = 2 uur
- Max. 3 zittingen in een week
- Huiswerk 2-3 daags
- Partner 'verplicht' aanwezig
- FU zittingen: (4) 6, 12 weken
- Vrouwelijke therapeut



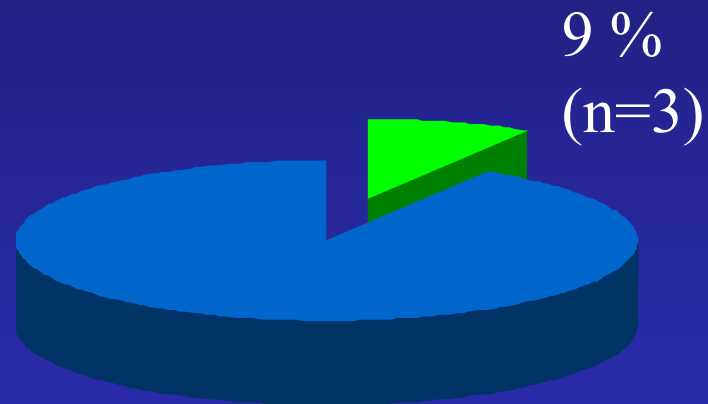
Patienten

n=70

- 29 jaar (18 - 50 jaar)
- 77% 'woont samen'
- > 10 jaar klachten (0.5-30)
- 75 % eerdere behandeling (50 % ≥ 2)

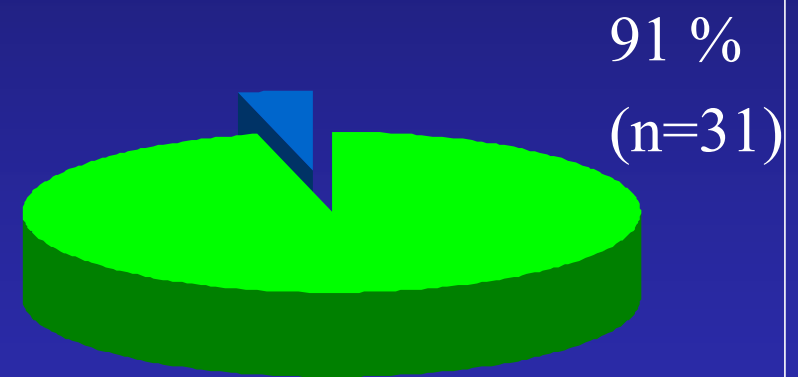
Coitus nameting 12 weken

WLC
n=35



coitus neen

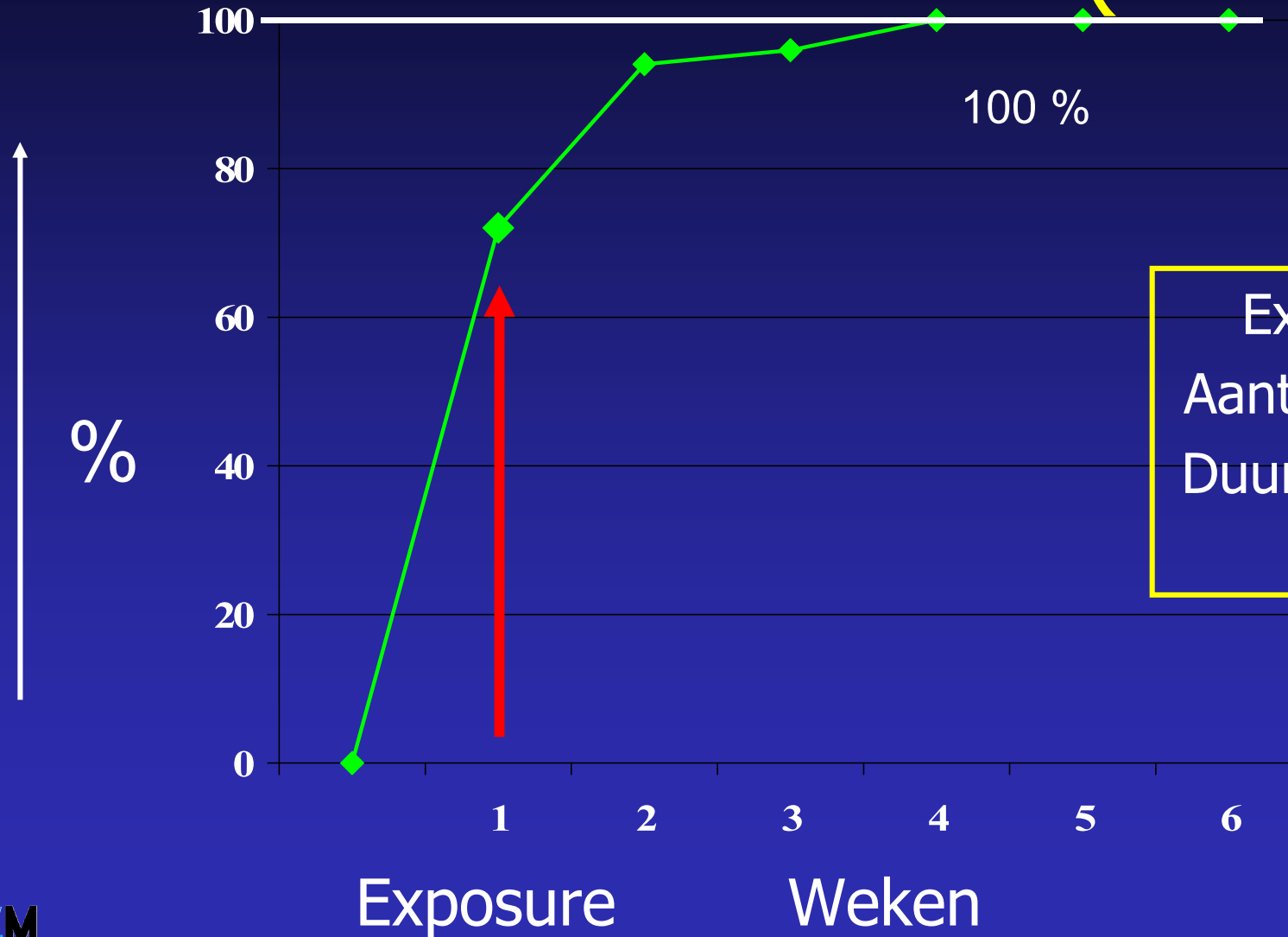
Exposure
n=34



coitus neen

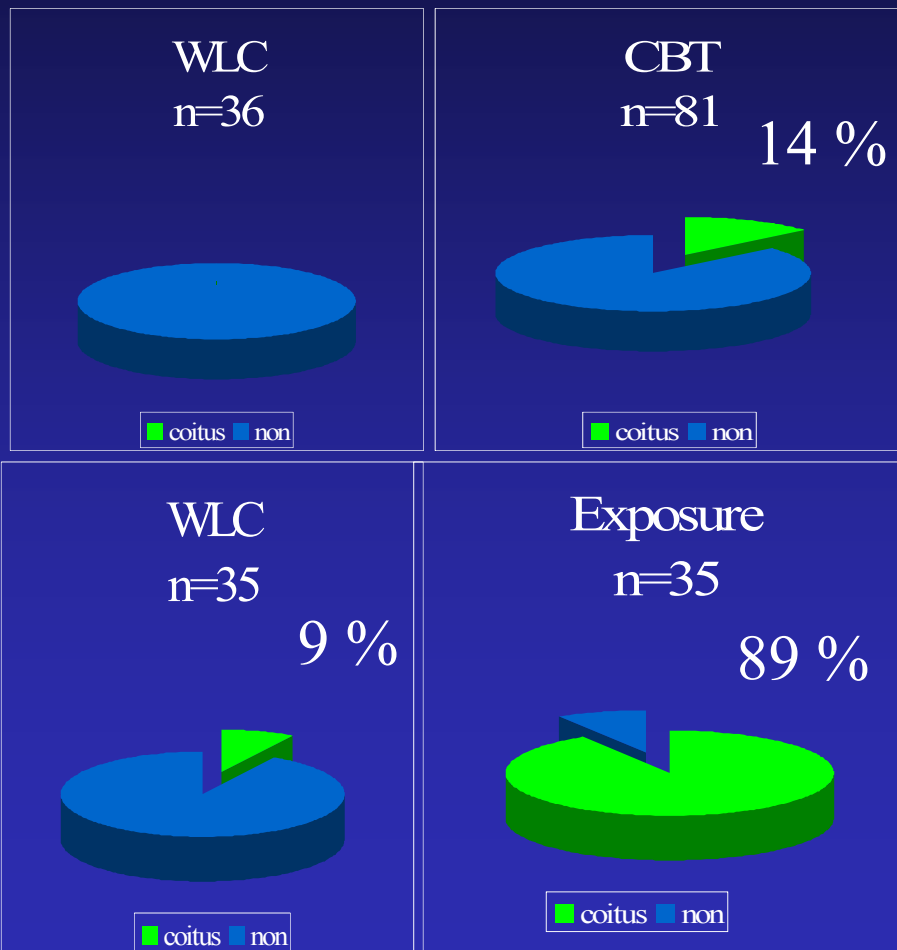
$P = <.001$

Percentage vrouwen dat coitus kon hebben (week 1-6)



Exposure (n=31)
Aantal zittingen = 1.7
Duur minuten = 137

CGT versus Exposure



vergelijkbaar

- Patiënte kenmerken
- Klacht kenmerken
- Therapeuten en setting

Focus van de behandeling

- Vermijdingsgedrag
- 'Blootstelling' aan de beangstigende stimuli

“begeleide exposure” conclusie

Begeleide exposure is meer
succes vol dan CGT in het
mogelijk maken van coitus

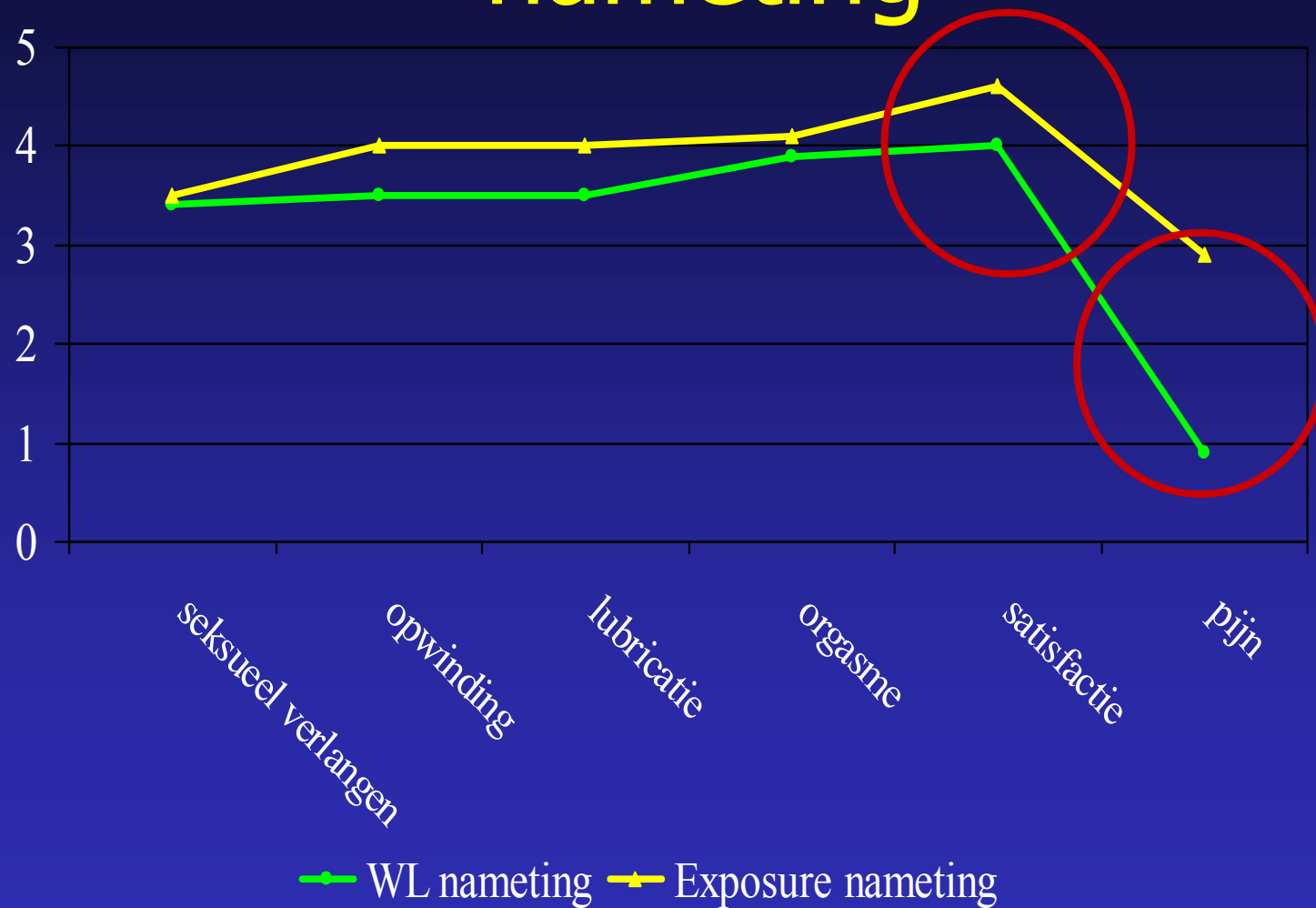
vragen voor vervolg onderzoek

heeft begeleide exposure effect op:

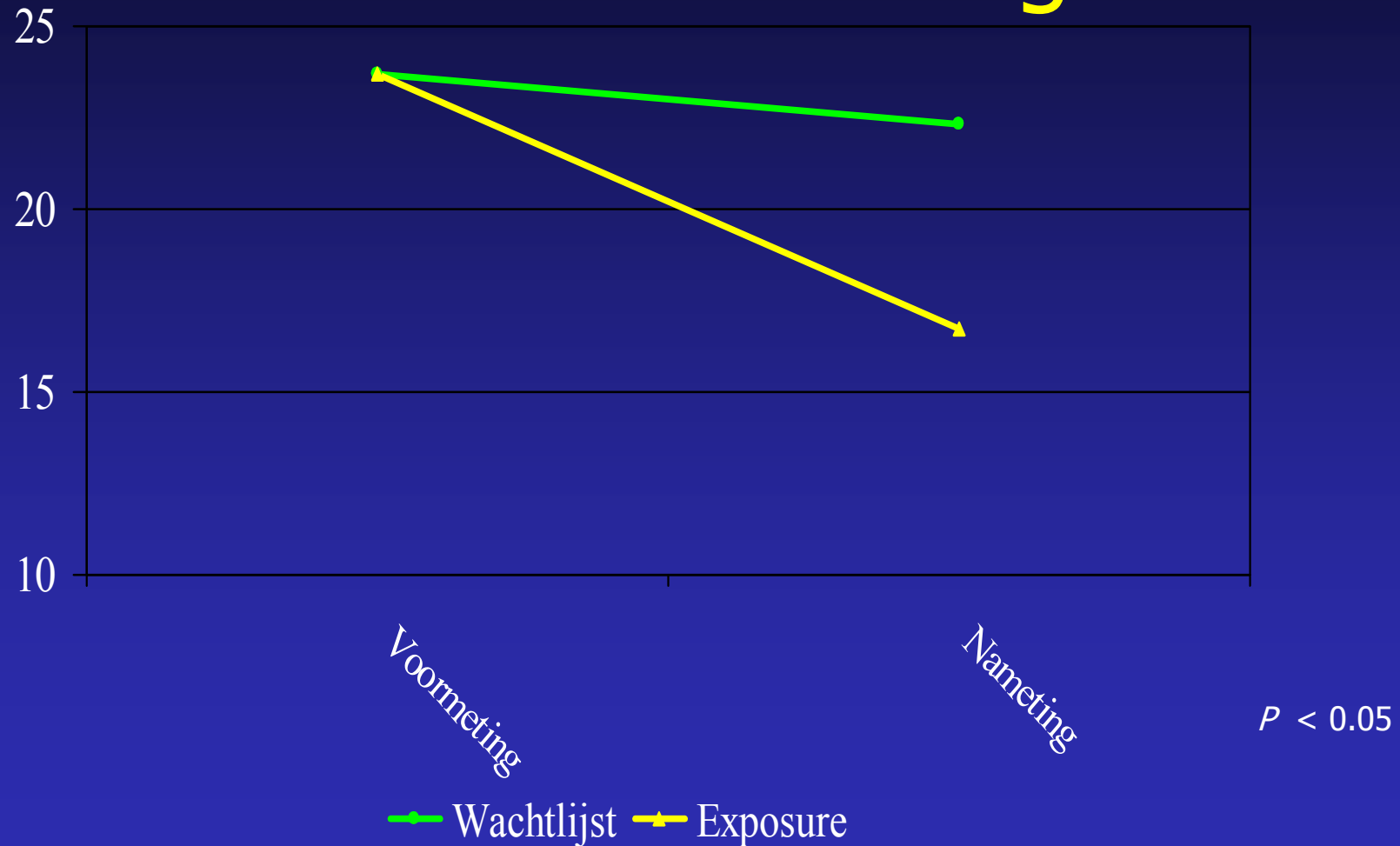
Andere aspecten van seksualiteit?

Verwachting = neen

Seksueel functioneren (FSFI) nameting

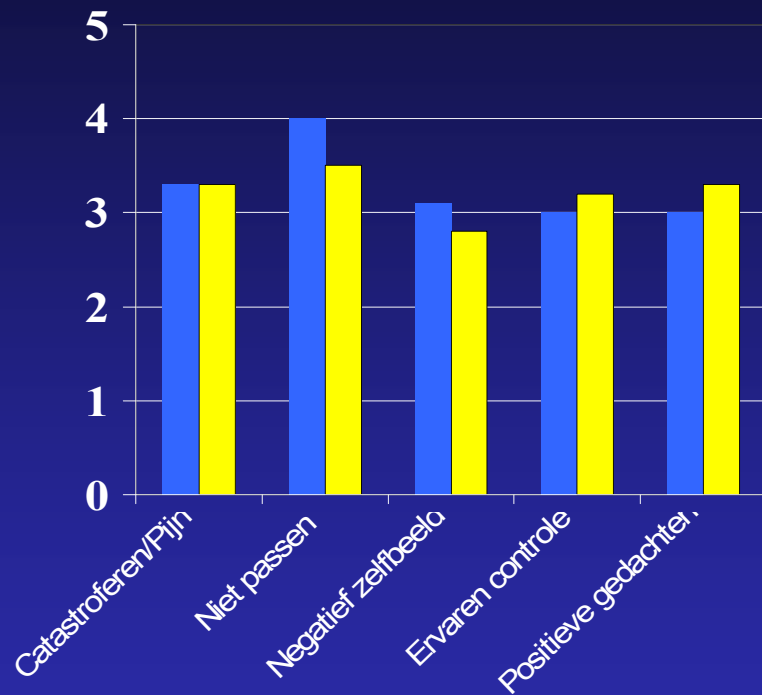


Seksuele ontevredenheid voor en na meting

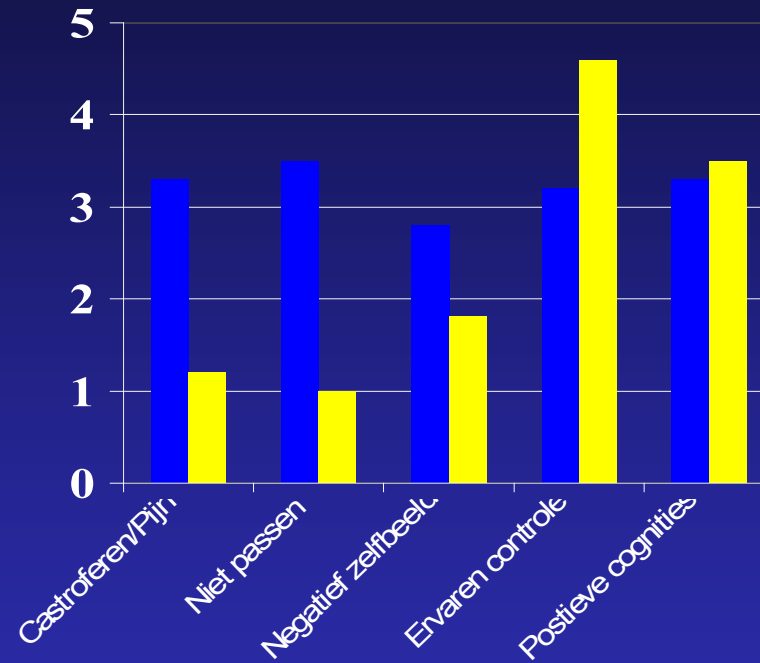


Penetratie cognities

Voor/na behandeling



Controle groep (N=35)
Voor en Na



Exposure (N=35)
Voor en Na

Conclusie

begeleide exposure heeft:

Groot effect op de coitus

Geen effect op de seksueel functioneren

Wel effect op seksuele tevredenheid

Groot effect op negatieve penetratie cognities

vragen voor vervolg onderzoek

heeft begeleide exposure effect op:

Hebben deze vrouwen ook plezier
tijdens de gemeenschap?

Lange termijnseffecten?

'Take home message'



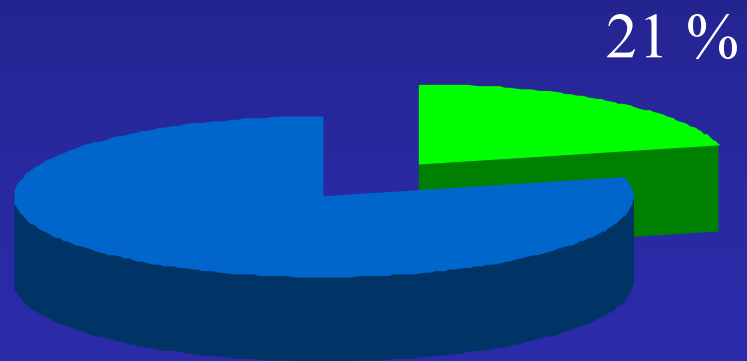
- Zijn wij anno 2009 bijna net zo succesvol als Masters & Johnson in 1970?
- Was anno 1970 'exposure' aan de beangstigende stimuli ook het belangrijkste therapeutische ingrediënt?
- Primair vaginisme is een fobische angst voor penetratie (penis, vinger en/of tampon) en vermijdingsgedrag is de belangrijkste instandhoudende factor



Dank voor uw aandacht

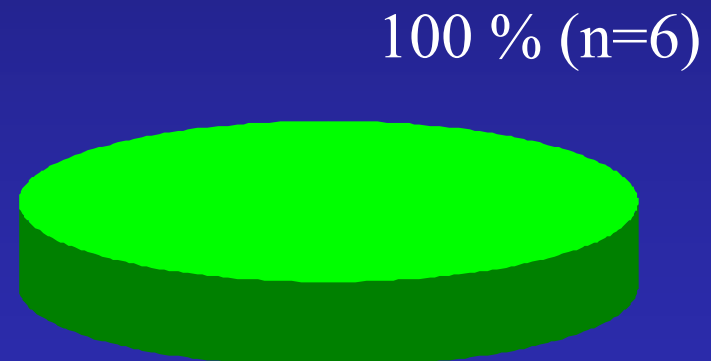
Coitus bij follow-up

RCT
groep



■ coitus ■ geen

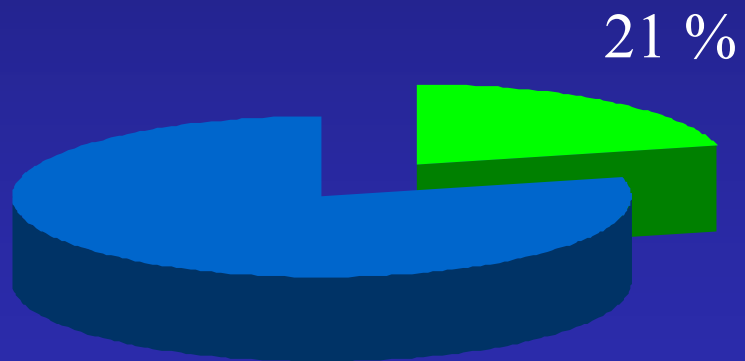
na RCT
groep 1



■ coitus ■ geen

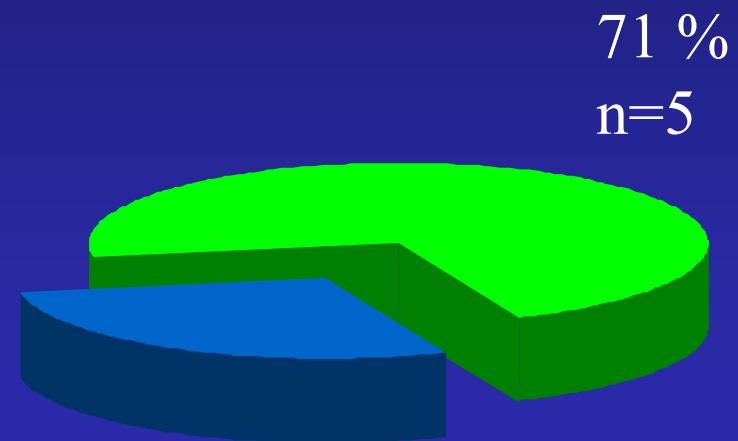
Coitus bij follow-up

RCT
groep



■ coitus ■ geen

na RCT
groep 2



■ coitus ■ geen

Veranderingen “vermijding therapeute”

- seksprobleem → fobische klacht
- seksuele/relatonele voorwaarden “in de kast”
(zin in, vochtig zijn, relatie goed, eigen tempo,
eigen grenzen.....)