

# KATHO

KATHOLIEKE HOGESCHOOL ZUID-WEST-VLAANDEREN  
ASSOCIATIE K.U.LEUVEN

DEPARTEMENT VERPLEEGKUNDE EN VROEDKUNDE - HIVV

Doorniksesteenweg 145

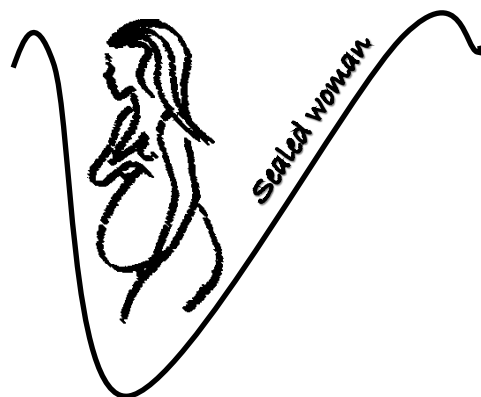
8500 KORTRIJK

0032 56 26 41 10

Email: hivv@katho.be

# Vaginisme

Richtlijnen voor arbeid en bevalling



Vanhoo Charlotte

Victoor Bieke

Bachelor in de Vroedkunde

Academiejaar 2012-2013

## ABSTRACT

In deze bachelorproef wordt een antwoord geformuleerd op volgende onderzoeksvraag: 'wat is de taak van de vroedvrouw bij het begeleiden van een zwangere vaginistische vrouw tijdens de arbeid en de bevalling?'.

Het antwoord op deze onderzoeksvraag wordt geboden aan de hand van het uitwerken van een literatuurstudie. Tevens werden professionele hulpverleners uit verscheidene disciplines die vertrouwd zijn met vaginistische vrouwen geïnterviewd. Dit om een zo ruim en realistisch mogelijk beeld te krijgen van enerzijds vaginistische vrouwen en anderzijds van richtlijnen die gerespecteerd dienen te worden bij de begeleiding van vaginistische vrouwen tijdens de partus.

Omdat we vermoeden dat er in het vroedkundig werkveld een tekort is aan kennis omtrent vaginisme, stelden we een brochure op met daarin een korte weergave van vaginisme gevolgd door richtlijnen voor de vroedkundige begeleiding van een vaginistische vrouw tijdens de arbeid en de bevalling. Deze brochure zal, na het indienen van deze bachelorproef, uitgedeeld worden op West-Vlaamse verloskundige diensten en onder West-Vlaamse zelfstandige vroedvrouwen. Zo hopen we een groot aantal vroedvrouwen te overtuigen van de aangepaste aanpak die nodig is bij een vaginistische vrouw om bijkomend trauma te voorkomen.

Uit de literatuurstudie en bevestigingen van professionele hulpverleners blijkt dat vaginistische vrouwen niet meer kans lopen op een gecompliceerde partus, maar hierbij geldt echter wel dat een goede vroedkundige begeleiding van primordiaal belang is. Zo dient er een uitgebreide anamnese te gebeuren, dient er een vertrouwensrelatie opgebouwd te worden, dient de vrouw inspraak te krijgen in het hele gebeuren en is een multidisciplinaire samenwerking van groot belang. Naast deze algemene richtlijnen kunnen richtlijnen per handeling geformuleerd worden. Wat bij inwendig onderzoek, inductie, epidurale analgesie, baringshoudingen en sectio caesarea? In deze bachelorproef wordt hier dieper op ingegaan.

Echter staat vast dat bijkomend onderzoek noodzakelijk is om een eenduidige definitie, diagnosestelling en behandeling te bepalen. Zo kunnen ook eenduidige richtlijnen aangeboden worden voor de vroedkundige begeleiding van vaginistische vrouwen tijdens de arbeid en de bevalling.

## WOORD VOORAF

Deze bachelorproef vormt een belangrijk onderdeel om de professionele opleiding 'Bachelor in de Vroedkunde' te kunnen afsluiten. Wij, Charlotte Vanhoo en Bieke victoor, kozen voor het onderwerp vaginisme, omdat wij vanuit onze opleiding slechts een basis meekregen rondom dit onderwerp. Oorspronkelijk waren we met drie, maar halfweg april stopte Sanne Sercu met de opleiding. We willen haar graag bedanken voor haar inzet en medewerking.

Om tot een goed en samenhangend geheel te komen, kregen we heel wat steun en hulp van derden. Een speciaal woordje van dank willen we richten tot dr. De Groote, prof. dr. Dhont, mevr. Kaat Helsloot, mevr. Mieke Lavaert, mevr. Lotte Loones, mevr. Bie Stockman, mevr. Birgit Van Hoorde en prof. dr. Weyers voor het beantwoorden van al onze vragen over vaginisme.

Daarnaast willen we in het bijzonder onze externe promotor, dr. De Groote en interne promotoren, mevr. Elke Deherder en mevr. Isabelle Vandesteene bedanken voor hun professionele begeleiding en hulp.

Tot slot willen we onze dank betuigen aan Federik Vanhoo voor het ontwerp van de brochure en aan Chris Dorme voor het schetsen van het logo. Tevens bedanken we onze externe lezers Fien Deldaele en Melissa Olevier.

# INHOUDSOPGAVE

<b>ABSTRACT</b>	<b>2</b>
<b>WOORD VOORAF</b>	<b>3</b>
<b>INHOUDSOPGAVE</b>	<b>4</b>
<b>INLEIDING</b>	<b>6</b>
<b>1 BACHELORPROEFOPZET</b>	<b>7</b>
1.1 Doelstelling	7
1.2 Groepsnaam en logo	7
1.3 Onderzoek en dienstverlening	8
1.4 Doelgroep	8
1.5 Organogram	8
1.6 Praktische planning	9
1.7 Financieel luik	10
<b>2 PROBLEEMSTELLING</b>	<b>11</b>
<b>3 LITERATUURSTUDIE</b>	<b>12</b>
3.1 Definitie van vaginisme	12
3.2 Prevalentie van vaginisme	13
3.3 Etiologie van vaginisme	14
3.3.1 <i>Somatische factoren</i>	14
3.3.2 <i>Psychische factoren</i>	14
3.4 Diagnosestelling	16
3.4.1 <i>Differentiaal diagnose</i>	16
3.4.2 <i>Hulpmiddelen bij diagnosestelling</i>	18
3.5 Gevolgen van vaginisme	21
3.5.1 <i>Gevolgen voor de vrouw</i>	21
3.5.2 <i>Relationele gevolgen</i>	23
3.6 Behandeling van vaginisme	23
3.6.1 <i>Voorlichting</i>	24
3.6.2 <i>Cognitieve gedragstherapie</i>	25
3.6.3 <i>Pelvische reëducatie</i>	29
3.6.4 <i>Vaginale dilatatieoefeningen</i>	30
3.6.5 <i>Relaxatietherapie</i>	31
3.6.6 <i>EMDR</i>	32
3.6.7 <i>Medicatie</i>	32

3.6.8	<i>Somatische chirurgische behandelingen</i>	33
3.6.9	<i>Aanvullende behandelingen in de praktijk</i>	34
3.7	Prognose van vaginisme	34
3.8	Vroedkundig beleid	35
3.8.1	<i>Inwendig onderzoek</i>	36
3.8.2	<i>Inductie</i>	38
3.8.3	<i>Epidurale anesthesie</i>	38
3.8.4	<i>Baringshoudingen</i>	38
3.8.5	<i>Primaire sectio caesarea</i>	39
<b>4</b>	<b>PRAKTISCH DEEL</b>	<b>40</b>
4.1	Interviews met hulpverleners uit verschillende disciplines	40
4.1.1	<i>Doel</i>	40
4.1.2	<i>Hulpverleners</i>	40
4.1.3	<i>Data-analyse</i>	41
4.2	Opstellen van een brochure	43
4.2.1	<i>Opzet</i>	43
4.2.2	<i>Ontwerp</i>	44
4.3	Proces- en productevaluatie	44
4.3.1	<i>Procesevaluatie</i>	44
4.3.2	<i>Productevaluatie</i>	45
	<b>BEPERKINGEN</b>	<b>46</b>
	<b>BESLUIT</b>	<b>47</b>
	<b>BIBLIOGRAFIE</b>	<b>49</b>
	<b>DEFINITIELIJST</b>	<b>53</b>
	<b>LIJST MET FIGUREN</b>	<b>54</b>
	<b>BIJLAGENLIJST</b>	<b>55</b>

# INLEIDING

Deze bachelorproef is in twee grote delen onderverdeeld. Het eerste deel bevat de literatuurstudie omtrent vaginisme. Daarna volgt het praktische gedeelte.

In de literatuurstudie wordt vaginisme op verscheidene vlakken besproken. Eerst en vooral komen verschillende definities van vaginisme aan bod. Daarna wordt de prevalentie en de mogelijke oorzaken van vaginisme weergegeven.

Daarnaast wordt er besproken hoe de diagnose van vaginisme wordt gesteld en welke middelen hulp kunnen bieden bij de diagnosestelling. Tevens worden differentiaal diagnoses opgesomd.

Welke gevolgen vaginisme met zich meebrengt, zowel gevolgen voor de vrouw, als gevolgen voor de partnerrelatie, worden aansluitend beschreven.

Vervolgens wordt de behandeling van vaginisme uitgebreid weergegeven. De behandelingsvormen die aan bod komen zijn: voorlichting, cognitieve gedragstherapie, pelvische reëducatie, vaginale dilatatieoefeningen, relaxatietherapie, EMDR (*“Eye Movement Desensitization and Reprocessing”*), medicatie, somatische chirurgische behandelingen en aanvullende behandelingen in de praktijk. Ook wordt de prognose meegegeven.

Om onze literatuurstudie af te sluiten worden de richtlijnen in het vroedkundig beleid van een vaginistische vrouw tijdens de arbeid en de bevalling uitgewerkt. Zo wordt een antwoord geformuleerd op de onderzoeksvraag: ‘wat is de taak van de vroedvrouw bij de begeleiding van een zwangere vaginistische vrouw tijdens de arbeid en de bevalling?’. In dit hoofdstuk wordt uitleg gegeven omtrent het inwendig onderzoek, inductie, baringshoudingen, epidurale anesthesie en primaire sectio.

Het praktische gedeelte van deze bachelorproef bestaat uit de interviews en uit de brochure.

We namen interviews af met hulpverleners uit verscheidene disciplines om een antwoord te kunnen bieden op onze onderzoeksvraag. Om de kennis van vaginisme op het vroedkundig terrein te verruimen, werd een brochure ontworpen die uitgedeeld wordt op verloskundige diensten en onder zelfstandige vroedvrouwen in de regio West-Vlaanderen.

# 1 BACHELORPROEFOPZET

## 1.1 *Doelstelling*

Wij hebben de indruk dat slechts een beperkt aantal vroedvrouwen reeds in contact kwam met vaginistische vrouwen tijdens de partus, en dat de kennis omtrent vaginisme bij vroedvrouwen gering is. In de opleiding vroedkunde krijgen studenten een basis omtrent dit onderwerp mee, maar specifieke vroedkundige beleidslijnen ontbreken. Hierdoor werd de interesse bij ons aangewakkerd.

Om een goed samenhangend geheel te bekomen, hebben we wetenschappelijke literatuur omtrent vaginisme geraadpleegd. Oorspronkelijk hadden we het idee om het taboe rond vaginisme te doorbreken en infobrochures te ontwikkelen die we zouden verspreiden onder jonge vaginistische vrouwen. Maar volgens onze interne promotoren was er geen link met vroedkunde terwijl dit een vereiste was.

We gingen op zoek naar een ander idee om uit te werken. Tijdens het opstellen van onze literatuurstudie ondervonden we dat de wetenschappelijke literatuur omtrent vaginisme bij zwangerschap, arbeid en bevalling beperkt was. Hierdoor kwamen we op het idee om een brochure te ontwikkelen voor de vroedvrouw omdat de begeleiding van een zwangere vaginistische vrouw niet vanzelfsprekend is. We besloten daarom om hulpverleners uit verscheidene disciplines te bevragen, onder andere 2 gynaecologen, 1 vroedvrouw, 2 kinesitherapeuten, 2 seksuologen en 1 psychologe. Aan de hand van hun antwoorden konden we de taak van de vroedvrouw bij de begeleiding van een zwangere vaginistische vrouw bij de arbeid en de bevalling omschrijven.

## 1.2 *Groepsnaam en logo*

Na lang zoeken werd een toepasselijke groepsnaam bedacht voor onze bachelorproef. 'Sealed woman', verzegelde vrouw. Een verwijzing naar de vaginistische vrouw.

Oorspronkelijk dachten we aan 'sealed lips' omdat dit refereert naar het taboe rondom vaginisme, naar het niets kunnen inbrengen in de vagina, naar de schaamte van de vrouw en tevens naar het verzwijgen van het probleem. Echter werd 'lips' door bepaalde hulpverleners gezien als een woord dat beledigend kan overkomen naar een vaginistische vrouw. Daarom kozen we 'woman'.

Onze voorkeur ging uit naar het woord 'sealed', omdat dit woord duidt op het niet-definitieve aspect van vaginisme. Hiermee willen we aangeven dat vaginisme met een correcte behandeling weggewerkt kan worden. Met 'sealed woman' verwijzen we tevens naar het schaamtegevoel en bijgevolg het taboe rondom vaginisme.

Met het logo benadrukken we de schaamte die heerst bij de meeste vaginistische vrouwen, namelijk de hand op de pubis, de ingetogen houding en het tegen elkaar klemmen van de dijen. De voldragen zwangerschap verwijst naar het vroedkundig aspect die uitgewerkt wordt in onze bachelorproef.

### **1.3 Onderzoek en dienstverlening**

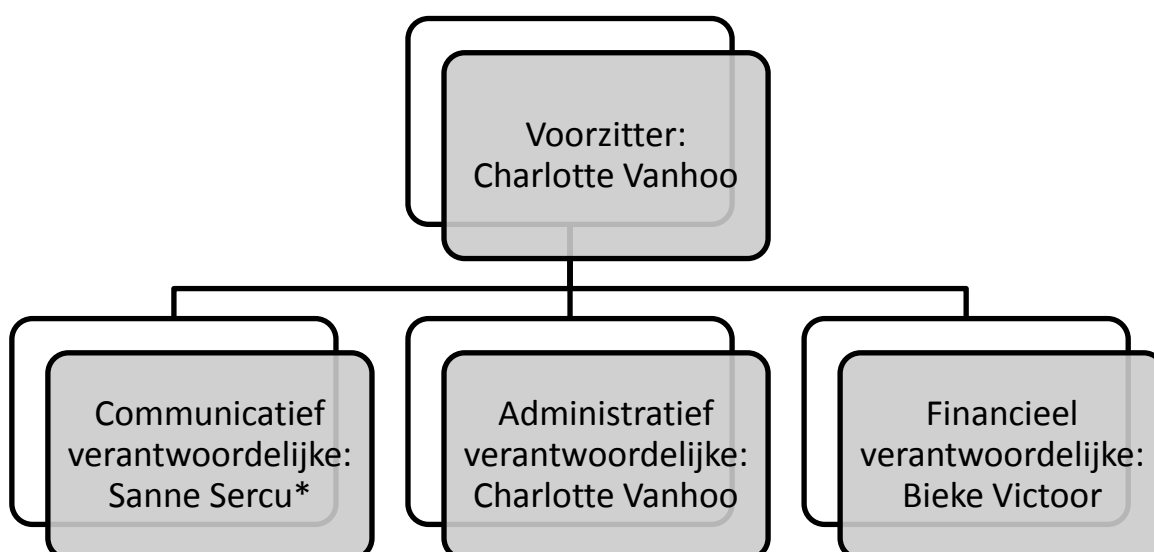
In het praktisch gedeelte van deze bachelorproef wordt eerst aandacht besteed aan interviews met hulpverleners uit verscheidene disciplines. Dit om professionele informatie te verzamelen rondom vaginisme zodat een antwoord geformuleerd kan worden op onze onderzoeksvraag.

Daarna volgt de informatieve brochure, die opgesteld is voor vroedvrouwen, zodat zij na het lezen van deze informatie beter kunnen inspelen op de behoeftes van de vaginistische zwangere vrouw en voor de nodige begeleiding kunnen zorgen.

### **1.4 Doelgroep**

Deze bachelorproef kan gericht zijn aan hulpverleners uit verschillende disciplines, zoals seksuologen, kinesitherapeuten, psychologen, gynaecologen en vroedvrouwen. Echter wordt de nadruk gelegd op vroedvrouwen binnen een ziekenhuissetting en de zelfstandige vroedvrouw.

### **1.5 Organogram**



\* Bieke Victoor nam vanaf 22/04/2013 deze taak over.



## 1.6 *Praktische planning*

7 aug	Keuze praktijkgedeelte Opmaken probleemstelling, inhoudstafel en planning Sponsoring zoeken Externe promotor zoeken
8 aug – 9 sept	Afwerken planning, inhoudstafel en probleemstelling
10 sept	Planning, inhoudstafel en probleemstelling doorsturen naar interne promotoren Afspraak maken met interne promotoren
11 – 28 sept	Afspraak met interne promotoren Contact leggen + afspraak maken met externe promotor Opzoeken wetenschappelijke literatuur + leesfiches maken
29 sept – 28 okt	Opzoeken wetenschappelijke literatuur + leesfiches maken Uitwerken theoretisch deel
29 okt – 25 nov	Afspraak met externe promotor Afspraak maken met interne promotoren Uitwerken theoretisch deel Opstellen vragen interviews hulpverleners + afspraken maken met hulpverleners
26 nov	Reeds geschreven theoretische delen doorsturen naar interne promotoren Uitwerken theoretisch deel
27 nov – 9 dec	Uitwerken theoretisch deel
10 – 16 dec	Afspraak met interne promotoren Uitwerken theoretisch deel
17 dec – 6 jan	Uitwerken theoretisch deel Interviews afnemen Afspraak maken met interne en externe promotoren
7 jan – 24 febr	Blok + examens
25 febr – 10 maart	Uitwerken gegevens interviews Afwerken theoretisch deel Uitwerken praktisch deel Theoretisch deel doorsturen naar interne en externe promotoren
11 – 17 maart	Afspraak externe promotor Correcties theoretisch deel Uitwerken praktisch deel
18 – 24 maart	Afspraak interne promotoren

	Correcties theoretisch deel Afwerken praktisch deel Uitschrijven product- en procesevaluatie Ontwerpen poster
25 maart	Aangepast theoretisch deel en praktisch deel doorsturen naar externe promotor
8 – 13 april	Afspraak externe promotor
14 – 21 april	Correcties praktisch deel
22 april	Aangepast theoretisch deel en praktisch deel doorsturen naar interne promotoren
6 - 10 mei	Afspraak interne promotoren
11 – 15 mei	Correcties praktisch deel
15 mei	Bachelorproef + poster naar drukker
22 mei	Bachelorproef + poster indienen

## **1.7      *Financieel luik***

Voor het financieren van deze bachelorproef gingen we op zoek naar sponsoring. We besloten om koeken te verkopen. Hiermee hebben we een omzet gemaakt van € 724,75. Dit geld wordt gebruikt voor de vervoerskosten naar UZ gent, voor cassettes voor de dictafoon en voor het drukwerk van de 12 exemplaren van de bachelorproef en de 100 brochures.

## 2 PROBLEEMSTELLING

Vaginisme is een problematiek die zeldzaam is. Het is een recidiverend of aanhoudend onwillekeurig spasme van de musculatuur van het buitenste derde deel van de vagina waardoor de geslachtsgemeenschap belemmerd wordt. Negatieve gevoelens ten opzichte van coïtus of een gynaecologisch onderzoek kan vaginisme veroorzaken. Ook wordt dyspareunie vaak geassocieerd met vaginisme.<sup>1</sup>

Aangezien vaginisme nog in de taboesfeer verkeert, wordt de problematiek onderschat. Naar onze mening kwamen slechts weinig vroedvrouwen reeds in contact met vaginistische vrouwen. Tevens ontbreekt kennis omtrent dat probleem. Indien er onvoldoende kennis is van het probleem bij de vroedvrouw, kan zij geen begeleiding op maat bieden. Hieraan willen wij tegemoet komen.

Met deze bachelorproef willen we onderzoeken wat de taak van de vroedvrouw zou moeten inhouden bij het begeleiden van een vaginistische vrouw tijdens de arbeid en de bevalling. Aan de hand van interviews, afgenomen bij professionele hulpverleners, gaan we de verschillende aspecten van de begeleiding van een vrouw met vaginisme na. We willen de vroedvrouwen eenduidige, wetenschappelijk onderbouwde informatie verschaffen omtrent vaginisme: 'Wat zijn de specifieke aandachtspunten bij de begeleiding van vrouwen met vaginisme?' De uiteindelijke onderzoeksvraag die hieruit volgt, luidt: 'wat is de taak van de vroedvrouw bij het begeleiden van een zwangere vaginistische vrouw tijdens de arbeid en de bevalling?'

In het theoretische deel van deze bachelorproef behandelen we de definitie, prevalentie en etiologie van vaginisme. Verder beschrijven we de differentiaal diagnose en de hulpmiddelen om die diagnose te stellen. Daarna bespreken we zowel de persoonlijke als de relationele gevolgen die vaginisme teweeg kan brengen. Vervolgens bespreken we de behandelingsmethoden en de prognose. Tot slot beschrijven we het vroedkundig beleid van een vaginistische vrouw tijdens de arbeid en de bevalling. Hierin zal een definitief antwoord geformuleerd worden op onze onderzoeksvraag.

Voor het praktische gedeelte van de bachelorproef zijn er interviews met verscheidene professionele hulpverleners die gespecialiseerd zijn in vaginisme. Zo kunnen we ons een beeld vormen van de belevingswereld van een vaginistische vrouw. Aan de hand van de verkregen data beschrijven we essentiële richtlijnen voor vroedvrouwen die deze parturiënten tijdens de partus begeleiden. Dat vatten we samen in een brochure die we verspreiden op verloskundige diensten en aan zelfstandige vroedvrouwen binnen de regio West-Vlaanderen.

---

<sup>1</sup> REISSING, E.D. (2008). Vaginismus: Evaluation and Management. In GOLDSTEIN, A. T., PUKALL, C. F., en GOLDSTEIN, I., *Female sexual pain disorders*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2008, blz 229-234.

## 3 LITERATUURSTUDIE

### 3.1 Definitie van vaginisme

*“Vaginismus is characterized by persistent or recurrent difficulty allowing vaginal penetration of a penis, finger or any other object, despite a woman’s desire to do so, which may result in fear, a burning sensation and pain.”*<sup>2</sup>

*“Vaginismus is defined in the DSM IV-TR as an “recurrent or persistent involuntary contraction of the musculature of the outer third of the vagina interfering with intercourse, causing distress and interpersonal difficulty”.*<sup>1</sup>

*“Vaginismus is defined as an involuntary spasm of the perineal and levator muscles. It is a common psychosexual dysfunction in which a woman unconsciously triggers thereflex spasm of the muscles surrounding the vagina when attempting to have sexual intercourse.”*<sup>3</sup>

Er is noch consensus, noch eenduidigheid aanwezig betreffende de definitie van vaginisme waardoor er vaak tegenstrijdigheden ontstaan.

Wereldwijd is er een discussie gaande rond primair vaginisme en dyspareunie en of die als twee afzonderlijke aandoeningen moeten gezien worden of onder één noemer van seksuele pijnstoornissen geplaatst dienen te worden. Er is een vermoeden dat de verwarring afkomstig is van de aanwezigheid van een secundair vaginistische reactie bij dyspareunie. De internationale literatuur biedt echter geen strikte criteria voor primair vaginisme, die overlapping oplevert tussen kenmerken van vrouwen met vaginisme en vrouwen met dyspareunie. Dat is een argument om vaginisme en dyspareunie onder dezelfde noemer te verenigen.<sup>4</sup> Volgens de ‘Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)’ dient er echter een onderscheid gemaakt te worden tussen beide aan de hand van volgende factoren: spierspasmen, pijn en angst. De DSM-IV-TR verbiedt dat de diagnose van vaginisme gelijk gesteld wordt aan de diagnose van dyspareunie.<sup>7</sup>

Er is tevens een discussie gaande tussen verschillende hulpverleners of coïtus gedeeltelijk of geheel onmogelijk is bij vaginisme.<sup>5 6</sup> Volgens psychologe Van Hoorde van UZ Gent en seksuologe mevr. Loones kan coïtus slagen mits heel veel pijn.<sup>7 8</sup>

---

<sup>2</sup> YASSAN, A., ESSIZOGLU, A., & YILDIRIM, E. AKGUN (18 augustus, 2009). Inappropriate treatment of a woman with vaginismus and social and psychiatric consequences in a traditional culture. Internet, Sexual and Relationship Therapy, 18 augustus 2009.

(<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681990903271210#>.UYaTgLUWU2So)

<sup>3</sup> TULLA, M. E., DUNN, M. E., ANTILUS, R., & MUNYIRCI-DELALE, O., Vaginismus and failed in vitro fertilization. Internet, Sexual and Relationship Therapy, volume 21, uitgave 4, November 2006.

(<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681990600855059#>.UYaTtLUWU2So)

<sup>4</sup> HANEMA, Y. R., DE JONG, P. J., BORG, C., en WEIJMAR SCHULTZ, W. C. M., Seksuele Functiestoornissen: de mogelijke rol van negatieve emotionele reacties. Internet, Nederlands tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie, juni 2012. ([http://www.ntog.nl/dynamic/media/3/documents/NTOG\\_2012\\_05.pdf](http://www.ntog.nl/dynamic/media/3/documents/NTOG_2012_05.pdf))

<sup>5</sup> DHONT, M., (professor gynaecologie), mondelinge mededeling, via bandopname, d.d. 20 december 2012.

<sup>6</sup> VAN LANKVELD, J., TER KUILE, M., LEUSINCK, P., Seksuele disfuncties: Diagnostiek en Behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen primair en secundair vaginisme. Vrouwen met primair vaginisme hadden nooit eerder coïtus, terwijl secundair vaginisme optreedt na een periode van normale geslachtsgemeenschap. In tegenstelling tot primair vaginisme, is secundair vaginisme vaak een tijdelijke aandoening.<sup>5</sup>

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV en prof. dr. Dhont beschrijven vaginisme als gevolg van een spasme van de bekkenbodemspieren<sup>1 5</sup>. Tot op heden werd er echter nog niet bewezen dat de penetratie belemmerd wordt door een spasme. In sommige gevallen is er slechts een beperkte spieropspanning maar wordt vaginisme in de eerste plaats veroorzaakt door angst.<sup>9</sup> Uit een studie blijkt dat vaginisme eigenlijk geen spanningsprobleem van de bekkenbodemspieren is, maar dat het onwillekeurig aanspannen van de bekkenbodemusculatuur een reactie is op een ervaren bedreiging<sup>10</sup>. De internationale commissie streeft naar een eenduidige, realistische definitie en beschrijft vaginisme als volgt: een persisterend probleem om een penis, vinger, tampon of eender welk object in de vagina naar binnen te brengen, ongeacht de uitdrukkelijke wens van de vrouw om dit toe te laten<sup>4</sup>. Het ervaren van pijn hoeft niet noodzakelijk aanwezig te zijn om de diagnose vaginisme te stellen.<sup>6</sup>

Het optreden van vaginisme bij een inwendig onderzoek betekent niet dat vaginisme ook optreedt binnen de seksuele context of binnen andere situaties, en omgekeerd. Een vaginistische reactie is afhankelijk van wat als bedreigend wordt ervaren door de vrouw.<sup>11 12</sup>

Vaak wordt vaginisme verward met andere seksuele functiestoornissen zoals dyspareunie, vulvodynie of provoked vestibulodynia. Dat kan verklaard worden uit het feit dat de angst voor pijn bij vaginisme geassocieerd wordt met de fysieke pijn bij deze andere aandoeningen.<sup>9</sup> Hier zal verder op ingegaan worden in hoofdstuk 3.4.1 'Differentiaal diagnose'.

### **3.2 Prevalentie van vaginisme**

Over het algemeen wordt in de wetenschappelijke literatuur weergegeven dat 0,5 tot 1% van de vrouwen primair vaginisme heeft<sup>6</sup>, maar zekerheid daarover is er niet. De prevalentie van

---

<sup>7</sup> VAN HOORDE, B., (psychologe), mondelijke mededeling, via bandopname, d.d. 26 februari 2013.

<sup>8</sup> LOONES, L., (info@lotteloones.be), Bachelorproefondervraging. E-mail aan SERCU, S., (sanne.sercu@student.katho.be), 8 januari 2013.

<sup>9</sup> WERNER, M., GROSS, B., FERRARA, M., en BAT, M. S., Treatment protocol for vaginismus. Internet, The Female Patient, volume 37, oktober 2012. (<http://www.femalepatient.com/PDF/037090036.pdf>)

<sup>10</sup> TER KUILE, M., MELLE, R., Vaginisme. In VAN LANKVEKD, J., TER KUILE, M., en LUSINK, P., Seksuele disfuncties: diagnostiek en behandeling. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2010, blz 107-121.

<sup>11</sup> SCHULTZ, W., Vaginisme. In HEINEMAN, M. J., Probleemgeoriënteerd denken in de gynaecologie, obstetrie en voortplantingsgeneeskunde: een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek. AT Utrecht, De Tijdstroom, 2012, blz 63-72.

<sup>12</sup> TER KUILE, M., BOTH, S., BOLLE, G., & WEIJENBORG, P., Seksuele disfuncties bij vrouwen. In GIJS, L., GIANOTTEN, W., VANWESENBEECK, I., en WEIJENBORG, P., Seksuologie. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2009, blz 339-363.

secundair vaginisme ligt hoger, maar exacte cijfers hierover zijn niet gekend<sup>5</sup>. Vermoedelijk wordt het probleem te weinig gerapporteerd en gediagnosticeerd<sup>6</sup>. Hierdoor wordt de problematiek vaginisme sterk onderschat. Dat is enerzijds te wijten aan de verschillende definities van vaginisme die gehanteerd worden bij het diagnosticeren. Anderzijds is vaginisme een stoornis die nog wat in de taboesfeer verkeert, waardoor veel vrouwen de stap naar kwalitatieve hulpverlening niet durven zetten.

Uit onderzoek blijkt dat er twee tijdstippen in het leven zijn voor het zoeken naar hulp bij vaginisme. Het eerste tijdstip valt binnen het eind van de adolescentie en het begin van de volwassenheid. De jonge vrouw zoekt hulp omdat coïtus geheel of gedeeltelijk onmogelijk is. Dat betreft dus een seksuele problematiek. Het tweede tijdstip valt iets later. De oudere vrouw zoekt hulp wegens een onvervulde kinderwens. Na de leeftijd van veertig jaar zoeken weinig vaginistische vrouwen nog professionele hulp.<sup>24</sup>

### **3.3      *Etiologie van vaginisme***

Over de etiologie van vaginisme bestaan er verschillende causale hypothesen, maar de meeste hiervan konden niet empirisch ondersteund worden.

#### **3.3.1      *Somatische factoren***

In de wetenschappelijke literatuur is er onenigheid omtrent de somatische factoren bij vaginisme. Terwijl de ene onderzoeker lichamelijke factoren beschouwt als een oorzaak van vaginisme, sluit de andere onderzoeker somatische factoren als aanleiding van vaginisme uit.<sup>5 9 12</sup> In deze bachelorproef gaan we ervan uit dat somatische factoren een oorzaak zijn van vaginisme. Echter is de behandeling van somatische factoren verschillend aan de behandeling van psychische factoren. Daardoor is het belangrijk dat somatische factoren aangetoond kunnen worden.

Primair vaginisme als gevolg van een organische pathologie is zeldzaam, maar heel af en toe (0 - 5%) wordt er een somatische verklaring gevonden, zoals een stug hymen of andere congenitale afwijkingen zoals een vaginaal septum, hymen semilunaris altus, of vaginale agenesie.<sup>6</sup>

In tegenstelling tot primair vaginisme is secundair vaginisme wel meestal het gevolg van een somatische oorzaak zoals een infectie, endometriose, een episiotomie...<sup>5</sup>

#### **3.3.2      *Psychische factoren***

Een gebrek aan of onjuiste seksuele educatie kan negatieve verwachtingen en angsten met betrekking tot seksualiteit opwekken met vaginisme tot gevolg. Klinische onderzoeken

rapporteren dat vrouwen met vaginisme negatieve opvattingen hebben over seksualiteit en dat zij opgevoed worden met het idee dat seks verkeerd is of pijn zal doen.<sup>1</sup>

Vaak wordt in wetenschappelijke literatuur vermeld dat seksueel misbruik gezien kan worden als een oorzaak van vaginisme. Maar in de meeste studies kon er geen significant verband aangetoond worden. De meeste vrouwen met een verleden van seksueel misbruik ontwikkelden geen vaginisme.<sup>1</sup>

De partner of de relatie kan ook een mogelijke inbreng hebben in het proces. Vaginitische vrouwen kiezen meestal voor een volgzaam, passieve, niet assertieve partner. De partner gaat heel voorzichtig om met zijn vrouw bij seksuele activiteit, om haar geen pijn te doen. Hierdoor kan het probleem, angst voor pijn, in stand gehouden worden. Ook kunnen seksuele dysfuncties bij de man, zoals erectieproblemen of premature ejaculatie, bijdragen tot het ontstaan of in stand houden van vaginisme. Verder kunnen negatieve gebeurtenissen in de relatie, zoals communicatieproblemen, ontrouw en/of conflicten ook een rol spelen in het ontstaan of in stand houden van vaginisme.<sup>1</sup>

Angst wordt beschouwd als een heel belangrijke factor bij vaginisme. Er is angst voor intimiteit, voor het onbekende, angst voor zwangerschap en voor het oplopen van een SOA... Maar de angst voor pijn bij coïtus wordt het meest gerapporteerd bij vaginitische vrouwen. Een ervaring met pijn, een negatieve ervaring met penetratie, of negatieve verwachtingen over coïtus worden geassocieerd met catastrofaal denken. Die gedachten resulteren dan in specifieke angsten voor penetratie en pijn bij coïtus. Banale kleine ervaringen met pijn kunnen angst voor pijn opwekken, waardoor de vrouw vaak in een vicieuze cirkel terecht komt.<sup>1</sup> In 3.6.2 'Cognitieve gedragstherapie' wordt verder ingegaan op deze vicieuze cirkel.

Vaak ontstaan seksuele problemen in de eerste periode na een (eerste) partus. Dat is te verklaren vanuit het feit dat er minder interesse is in seksualiteit dan voor de zwangerschap. Uit een Engels onderzoek blijkt dat 83% van de vrouwen in de eerste drie maanden na de (eerste) partus seksuele problemen heeft. Na zes maanden is dit nog het geval bij 64% van de vrouwen, terwijl dat voor de zwangerschap slechts 38% betrof. Na zes maanden heeft 11% nog geen coïtus gehad.<sup>13</sup>

In enkele gevallen wordt er geen verklarende oorzaak gevonden voor vaginisme.

---

<sup>13</sup> GIANOTTEN, W., en BREWAEYS, A., Seksualiteit, fertiliteit en infertiliteit. In GIJS, L., GIANOTTEN, W., VANWESENBEECK, I., en WEIJENBORG, P., Seksuologie. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2009, biz 553-566.

### **3.4      *Diagnosestelling***

Het is moeilijk om de diagnose van vaginisme vast te stellen aangezien er nog geen evidence-based definitie opgesteld is voor deze aandoening.

Bij vaginisme kunnen het onvrijwillig aanspannen van de bekkenbodemspieren, (fobisch) vermijdingsgedrag en anticipatieangst op pijn aan de basis liggen van deze problematiek.<sup>11</sup>

Het is duidelijk dat er een gedetailleerde psychologische, seksuele, medische en relationele anamnese afgenomen dient te worden.<sup>5 14</sup> De hulpverlener moet ambivalente gevoelens van de vaginistische vrouw over coïtus, het vrijen, de partner, het eigen lichaam en de eventuele kindervwens kunnen herkennen. Tevens moet hij relationele problemen of traumatische ervaringen kunnen opsporen.<sup>11</sup> Het staat ook vast dat het ervaren van pijn niet noodzakelijk aanwezig hoeft te zijn voor de diagnosestelling van vaginisme<sup>6</sup>.

Er bestaat echter geen eenduidigheid omtrent het vaststellen van spasmen van de bekkenbodemspieren aangezien er tegenstrijdigheden bestaan omtrent de aanwezigheid van deze spasmen bij vaginisme<sup>4</sup>. Tevens zijn er tegenstrijdigheden over het al dan niet uitvoeren van een gynaecologisch onderzoek, in het bijzonder een inwendig onderzoek. Enerzijds wordt een inwendig onderzoek gecontraïndiceerd als diagnosemiddel, terwijl het anderzijds aangeraden wordt om somatische oorzaken van vaginisme vast te stellen aangezien deze een andere behandeling vergen. Nog anderen stellen dat een gynaecologisch onderzoek aan de hand van een speculum een contra-indicatie voor vaginisme is.<sup>5 12 9</sup> Er is ook een discussie gaande tussen verschillende hulpverleners of coïtus gedeeltelijk of geheel onmogelijk is bij vaginisme<sup>5 6</sup>. Verder onderzoek zal alle twijfel moeten uitsluiten.

#### **3.4.1      *Differentiaal diagnose***

##### **3.4.1.1      *Dyspareunie***

Het is niet eenvoudig om een onderscheid te maken tussen vaginisme en dyspareunie aangezien veel symptomen gelijklopend zijn. Bij dyspareunie is er sprake van een seksuele dysfunctie, die zich uit in genitale pijn vóór, tijdens en na coïtus. Verschillende factoren spelen hierbij een rol: zowel fysische factoren zoals endometriose, psychologische factoren zoals angst, als persoonlijke factoren zoals afkeer van een seksuele relatie.<sup>15</sup>

Er is geen eenduidige incidentie voor dyspareunie, nl. 3-15%<sup>6</sup>.

---

<sup>14</sup> STOCKMAN, B., (Kinesitherapeut), mondelijke mededeling, via bandopname, d.d. 11 februari 2013

<sup>15</sup> BINIK, M.Y., The DSM Diagnostic Criteria for Dyspareunia. Internet, American Psychiatric Association, 15 oktober 2009.  
(<http://www.dsm5.org/Documents/Sex%20and%20GID%20Lit%20Reviews/SD/BINIK.DYSP.DSM.pdf>)



In de wetenschappelijke literatuur is een onderzoek lopende naar het onderscheid tussen dyspareunie en vaginisme. Volgens de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)' dient er een onderscheid gemaakt te worden aan de hand van volgende factoren: spierspasmen, pijn en angst. De DSM-IV-TR verbiedt dat de diagnose van vaginisme gelijk gesteld wordt aan de diagnose van dyspareunie.<sup>15</sup>

Ander onderzoek wijst erop dat primair vaginisme een gevolg kan zijn van dyspareunie in geval van somatische redenen. Hierbij ontstaat een normale reactie, namelijk vaginisme, op een abnormale situatie, namelijk pijn tijdens coïtus door een somatische oorzaak.<sup>11</sup> Dat resulteert in een vicieuze cirkel<sup>7</sup>.

Zowel de diagnosestelling als behandeling zijn gelijklopend als bij vaginisme, maar om de diagnose van endometriose te stellen, wat een oorzaak van dyspareunie kan zijn, wordt een laparoscopie aanbevolen.

#### 3.4.1.2 Vulvodynie

Vulvodynie of vulvaire pijn syndroom kan ook als differentiaal diagnose besproken worden.

Het is een chronische en multifactoriële aandoening, waarbij vulvaire pijn als symptoom optreedt. Het uit zich in branderigheid, irritatie of stekende pijn. Die pijn kan verward worden met de pijn die kan optreden bij vaginisme.

Er is geen eenduidige incidentie van vulvodynie, nl. 4 – 27%. Uit onderzoek is gebleken dat vulvodynie vaker voorkomt bij de blanke populatie, met een incidentie van ongeveer 15%.

De diagnosestelling en behandeling zijn gelijklopend als bij vaginisme. In sommige gevallen biedt een combinatie aan therapieën geen oplossing. Dan kan vestibulumplastiek overwogen worden.<sup>16 17 14</sup>

#### 3.4.1.3 Provoked Vestibulodynia

Provoked Vestibulodynia of Vulvaire vestibulitis syndroom is een aandoening waarbij het vestibulum geïrriteerd, branderig of schraal is. Het gaat gepaard met scherpe of branderige pijn bij aanraking van de vulva. Na coïtus treedt er een scherp of branderig gevoel op. De pijn leidt tot angst waardoor vermijdingsgedrag ontstaat. De steeds erger wordende klachten en de vicieuze cirkel leiden uiteindelijk tot het niet slagen van coïtus.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> VENTOLINI, G., Measuring Treatment Outcomes in Women With Vulvodynia. Internet, The National Center for Biotechnology Information, 3 april 2011. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140924>)

<sup>17</sup> KINGDON, J., Vulvodynia, a comprehensive review. Internet, Nursing for Women's Health, 13 februari 2009. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19207504>)

<sup>18</sup> RIJNSTATE, Vulvaire vestibulitis syndroom. Internet (29 april 2013). (<http://www.rijnstate.nl/web/Specialismen-en-afdelingen/Gynaecologie.htm>)

Zowel uit onderzoek als uit het interview met Bie Stockman en prof. dr. Dhont, komt naar voren dat een groot gedeelte van de vrouwen met primair vaginisme, waarbij coïtus nooit heeft plaatsgevonden, ook voldoet aan de diagnose Vulvair Vestibulitis Syndroom. Vaginisme kan een gevolg zijn van vestibulitis.<sup>6 12 14 5</sup>

De prevalentie van het vulvair vestibulitis syndroom bedraagt 15% van de gehele populatie.

De diagnosestelling en behandeling zijn gelijklopend als bij vaginisme<sup>15 19</sup>.

### 3.4.2 Hulpmiddelen bij diagnosestelling

Doordat vaginisme en dyspareunie gelijkaardige symptomen vertonen, wordt een diagnosestelling bemoeilijkt. Daarom is een grondige psychologische, seksuele, medische en relationele anamnese noodzakelijk.

Aan de hand van de anamnese kan er nagegaan worden of de aandoening reeds altijd aanwezig was, namelijk primair vaginisme, of dat het plots of geleidelijk aan ontstaan is na een periode van normaal seksueel functioneren, nl. secundair vaginisme.<sup>12</sup>

Om een goede diagnose te stellen, is een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk. Het is aan te raden om een gynaecoloog, die de medische anamnese voor zijn rekening neemt, een seksuoloog, die kan instaan voor de relationele en seksuele anamnese, en een psycholoog, die de aandacht richt op de psychologische anamnese, te raadplegen.

De diagnostische cyclus zal beëindigd worden met de indicatieanalyse en het behandelingsadvies.<sup>20</sup>

#### 3.4.2.1 Psychologische anamnese

Bij een psychologische anamnese zijn volgende vragen belangrijk. *“Hoe lang is de aandoening al aanwezig? Van welke soort pijn is er sprake? Hoe staat de vrouw tegenover coïtus? Is penetratie mogelijk? Zo ja, is dat pijnlijk? Kan mevrouw een tampon of vinger inbrengen? Wat voor gevoel brengt de gedachte aan een gynaecologisch onderzoek teweeg? Is er sprake van een traumatische seksuele ervaring?”*<sup>21</sup>

Bij het vermoeden van psychisch lijden, zoals een angststoornis of misbruik, is het van belang dat de patiënt doorverwezen wordt naar een psycholoog, psychiater of psychotherapeut.

---

<sup>19</sup> DESROCHERS, G., BERGERON, S., KHALIFÉ, S., DUPUIS, M.J., JODOIN, M., Provoked vestibulodynia: Psychological predictors of topical and cognitive-behavioral treatment outcome. Internet, Behaviour Research and Therapy, 7 oktober 2009. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19879555>)

<sup>20</sup> VAN LUNSEN, R., WEIJENBORG, P., VROEGE, J., en MEINHARDT, W., Diagnostiek en interventies. In GIJS, L., GIANOTTEN, W., VANWESENBECK, I., en WEIJENBORG, P., Seksuologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009, blz 339-363.

<sup>21</sup> CROWLEY, T., GOLDMEIER, D., HILLER, J., Diagnosing and managing vaginismus. Internet, British Medical Journal, 25 juli 2009. (<http://www.bmj.com/content/338/bmj.b2284.long>)

### 3.4.2.2 Seksuele anamnese

Er bestaan verschillende seksuele vragenlijsten die gehanteerd kunnen worden in functie van de diagnosestelling van vaginisme.

Een eerste voorbeeld is de Female Sexual Function Index (FSFI), afgebeeld in bijlage 1. Deze vragen gaan over seksuele gevoelens en seksuele reacties bij de vrouw gedurende de afgelopen 4 weken.

Een andere vragenlijst, de Sexual and Physical Abuse Questionnaire (SPAQ), afgebeeld in bijlage 2, behandelt ongewenste ervaringen zoals misbruik.

De Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) vragenlijst, afgebeeld in bijlage 3, gaat over de seksuele relatie met de partner.

Bij de Vaginal Penetration Cognition Questionnaire (VPCQ) en de Fear of Sexuality Questionnaire (FSQ) wordt specifiek gepeild naar gedachten en angsten ten aanzien van coïtus.<sup>10</sup>

Naast het gebruik van seksuele vragenlijsten, kan er ook een seksuele anamnese afgenomen worden. Tijdens een seksuele anamnese kunnen volgende componenten aan bod komen: *“Analyse van het probleem: aard en duur van het probleem, relatie tot seksuele responscyclus, primair of secundair?” “De gevolgen van het probleem voor het seksueel functioneren van de patiënt en eventuele partner.” “De last van het probleem, bepaald door de gevolgen op het dagelijks leven (psychisch, lichamelijke en sociale aspecten).” “Het beloop van het probleem in de tijd.” “De medische, psychologische, relationele en psychiatrische voorgeschiedenis.” “Eventuele traumatische seksuele ervaringen.”*<sup>21</sup>

Het is het van groot belang om na te gaan of vaginisme zich beperkt tot het niet in staat zijn tot coïtus of als er nog andere problemen zijn binnen de seksuele responscyclus. De seksuele responscyclus bestaat uit verschillende fasen, waarbij wordt gekeken naar de fysiologische en psychologische reacties op seksuele prikkels<sup>6 12</sup>.

### 3.4.2.3 Medische anamnese

Aan de hand van een medische anamnese kan de gynaecoloog nagaan op welk niveau van vaginisme de vrouw zich bevindt.

Er zijn verschillende manieren om de graad van vaginisme na te gaan. In dit onderzoek is er keuze uit drie niveaus. Er zijn vrouwen die vaginaal niets kunnen inbrengen, maar er zijn ook vrouwen die één of twee vingers kunnen inbrengen of zelfs in staat zijn tot een gynaecologisch onderzoek. Bij alle niveaus van vaginisme is er sprake van het onmogelijk of moeilijk hebben van coïtus.<sup>5</sup>

Volgens Lamont, , geciteerd in 'Treatment protocol for vaginismus', kan vaginisme onderverdeeld worden in 4 niveaus. Bij de eerste graad heeft de patiënt een spasme van de bekkenbodemspieren maar kan deze gedaan gemaakt worden aan de hand van geruststelling. Bij de tweede graad blijft het spasme bestaan, ondanks geruststelling. Bij de derde graad heft de vrouw haar zitvlak op om gynaecologisch onderzoek te vermijden. De vierde graad is de ergste graad. Hierbij heft de vrouw haar zitvlak op, trekt ze zich terug en sluit de dijen om gynaecologisch onderzoek te vermijden.<sup>9</sup> Welke methode gebruikt wordt om de graad van vaginisme vast te stellen, is afhankelijk van de definitie die de gynaecoloog aan vaginisme geeft en van de gynaecoloog zelf.

Doordat er verschillende definities aan vaginisme gegeven worden, bestaan er heel wat tegenstrijdigheden. Zo is er een discussie gaande tussen verschillende hulpverleners of coïtus gedeeltelijk of geheel onmogelijk is bij vaginisme.<sup>5 6</sup> Ook bestaat er geen eenduidigheid omtrent het vaststellen van spasme van de bekkenbodemspieren<sup>4</sup>.

Vaginisme is volgens bepaalde bronnen een contra-indicatie voor het verrichten van een gynaecologisch onderzoek, met name een inwendig onderzoek. Het mag met andere woorden niet bijdragen tot een diagnosestelling. Andere bronnen wijzen erop dat een inwendig onderzoek noodzakelijk is voor het vaststellen van somatische oorzaken voor vaginisme. Bij primair vaginisme kunnen een stug hymen of congenitale afwijkingen een somatische oorzaak zijn van vaginisme. Bij secundair vaginisme is dit een vaginale infectie, endometriose, een episiotomie...<sup>5 12 9</sup>

Zolang er niet gestreefd wordt naar een eenduidige evidence-based definitie van vaginisme, zal de medische diagnosestelling onduidelijk blijven en verschillend zijn tussen verscheidene gynaecologen.

Zowel uit onderzoek als uit het interview met Bie Stockman, komt naar voren dat een groot gedeelte van de vrouwen met primair vaginisme, waarbij coïtus nooit heeft plaatsgevonden, ook voldoet aan de diagnose Vulvair Vestibulitis Syndroom.<sup>6 12 14</sup>

#### 3.4.2.4 Relationele anamnese

Bij de relationele anamnese worden volgende zaken nagegaan: de rol van de partner, seksuele problemen bij de partner, beleving van de relatie door de partner, reactie op vaginisme van de partner.

Wanneer de partner aanwezig is bij de anamnese is het nuttig om ook hem vragen te stellen. Vaak zal hij dingen aanbrengen die de vrouw niet durft te vernoemen.<sup>16</sup>

Het is dus van groot belang om de partner te betrekken bij de diagnose en behandeling van vaginisme<sup>6 22 22</sup>.

## **3.5      *Gevolgen van vaginisme***

### *3.5.1      Gevolgen voor de vrouw*

#### *3.5.1.1    Fysieke gevolgen*

Het uitvoeren van een gynaecologisch onderzoek of het inbrengen van een tampon of vinger(s) kan bemoeilijkt worden. Een oorzaak hiervan kan het onvrijwillig aanspannen van de bekkenbodemspieren zijn maar verder wetenschappelijk onderzoek moet hier duidelijkheid over brengen.

Een vaginistische patiënt ontwikkelt pijnvermijdingsgedrag en anticipatieangst op pijn. Uit de verschillende interviews met de professionele hulpverleners is als conclusie gekomen dat de patiënt de pijn als scherp, soms brandend omschrijft. Er is niet altijd sprake van pijn bij vaginisme. Het kan ook optreden zonder de aanwezigheid van pijn.<sup>23 6 4</sup>

#### *3.5.1.2    Psychische gevolgen*

Een belangrijk aspect bij vaginisme is schaamte, zowel persoonlijk als naar de partner toe. Bij primair vaginisme uit de schaamte zich meer algemeen terwijl bij secundair vaginisme het schaamtegevoel tegenover de partner centraal staat. Vrouwen met secundair vaginisme ondervinden mogelijks meer problemen omdat bij aanvang van de relatie nog geen vaginisme aanwezig was. Vrouwen met primair vaginisme zijn genoodzaakt om vanaf het begin van de relatie, samen met hun partner, te anticiperen op de klacht en adaptief gedrag te vertonen.<sup>24</sup>

Vaginisme wordt enerzijds gekenmerkt door een verdedigingsmechanisme en anderzijds door vermijdingsgedrag dat geprovoceerd worden door de fobische angst voor penetratie. Het is een vicieuze cirkel: mevrouw heeft pijn, daardoor gaan de bekkenbodemspieren samentrekken, als verdedigingsmechanisme. Doordat de pijn aanwezig blijft, ontstaat er bij de vrouw een vermijdingsgedrag, met andere woorden, penetratie wordt vermeden.<sup>6 14</sup> In 3.6.2 'Cognitieve gedragstherapie' wordt verder ingegaan op deze vicieuze cirkel.

Andere bijkomende psychische gevolgen zijn een lager zelfvertrouwen en het ervaren van negatieve gevoelens zoals frustratie, schuldgevoelens, somberheid, wanhoop, angst en

---

<sup>22</sup>DE GROOTE, D., (Seksuologe), mondelijke mededeling, via bandopname, d.d. 13 februari 2013

<sup>23</sup> DE RONDE, A., De relatie tussen kwaliteit van leven en vaginisme: de rol van sociodemografische variabelen en de invloed van schaamte. Internet, University of Twente, 2008. (<http://essay.utwente.nl/58880/>)

depressie. De negatieve gevoelens gaan vaak over de seksuele relatie ten aanzien van hun partner.<sup>24 23 16</sup>

Bij adolescenten en jong volwassenen kan sociaal isolement optreden. Dat komt doordat gesprekken binnen de vriendenkring vaak over seksualiteit gaan. Voornamelijk vrouwen met primair vaginisme kunnen daar niet over meespreken of liegen om bestwil. Op den duur voelen ze zich onzeker en uitgesloten.<sup>14</sup>

### 3.5.1.3 Zwangerschap en bevalling

Zoals eerder wordt beschreven, kan een gynaecologisch onderzoek volgens bepaalde onderzoekers niet bijdragen tot de diagnosestelling van vaginisme. Anderen beweren dat een gynaecologisch onderzoek verricht dient te worden om somatische oorzaken te kunnen uitsluiten.

Indien er een gynaecologisch onderzoek uitgevoerd wordt, is het van belang om volgende aandachtspunten in acht te nemen. Samen met de patiënt wordt het probleem en het doel van het onderzoek besproken, waarbij ook het eventueel te gebruiken instrumentarium getoond kan worden.<sup>12</sup> Er kan gebruik gemaakt worden van een wattenstaafje om de uitwendige genitalia te inspecteren<sup>11</sup>.

Het is belangrijk om voldoende uitleg te geven omtrent het inwendig onderzoek, dat om trauma of retraumatisering te voorkomen. Er moet een situatie gecreëerd worden waarin vertrouwen en een veilig gevoel centraal staat. De grenzen van de patiënt moeten gerespecteerd worden. Ook kan er gebruik gemaakt worden van een handspiegel om de persoon te laten meevolgen indien die behoefte aanwezig is.

Tijdens het onderzoek is het van belang om uitleg te geven over de verschillende stappen en over het doel van het onderzoek.<sup>12</sup> Zo kan informatie gegeven worden over de anatomie van de genitaliën. Tevens kan uitleg gegeven worden over eventuele afwijkingen en de invloed ervan op seksualiteit. Zo zal de vrouw haar negatieve lichaamsbeleving kunnen corrigeren.<sup>11</sup> Ook oogcontact houden is van belang, dit om non-verbale reacties op te merken<sup>12</sup>. Naast oogcontact kan er ook informatie gehaald worden door actuele ervaringen te bevragen<sup>11</sup>. Na het gynaecologisch onderzoek, wordt alle informatie uitgebreid besproken<sup>12</sup>.

Volgens prof. dr. Dhont is er bij vaginisme een onmogelijkheid tot coïtus<sup>5</sup>. Wanneer een vrouw met vaginisme zwanger wil worden, moet ze hiervoor hulp zoeken. Doordat vrouwen met vaginisme nu een streefdoel voor ogen hebben, is de stap naar hulpverlening vaak kleiner.<sup>14 11</sup> De drijfveer en de motivatie voor de therapie is ook groter bij een zwangerschapswens waardoor er meer kans is op slagen.<sup>14</sup> Toch zijn er bepaalde vrouwen

die hulp weigeren te zoeken en zichzelf insemineren aan de hand van een rietje of injectiespuit die ze in de schede inbrengen. Dat wordt echter afgeraden<sup>24 12</sup>.

Eenmaal bij de gynaecoloog is het volgens de literatuur belangrijk om navraag te doen of de vrouw eerst het vaginisme wil behandelen of direct zwanger wil worden<sup>12</sup>. Volgens prof. dr. Dhont is deze vraag totaal uit ten bozen. Als hulpverlener is het volgens hem logisch dat je eerst het vaginisme behandelt vooraleer je overgaat tot een zwangerschap. Inseminatie bij vaginisme zou dus niet mogen toegepast worden, want tijdens de zwangerschap blijft het vaginisme een probleem bij het verrichten van een aantal onderzoeken, nl. vaginale echografie, inwendig onderzoek, inductie...<sup>5</sup> Je moet de vrouw duidelijk maken dat zwanger worden los staat van vaginisme maar dat er tijdens de zwangerschap een aantal onderzoeken dienen te gebeuren die als ingrijpend worden beschouwd door vaginistische vrouwen.<sup>14</sup>

Het onderwerp zwangerschap en bevalling wordt verder toegelicht in 3.8 'Beleid tijdens de arbeid'.

### 3.5.2 *Relationele gevolgen*

Vrouwen met vaginisme ervaren minder zin en opwinding dan vrouwen zonder vaginisme. Vaginistische vrouwen genieten van een seksuele relatie waarbij geen penetratie plaats vindt. Ze vermijden penetratie en dus wordt er gezocht naar een mogelijkheid om de seksuele relatie op een andere manier te beleven.<sup>6 22</sup>

Toch is er soms vermindering van de kwaliteit van de persoonlijke relaties, in dit geval met de partner. Een vaginistische vrouw heeft schuldgevoelens ten opzichte van de partner. Er is de angst om hun partner teleur te stellen of te verliezen, maar anderzijds is er ook de angst voor de pijn.<sup>24</sup>

Psychologe mevr. Van Hoorde geeft aan dat de meeste partners veel begrip hebben voor de problematiek van hun vrouw. Vaak is het zo dat ze hun vrouw geen pijn willen doen waardoor ze coïtus op hun beurt tegenhouden.<sup>16</sup> Volgens seksuoloog mevr. De Groote zijn er slechts een aantal situaties waarin de partner een eind maakt aan de relatie<sup>23</sup>.

## 3.6 ***Behandeling van vaginisme***

Hoewel de effectiviteit van vele therapieën nog niet bewezen is, bestaat er een heel raamwerk aan behandelingen voor vaginisme.

De grote variëteit aan behandelingsvormen is te verklaren doordat er geen eenduidigheid bestaat in definitie en diagnosestelling van vaginisme.<sup>11</sup>

---

<sup>24</sup> LAVAERT, M., (kinesitherapeute), mondelijke mededeling, via formeel gesprek, d.d. 2 maart 2013.

Uit onderzoek is gebleken dat zowel vrouwen met primair vaginisme als vrouwen met secundair vaginisme het meeste baat hebben aan therapie bij fysiotherapeuten, gevolgd door seksuologen. Vrouwen met primair vaginisme verkiezen als derde hulpverlenersrol psychologen, terwijl vrouwen met secundair vaginisme gynaecologen verkiezen. Ditzelfde onderzoek wees uit dat vrouwen met primair vaginisme volgende therapieën als meest efficiënt beschouwen: seksuele voorlichting, voorlichting van bekken, zelfonderzoek, communicatietherapie en zintuigelijke therapie. Bij vrouwen met secundair vaginisme blijken volgende therapieën een oplossing te bieden: EMDR (= Eye Movement Desensitization and Reprocessing), seksuele voorlichting, vaginale dilatatie, communicatietherapie en relatietherapie.<sup>25</sup>

Psychologe Birgit van Hoorde is van mening dat een multidisciplinaire hulpverlening van primordiaal belang is. Een combinatie van somatische, sociale en psychische aanpak zou betere resultaten beogen.<sup>16</sup> Ook andere bronnen sluiten zich hierbij aan.<sup>21 9 11 23 25</sup> Het is echter van belang dat iedere hulpverlener de afbakeningen binnen zijn beroep kent en doorverwijst indien noodzakelijk. Wanneer een psychische reden aan de basis ligt voor vaginisme, zal een kinesitherapeute pas aan haar taak kunnen beginnen wanneer de psycholoog voldoende ingewerkt heeft op het psychisch aspect. De vaginistische vrouw moet met andere woorden eerst willen geloven in een oplossing.<sup>14</sup>

Een vrouw met vaginisme dient een thuisbasis te hebben. Hiermee wordt bedoeld dat ze op ieder moment een vertrouwelijk gesprek met iemand moet kunnen voeren en dat ze haar ervaringen over de technische behandelingen moet kunnen uiten. Ze moet op deze persoon kunnen terugvallen. De thuisbasis kan bijvoorbeeld bij een seksuoloog liggen.<sup>23</sup>

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op deze behandelingen. De hieronder beschreven therapieën kunnen zowel bij primair als secundair vaginisme toegepast worden, met uitzondering van een aantal somatische chirurgische ingrepen, zoals hymenectomie, die enkel bij primair vaginisme toegepast worden.

### 3.6.1 Voorlichting

Vaak is er bij een vaginistische vrouw een tekort aan kennis betreffende seksualiteit. Ook kunnen er bij deze vrouw misvattingen heersen. Hierdoor ontstaan negatieve verwachtingen en angsten betreffende seksualiteit waardoor vaginisme kan ontstaan.<sup>1</sup> Seksuele voorlichting is dan ook een eerste stap en een must binnen de behandeling van vaginisme zodat de therapie aan de hand van evidence-based informatie opgebouwd kan worden.<sup>21 23</sup> Er zal

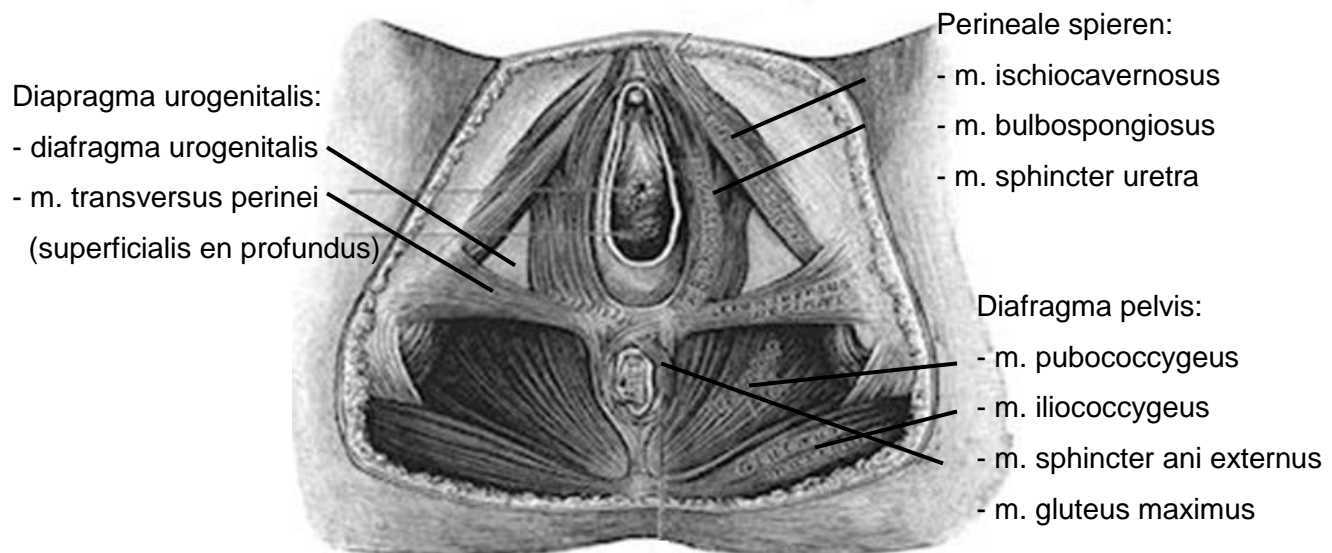
---

<sup>25</sup> REISSING, E., Consultation and Treatment History and Causal Attributions in an Online Sample of Women with Lifelong and Acquired Vaginismus. Internet, The Journal of Sexual Medicine, volume 9, januari 2012 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2011.02534.x/pdf>)



informatie gegeven worden omtrent coïtus, seksuele opwinding, vrouwelijke geslachtsorganen en bekkenbodemspieren.<sup>11</sup>

Zoals eerder vermeld, ontstaat er bij vaginisme een recidiverende of aanhoudende spasme van de musculatuur van het buitenste derde deel van de vagina<sup>12</sup>. Tot de perineale spieren behoren musculus ischiocavernosus, musculus bulbospongiosus en musculus sphincter urethra. Voornamelijk musculus bulbospongiosus is in staat om het buitenste deel van de vagina te vernauwen aangezien die de opening van de vagina min of meer omsluit. Uit onderzoek blijkt tevens dat contractie van de mediale delen van het diafragma pelvis kunnen leiden tot een vernauwing van de vagina. Dit betreft dan voornamelijk musculus pubococcygeus. Tot op de dag van vandaag bestaan er tegenstrijdigheden omtrent de betrokkenheid van het diafragma urogenitalis bij vaginisme.<sup>26</sup> Tot nu toe werd echter nog niet bewezen dat penetratie belemmerd wordt door spasme van de bekkenbodemspiermusculatuur waardoor nog een grote onduidelijkheid ontstaat over de spieren betrokken bij vaginisme.<sup>4</sup>



*Figuur 1. Bekkenbodemspiermusculatuur*

### 3.6.2 Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is een combinatie van cognitieve therapie en gedragstherapie. *“De cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat gedachten, gevoelens en gedrag op een bepaalde manier met elkaar verbonden zijn. Iemands gedachten beïnvloeden zijn of haar gevoelens en gedrag.”*<sup>27</sup>

<sup>26</sup> STOECKART, R., SWAAB, D., GIJS, L., DE RONDE, P., en SLOB, K., Biologie van de seksualiteit; endocrinologische, anatomische en fysiologische aspecten. In GIJS, L., GIANOTTEN, W., VANWESENBECK, I., en WEIJENBORG, P., Seksuologie. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2009, blz 339-363.

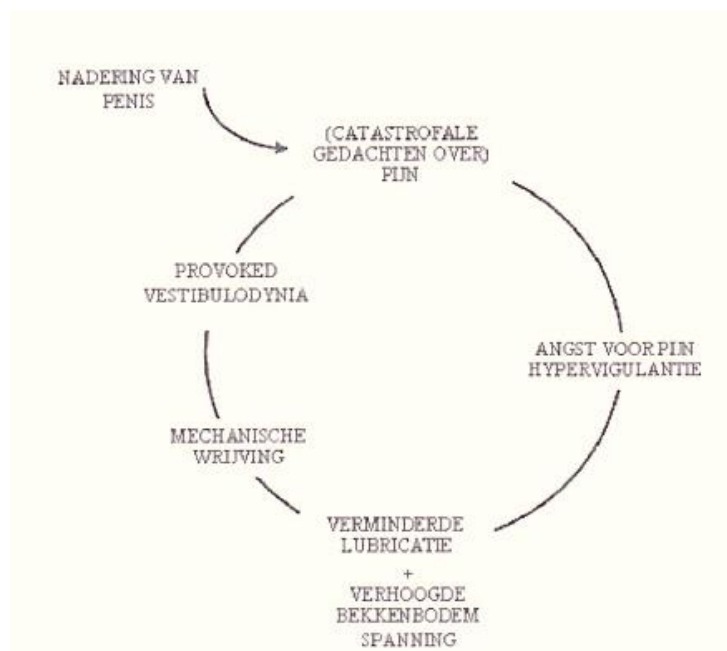
<sup>27</sup> VAN DER PLOEG, P., Encyclopedisch woordenboek van de psychologie. Antwerpen, Apeldoorn Garant Uitgevers, 2007.

Het primaire doel van cognitieve gedragstherapie bij vaginisme is pijnloze gemeenschap door het wegnemen van de angst voor pijn en door het wegnemen van een negatief lichaamsbeeld. Wanneer de angst voor pijn weggenomen wordt, zal de vrouw minder gespannen zijn waardoor de bekkenbodemspieren zullen ontspannen.

Een secundair doel richt zich op plezierbeleving tijdens coïtus door te streven naar vaginale secretie.<sup>28 11</sup>

Cognitieve gedragstherapie kan zowel individueel, in aanwezigheid van de partner of als groepsessie.<sup>29</sup> Het kan gecombineerd worden met andere therapieën zoals pelvische reëducatie, relaxatietherapie, psychotherapie en relatietherapie. Ook evidence-based voorlichting over seksuele opwinding, coïtus, angst en pijn is belangrijk.<sup>29</sup>

Voor vaginisme baseert de cognitieve gedragstherapie zich op het circulaire model van seksuele pijnstoornis van Spano & Lamont.



*Figuur 2. Het circulaire model van seksuele pijnstoornis (bewerkt naar Spano & Lamont, 1975)*

Spano en Lamont, zoals geciteerd in 'Treatment protocol for vaginismus', zien dit circulair model als een vicieuze cirkel voor het ontstaan van vaginisme. Enerzijds ervaart de vrouw angst voor penetratie waardoor de bekkenbodemspieren aanspannen. Anderzijds ontstaat er een verminderde seksuele opwinding waardoor er vaginale droogheid optreedt. Het aanspannen van de bekkenbodemspieren en de vaginale droogheid leiden samen tot pijnlijke of onmogelijke penetratie. Hierdoor staat de vrouw nog negatiever en angstiger tegenover coïtus.<sup>29</sup> De cirkel kan enkel doorbroken worden door corrigerende informatie te

<sup>28</sup> VAN LANKVELD, J., BOTH, S., en TER KUILE, M., Cognitieve gedragstherapie bij seksuele disfuncties van vrouwen en mannen: een overzicht. *Tijdschrift voor gedragstherapie en cognitieve therapie*, 2012.

<sup>29</sup> VANDEREYCKEN, W., & VAN DETH, R., *Anders denken: cognitieve therapie*. In VANDEREYCKEN, W., & VAN DETH, R., *Psychotherapie: van theorie tot praktijk*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2009, blz 113-137.

creëren. Dit kan door het inbrengen van een vinger in de vagina. Zo zal de vrouw zich realiseren dat haar angst-oproepende gedachten niet kloppen waardoor de catastrofale gedachten kunnen worden omgezet in meer realistische gedachten. Zo zal haar angst- en vermijdingsgedrag verminderen.<sup>10</sup>

In het circulaire model van seksuele pijnstoornis van Spano & Lamont wordt enkel aandacht besteed aan de penis als penetratieobject. Andere penetratieobjecten zijn eveneens mogelijk zoals één of meerdere vingers, zowel bij gynaecologisch onderzoek als zelfonderzoek, een tampon, een speculum...<sup>29</sup>

Volgens een gerandomiseerd onderzoek, verricht in 2008, is cognitieve gedragstherapie de meest toegepaste en efficiënte therapie voor de behandeling van vaginisme.<sup>30</sup> Het bevordert positieve cognitie, remt negatieve cognitie, bevordert progressieve spierrelaxatie ter preventie van spasmen van de bekkenbodemspieren, bevordert de controle van vaginale spieren en vermindert angsten en schuldgevoelens.<sup>29</sup>

Uit onderzoek van Ter Kuile, Both en Van Lankveld dat plaatsvond in 2010 bleek echter dat cognitieve gedragstherapie in vele gevallen niet bijdraagt tot de gewenste resultaten. Veelal blijft pijnlijke coïtus bestaan. Deze studies werden enkel toegepast bij vrouwen met primair vaginisme.<sup>29</sup>

Een andere studie verrichtte onderzoek naar de effectiviteit van exposure in vivo-oefeningen onder begeleiding van een therapeut voor de behandeling van vaginisme. Uit deze resultaten blijkt dat deze techniek, die een onderdeel is van gedragstherapie, veelbelovend is als therapie voor vaginisme.<sup>12</sup>

Nog een ander onderzoek is lovend over het resultaat van cognitieve gedragstherapie wanneer niet enkel stilgestaan wordt bij penetratieangst maar ook bij vermijdingsgedrag<sup>11</sup>.

Het is duidelijk dat er tot op heden nog geen consensus bestaat omtrent de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en dat verder onderzoek meer duidelijkheid moet brengen.

### 3.6.2.1 Cognitieve therapie

Een belangrijk uitgangspunt bij cognitieve therapie is de mens als informatie verwerkend wezen. De klachten van de cliënt zijn ontstaan vanuit een bepaald denkpatroon<sup>30</sup>. Vandaar dat deze therapie streeft naar het veranderen van informatieverwerkingsprocessen. Toegepast op vaginisme, verwijst dit naar het veranderen van de processen van waarnemen, interpreteren en evalueren van het eigen seksueel gedrag.<sup>29</sup>

---

<sup>30</sup> TORUN, F., Treatment of vaginismus with EMDR: a report of 2 cases. Internet, [Turkish Journal of Psychiatry](http://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C21S3/en/769.pdf), 2010. (<http://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C21S3/en/769.pdf>)

Een eerste stap binnen cognitieve therapie betreft cognitieve herstructurering<sup>29</sup>. Dit betekent het herkennen en het veranderen van automatische gedachten en cognitieve schema's. 'Het zal vanavond niet lukken om seks te hebben met mijn man.' of 'Ik zal terug pijn hebben bij het proberen van geslachtsgemeenschap', zijn voorbeelden van automatische gedachten bij een vrouw met vaginisme. Deze gedachten zullen niet bijdragen tot het bekomen van coïtus maar zullen in sterkere mate coïtus belemmeren. Door samen met de patiënt zijn denkwijze kritisch te onderzoeken, zal de patiënt minder geloven in de automatische gedachte waardoor die verloren gaat. Tegelijkertijd zal gezocht worden naar alternatieve gedachten waarbij de cliënt zich goed voelt en hierdoor beter zal functioneren. Een voorbeeld van een cognitief schema bij een vaginistische vrouw is: 'Ik faal altijd op seksueel vlak'. Dit schema zal domineren bij de gedachten en gevoelens rondom geslachtsgemeenschap. Aan de hand van therapie zullen deze schema's kritisch bekeken worden en zal er tevens aan alternatieve schema's gewerkt worden om de cognitie te veranderen.<sup>30</sup>

In vitro imaginatie, ook imaginaire exposure of exposure in vitro genoemd, is de tweede stap binnen de cognitieve therapie<sup>29</sup>. Hierbij bevindt de cliënt zich in zijn verbeelding in een moeilijke, angstige situatie<sup>30</sup>. Door bijvoorbeeld het spelen van een rollenspel, waarbij de patiënt zowel zichzelf als de rol van de ander speelt, leert de cliënt oorspronkelijke en alternatieve denkpatronen kennen. In vitro imaginatie streeft ernaar dat de cliënt de alternatieve denkwijze geloofwaardiger gaat vinden dan zijn oorspronkelijke denkpatronen.<sup>30</sup>

### 3.6.2.2 Gedragstherapie

Gedragstherapie is afkomstig vanuit het behaviorisme. Behavioristen stellen dat alle gedrag herleidbaar is tot een combinatie van eenvoudige, aangeleerde gedragselementen waardoor elk aangeleerd gedrag opnieuw af te leren is. Hieraan wordt de naam conditionering gegeven.

Bij een vaginistische vrouw ontstaat een vicieuze cirkel, zoals weergegeven in figuur 2 (*Het circulaire model van seksuele pijnstoornis, bewerkt naar Spano & Lamont, 1975*). Om deze cirkel te doorbreken, wordt gebruik gemaakt van 'Seks therapie volgens Masters en Johnson' dat een onderdeel vormt van de klassieke conditionering binnen de gedragstherapie. "Deze traditionele seks therapie gaat ervan uit dat een restrictieve seksuele opvoeding, seksuele remmingen en angsten en een gebrek aan kennis over seksualiteit kunnen leiden tot een inadequate seksuele respons."<sup>21</sup> Het behandelmodel van Masters en Johnson start met educatie over seksualiteit en wordt gevolgd door 'sensate' focus-oefeningen.<sup>29</sup>

Bij 'sensate' focus-oefeningen worden over een bepaalde tijdspanne verschillende stappen door beide partners samen uitgevoerd met als doel terug te leren genieten van het vrijen en geleidelijk aan tot coïtus te komen.<sup>21 29 11</sup> Tot aan de laatste stap wordt een coïtusverbod

opgelegd. Dit coïtusverbod zorgt ervoor dat de vicieuze cirkel van vermijding en angst doorbroken wordt, wat voor tijdelijke opluchting zal zorgen bij de vaginistische vrouw. De stappen binnen de 'sensate' focus-oefeningen zijn afhankelijk van de seksuele disfunctie.<sup>29</sup> Tijdens dit stappenplan moeten concrete grenzen gesteld worden zodat de vrouw zich veilig voelt. Het is de taak van de psycholoog om tijdens dit proces telkens opnieuw te vragen hoe de vrouw zich erbij voelt en wat ze erbij denkt.<sup>16</sup>

Naast 'sensate' focus-oefeningen wordt ook gebruik gemaakt van exposure in vivo. Hierbij wordt de vaginistische vrouw daadwerkelijk blootgesteld aan angst voor penetratie. Dit gebeurt o.a. door systematische desensitisatie. Hierbij leert de vaginistische vrouw stap voor stap om te gaan met haar angst voor pijn en met het vermijdingsgedrag. En dit door gebruik te maken van relaxatieoefeningen en vaginale dilatatieoefeningen met eigen vingers, pelottes en kegeltjes. Zo zal opkomende angst telkens terug onderdrukt worden waardoor angstreacties geleidelijk aan uitdoven.<sup>30 21</sup> Dit duurt gemiddeld zes maanden<sup>5</sup>.

Uit onderzoek naar penetratie-exposureoefeningen, onder begeleiding van een vrouwelijke therapeut waarbij maximum 3 sessies per week van twee uur plaatsvonden, bleek dat bijna 90% van de koppels dankzij deze therapie coïtus had. Hiervan had 80% reeds coïtus in de eerste week na de start van de therapie, tegenover bijna 10% in de controlegroep. Echter werden geen veranderingen waargenomen op gebied van seksueel functioneren, zoals seksueel verlangen of ervaren opwindings.<sup>11</sup>

### 3.6.3 Pelvische reëducatie

Een veel voorkomend kenmerk van vaginisme is dyspareunie, waar hogerop al een definitie aan toegekend werd. Dyspareunie kan onder andere veroorzaakt worden door een musculaire disfunctie. *“Overactivity of the levator ani muscles is a condition in which these muscles do not relax completely, or contract when they should relax.”* Dit leidt ertoe dat aanraking van een gespannen bekkenbodem pijn veroorzaakt waardoor coïtus gedeeltelijk of geheel onmogelijk wordt. Wanneer coïtus geheel onmogelijk wordt, spreekt men van vaginisme. Om spanning van de bekkenbodemspieren te kunnen doorbreken wordt in dit onderzoek manuele therapie, biofeedback en vaginale dilatatie vooropgesteld.<sup>31</sup>

Bij biofeedback worden lichaamsreacties omgezet in beeld of geluid. Hierdoor neemt de patiënt lichaamseigen reacties waar waardoor die zich bewust wordt van wat hij doet. Door de bewustwording van deze reacties kan de patiënt deze gemakkelijker waarnemen, herkennen en controleren. Biofeedback is dus een vorm van conditionering.

---

<sup>31</sup> FISHER, K., Management of dyspareunia and associated levator ani muscle overactivity. Internet, Journal of the American Physical Therapy Association, 2007. (<http://ptjournal.apta.org/content/87/7/935.full.pdf+html>)

Elektromyografische feedback, afgekort EMG-biofeedback of kortweg myofeedback is een specifieke vorm van biofeedback. Bij EMG-biofeedback krijgt de patiënt informatie over de spanningstoestand van de spieren, nl. spierspanning of -ontspanning. Het doel bij behandeling van vaginisme is te komen tot spierontspanning of –relaxatie.<sup>32</sup>

EMG-biofeedback wordt 1 x per week gedurende 8 à 12 weken toegepast. Tussen de sessies door past de patiënt zelf de voorgeschreven oefeningen toe<sup>29</sup>.

De therapie van EMG-biofeedback bestaat uit 3 grote stappen. Als eerste wordt gestreefd naar het bewust waarnemen van het aan- en ontspannen van spieren, nl. de bekkenbodemspieren bij een vrouw met vaginisme. De tweede stap bestaat uit het bekomen van controle over de bekkenbodemspieren. M.a.w. dient de patiënte met vaginisme de spierspanning te beheersen waardoor ze bewust haar bekkenbodemspieren kan relaxeren. Tijdens de laatste stap van de behandelingscyclus dient de patiënte met vaginisme het relaxeren van bekkenbodemspieren te integreren in de dagelijkse activiteiten waardoor dit een onbewust proces wordt.<sup>33</sup>

Biofeedback kan gecombineerd worden met elektrostimulatie. Bij elektrostimulatie worden de bekkenbodemspieren met behulp van elektrische stroom aangespannen. Dit heeft als doel pijn te reduceren waardoor de vicieuze cirkel bij een vaginistische vrouw doorbroken wordt en ze zich kan richten op andere prikkels.<sup>33 25</sup>

### 3.6.4 *Vaginale dilatatieoefeningen*

Vaginale dilatatieoefeningen zijn een veel voorkomende therapie binnen de behandeling van vaginisme. Aan de hand van een inwendig onderzoek, de eigen vingers of pelottes en kegeltjes in oplopende grootte probeert de vaginistische vrouw stap voor stap haar angst voor coïtus te overwinnen. De verschillende stappen die overlopen worden, verschillen naargelang het beleid van de hulpverlener. Zo zal de ene hulpverlener eerst starten met een inwendig onderzoek en zelf de pelotte of kegel inbrengen terwijl een andere hulpverlener dit onmiddellijk aan de vrouw overlaat en zelf niets doet. Nog een andere hulpverlener geeft enkel uitleg maar laat de vrouw de techniek thuis, in alle privacy en comfort, uitvoeren. Bij het inbrengen van pelottes neemt de vrouw verschillende houdingen aan, nl. zijligging, op handen en knieën... De houding waarbij ze het minst gewaar wordt dat er iets in de vagina gebracht wordt, is een goede houding om in een verder stadium coïtus te hebben. Ook is het aanbrengen van glijmiddel belangrijk. Het is afhankelijk van de vrouw of de partner aanwezig is bij de therapie. Wanneer de aanwezigheid van de partner een remming teweegbrengt bij

---

<sup>32</sup> VAN KAMPEN, M., EMG-biofeedback en relaxatie. In VAN KAMPEN, M., en VERVAEKE, M., Stress: preventie, reductie en ontspanning. Twaalf methoden. Leuven, Acco, 2008, blz 63-72.

<sup>33</sup> VAN DER TUIJIN, G., Behandel mogelijkheden. Internet, (07 april, 2013). (<http://bekkenfysiotherapie.webklik.nl/page/behandelmogelijkheden>)

de vrouw, blijft de partner beter thuis. Vaak wordt deze behandeling gecombineerd met relaxatietherapie. Eenmaal de vrouw de volledige serie van pelottes of kegeltjes heeft overlopen, wordt overgegaan naar het inbrengen van een dildo die de anatomische vorm van de penis nabootst. Er wordt gekozen voor een dildo die een maat groter is dan de penis van de partner. Hierdoor is er meer kans op slagen van de therapie. Eenmaal het dildostadium vervolledigd wordt, zal overgegaan worden tot coïtus.<sup>9 14 25 23</sup>

Bij vaginale dilatatieoefeningen is het van groot belang dat je voldoende uitleg geeft aan de vrouw. Het is normaal dat de bekkenbodemspieren samentrekken als reactie op pijn. Dit is een beschermingsmechanisme. Je moet bij je patiënt vertrouwen en controle creëren. Dit doe je door de vrouw zelf te laten voelen waar de bekkenbodemspieren zich bevinden, wat hun functie is en wat er gebeurt in bepaalde situaties. Dit kan ze thuis onder de douche uitvoeren door een vinger in de vagina in te brengen en te voelen naar het op- en ontspannen van de bekkenbodemspieren. Het inwendig onderzoek uitgevoerd door de vrouw hoeft niet per se plaats te vinden in de praktijk. Dit mogen ze in alle privacy thuis doen waardoor dit een grote geruststelling is voor de meeste vrouwen. Tevens is het een grote geruststelling voor de vrouw als je aangeeft dat er fysiek voldoende plaats is in de vagina voor het hebben van coïtus. Wat je ook kan meegeven aan de vrouw is dat het ook voor jou, als therapeut, confronterend is om jou bij de gynaecoloog letterlijk bloot te geven. En dat je dus begrijpt dat het niet eenvoudig is voor deze patiënt om zich te laten behandelen voor vaginisme.<sup>14 25</sup>

### 3.6.5 *Relaxatietherapie*

Relaxatietherapie vormt een belangrijk onderdeel binnen de behandeling van vaginisme<sup>11</sup>.

Een vaginistische vrouw heeft angst, minder zelfvertrouwen en een verlaagd zelfbeeld. Relaxatietherapie zal de vrouw helpen om zich op haar gemak te voelen<sup>23</sup>.

De meest voorkomende vorm van relaxatietherapie bij vaginisme betreft relaxerende ademtherapie en heeft als doel relaxatie te bekomen aan de hand van ademhalingsoefeningen.<sup>25</sup> Het aantal sessies is afhankelijk van de keuze voor individuele sessies of groepssessies. Na een gunstig verloop van 3 à 4 proefsessies volgen ongeveer 6 individuele sessies en ongeveer 10 à 12 uur groepssessies. De behandeling kan als effectief beschouwd worden wanneer de patiënte op ten minste de helft van de instructies positief reageert, m.a.w. wanneer ontspanning bekomen wordt. Uit onderzoek is gebleken dat ademregulatie een positief effect heeft op angst. Dit is niet ten gevolge van ventilatiereductie maar dit is te wijten aan een kennistoename van het probleem.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> VAN DIXHOORN, J., *Relaxerende ademtherapie*. In VAN KAMPEN, M. en VERVAEKE, M., *Stress: preventie, reductie en ontspanning. Twaalf methoden*. Leuven, Acco, 2008, blz 27-38.

Naast relaxerende ademtherapie kunnen nog andere relaxatieoefeningen toepast worden, afhankelijk van de hulpverlener.

### 3.6.6 EMDR

EMDR staat voor “*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*” en is een niet-farmacologische interventietechniek gericht op het behandelen van trauma’s. Bij de therapie EMDR vestigt de patiënt de aandacht op een traumatische gebeurtenis terwijl de psycholoog of psychotherapeut een afleidende stimulus veroorzaakt. Deze stimuli wordt toegebracht doordat de psycholoog of therapeut zijn vinger voortdurend van links naar rechts naar links enz. beweegt, en dit op een afstand van 25 à 30 cm van de ogen van de patiënt.<sup>30</sup> Telkens opnieuw vertelt de patiënt wat in hem opkomt. Het aantal EMDR-sessies is afhankelijk van het verwerkingsproces. De therapie wordt beëindigd wanneer de patiënt geen spanning meer ervaart bij het oproepen van de traumatische herinnering en wanneer er een positieve zelfcognitie werd ontwikkeld.<sup>35</sup>

Uit onderzoek is gebleken dat EMDR zijn effectiviteit heeft bewezen bij de behandeling van een posttraumatische stressstoornis, bijvoorbeeld veroorzaakt door seksueel misbruik in de kindertijd<sup>36</sup>. Seksuele trauma’s kunnen in het verdere leven moeilijkheden veroorzaken bij partnerkeuze, duurzaamheid van de seksuele relaties, het seksuele functioneren en algemene aspecten van de gezondheid.<sup>36</sup> Slechts één onderzoek concludeerde dat de incidentie van seksueel misbruik tijdens de kindertijd hoger lag bij vrouwen met vaginisme dan bij de algemene bevolking<sup>9</sup>. Er is dus geen significant verband tussen seksueel misbruik in de kindertijd en vaginisme, maar EMDR blijkt toch een therapeutische waarde te hebben bij vaginisme. Dat kan volgens onderzoek verklaard worden vanuit het gegeven dat de vrouw door EMDR minder angst ervaart ten opzichte van de vroegere gebeurtenis en een positiever zelfbeeld krijgt, nl. positiever lichaamsbeeld en minder walgingsreacties, waardoor de vrouw minder geloofd in een seksuele dysfunctie. Hierdoor wordt vaginisme geheel of gedeeltelijk opgelost. Toch kan men deze studies niet veralgemenen en moet verder onderzoek meer duidelijkheid brengen.<sup>36 37</sup>

### 3.6.7 Medicatie

Er bestaan heel wat onduidelijkheden en tegenstrijdigheden omtrent medicatiegebruik bij vaginisme.

---

<sup>35</sup> HORNSVELD, H., en BERENDSEN, S., *Procedures en begrippen*. In HORNSVELD, H., en BERENDSEN, S., *Casusboek EMDR: 25 voorbeelden uit de praktijk*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2009, blz 27.

<sup>36</sup> VAN LANKVELD, J., en GIJS, L., (Cognitief-)gedragstherapeutische benaderingen van seksuele problemen en stoornissen : een historische en conceptuele situering. *Tijdschrift voor gedragstherapie en cognitieve therapie*, 2012, blz 131-153.



Sommige vrouwen zijn erg angstig bij het opstarten van vaginale dilatatieoefeningen. Kortwerkende benzodiazepine zou er volgens dit onderzoek voor zorgen dat de vaginistische vrouw minder angstig is waardoor er meer kans is op slagen. Na een aantal sessies zou deze medicatie niet meer nodig zijn. Wanneer de angst toch aanwezig blijft bij de vrouw, kan overgeschakeld worden op serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors.<sup>9</sup>

Ook lidocaïne wordt in deze studie aanbevolen als medicatie bij het opstarten van vaginale dilatatieoefeningen. De vagina wordt lokaal verdoofd waardoor de vrouw zich comfortabeler zou voelen.<sup>9</sup>

Een ander verdovend middel betreft Xylocaïne-crème die ook plaatselijk gebruikt wordt<sup>25</sup>.

Een andere medicamenteuze aanpak van vaginisme betreft het inspuiten van onabotulinumtoxine A in de puborectalispijs. In dit onderzoek wordt deze techniek pas gebruikt wanneer vaginale dilatatieoefeningen amper progressie maken of wanneer het niet lukt om coïtus te hebben na het doorlopen van vaginale dilatatieoefeningen.<sup>9 37</sup> Volgens kinesitherapeute mevr. Stockman moet het gezien worden als een laatste oplossing<sup>14</sup>. Kinesitherapeute mevr. Lavaert zou het eventueel overwegen om ontspanning te bekomen<sup>25</sup>. Toch zijn er ook contra's. Volgens prof. dr. Dhont is de behandeling van vaginisme aan de hand van botoxinjecties totaal uit den boze<sup>5</sup>. In Vlaanderen bevindt de toepassing van botoxinjecties zich nog in het experimenteel stadium waardoor dit niet tot weinig toegepast wordt. Het is een tijdelijke oplossing en het is bovendien duur.

Echter lost een medicamenteuze aanpak psychische problemen niet op en moet medicatietherapie gecombineerd worden met andere therapieën.<sup>21</sup> Bijkomende studies moeten meer duidelijkheid geven over medicatiegebruik bij vaginisme.<sup>10</sup>

### 3.6.8 *Somatische chirurgische behandelingen*

Hymenectomie is het operatief verwijderen van het hymen. Dit wordt soms toegepast als behandeling van vaginisme. Echter is de kans klein dat een intact hymen de oorzaak van vaginisme is.<sup>39</sup> Volgens kinesitherapeute Bie Stockman en kinesitherapeute Mieke Lavaert kan een hymenectomie de angst voor penetratie verminderen. Maar dit enkel in een situatie waarbij een koppel al tien jaar bezig is met verschillende therapieën en waarbij met vaginale dilatatieoefeningen het hymen niet of slechts gedeeltelijk verwijderd werd. Dit zal steeds in samenspraak met de gynaecoloog gebeuren.<sup>14 25</sup>

Bij een vestibulectomie wordt het hymen en een deel van het vestibulum operatief verwijderd. Dit wordt volgens dr. Pacik vaak beschouwd als de allerlaatste

---

<sup>37</sup> PACIK, P., Vaginismus: Review of Current Concepts and Treatment Using Botox Injections, Bupivacaine Injections, and Progressive Dilation with the Patient Under Anesthesia. Internet, [Aesthetic plastic surgery](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21556985), 2011. ( <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21556985>)

behandelingstherapie van vaginisme. Maar de kans dat deze procedure vaginisme opheft, is klein.<sup>39</sup>

Uit onderzoek blijkt dat de resultaten van verwijdingsplastiek, perineum- of levatorplastiek slecht zijn. Ook prof. dr. Dhont is van mening dat een operatieve behandeling van vaginisme niet efficiënt is. Deze ingrepen zouden vermeden moeten worden.<sup>12 11 10 5</sup>

Volgens kinesitherapeute mevr. Stockman zou een chirurgische ingreep alleen maar voorgesteld mogen worden bij vestibulitis of bij littekenweefsel.<sup>14</sup>

Een chirurgische ingreep kan grote emotionele gevolgen hebben. Dit doordat de vrouw de controle over haar bekkenbodemspieren verliest en bijgevolg de controle over haar lichaam en haar zelfbeschikkingsrecht verliest.<sup>11</sup>

### 3.6.9 *Aanvullende behandelingen in de praktijk*

Vóór het ontstaan van cognitieve gedragstherapie werden seksuele disfuncties behandeld aan de hand van psychotherapie. Hieromtrent werden echter geen onderzoeken uitgevoerd waardoor de effectiviteit van psychotherapie bij vaginisme onbekend is.<sup>29</sup>

Sommige vrouwen met vaginisme vinden zich op seksueel vlak ontoereikend of vermijden elk seksueel contact. Dit kan negatieve gevolgen hebben op de relatie<sup>9</sup>. Ook de vele pijnlijke en mislukte pogingen tot coïtus wegen op fysiek en emotioneel vlak door op beide partners in de relatie.<sup>38</sup> Daarom wordt relatietherapie als een onderdeel van de therapie bij vaginisme gezien.<sup>11</sup>

Hypnotherapie wordt door Gilmore en Hammond, zoals geciteerd in 'Using hypnosis in a case of vaginismus: a case report', als een geschikte therapie voor vaginisme beschouwd. Ook andere therapeuten sluiten zich hierbij aan. Sterker nog, hypnotherapie zou meer effectief zijn dan andere traditionele sekstherapieën.<sup>40</sup>

## 3.7 ***Prognose van vaginisme***

Afhankelijk van de aard van de geassocieerde psychologische en organische problemen en het succesratio van de medische, kinesitherapeutische en psychoseksuele behandeling varieert de prognose van vaginisme. Wanneer er sprake is van een hoofdzakelijke somatische of heel eenvoudige psychogene oorzaak liggen de succesratio's hoog. Volgende factoren zijn geassocieerd met de duur van de therapie: duur van het vaginisme, de visie van de patiënte over de oorzaak van het probleem, motivationele factoren, steun van de echtgenoot, voorafgaande organische abnormaliteiten, graad van seksueel inzicht en kennis,

---

<sup>38</sup> POURHOSEIN, R., en EHSAN, Z. B., Using hypnosis in a case of vaginismus: a case report. Internet, [Procedia-Social and Behavioral Sciences](http://www.pourhosein.ir/sdarticle.pdf), januari 2011. (<http://www.pourhosein.ir/sdarticle.pdf>.)

angst voor seksueel overdraagbare aandoeningen, de houding van de patiënte ten aanzien van de genitaliën en attitudes van de ouders met betrekking tot seksualiteit.<sup>39</sup>

Een succesvolle prognose werd gerelateerd aan een goede partnerrelatie, de motivatie van het koppel en de zwangerschapswens<sup>23</sup>. Bij koppels met anatomische abnormaliteiten, negatieve attitudes ten aanzien van de genitaliën en seksualiteit, angst voor seksueel overdraagbare aandoeningen, negatieve ouderlijke attitudes ten aanzien van seksualiteit en angst voor pijn bij penetratie worden niet-succesvolle resultaten gerapporteerd.

In enkele gevallen blijven de vrouwen met vaginisme kampen ondanks adequate therapie. Dit is te wijten aan de aanhoudende angst bij de vrouw voor coïtus.<sup>23 14</sup>

### **3.8 Vroedkundig beleid**

Aan de hand van de literatuurstudie en de interviews met hulpverleners uit verschillende disciplines, wordt in dit hoofdstuk een antwoord geformuleerd op de onderzoeksvraag: “wat is de taak van de vroedvrouw bij het begeleiden van een zwangere vaginistische vrouw tijdens de arbeid en de bevalling?”.

Een vaginistische vrouw loopt volgens onderzoek niet meer kans op een gecompliceerde partus door bijvoorbeeld het toepassen van forceps of ventouse. Wel is het van groot belang om als vroedvrouw op de hoogte te zijn van de problematiek bij de vrouw en om hier op een gepaste manier mee om te gaan.<sup>11</sup>

Als vroedvrouw ligt een belangrijke eerste taak in het afnemen van een uitgebreide anamnese bij de vrouw, bij voorkeur reeds prenataal. Zo kan een vrouw met vaginisme zich op een gepaste manier voorbereiden op de partus door het geven van informatie over de voor- en nadelen van epidurale analgesie, het inwendig onderzoek, baringshoudingen, inductie, sectio caesarea. Er kunnen concrete afspraken gemaakt worden over bijvoorbeeld het inwendig onderzoek. Tevens is er nu nog voldoende tijd om vragen van het koppel te beantwoorden.

Door het onderwerp bespreekbaar te maken, uitleg te geven en de vrouw de kans te geven om haar angsten en gevoelens te uiten, zal er een vertrouwensrelatie opgebouwd worden tussen de vroedvrouw en de vaginistische vrouw. Dit vertrouwen winnen bij een vaginistische vrouw is van groot belang want de vrouw zal hierdoor minder angstig zijn. Het is belangrijk dat de vrouw vrijheid krijgt om te zeggen wat ze denkt en om voorstellen naar voor te brengen over hoe ze dit het liefst zou aanpakken. De vrouw moet met andere woorden inspraak krijgen in het hele gebeuren.<sup>40 23</sup>

---

<sup>39</sup> LOONES, L., Prognose van vaginisme. Internet, (9 maart 2013). (<http://www.vaginisme.be/prognose.htm>)

<sup>40</sup> Helsloot, K., (zelfstandige vroedvrouw), mondelijke mededeling, via bandopname, d.d. 21 december 2012.

Echter komt de vroedvrouw binnen een ziekenhuissetting vaak pas tijdens de arbeid voor de eerste maal in contact met de vaginistische vrouw. Een multidisciplinaire samenwerking tussen de vroedvrouw en de gynaecoloog is dan van belang. Zo zou de vroedvrouw in het dossier van de vrouw moeten terugvinden dat ze vaginisme heeft. Op die manier kan de vroedvrouw voorbereid aan haar taak beginnen.

Vaginistische vrouwen die nog niet behandeld werden voor vaginisme en dus via inseminatie zwanger werden, is volgens prof. dr. Dhont niet correct<sup>5</sup>. Een subgroep van vaginistische vrouwen insemineren zichzelf, zonder medeweten van de behandelende gynaecoloog<sup>25</sup>. Maar in de praktijk stelt de gynaecoloog vaak de vraag aan de vaginistische vrouw of ze hulp zoekt omwille van de zwangerschapswens of omwille van de wens tot coïtus. Wanneer de vrouw enkel zwanger wenst te worden, zou volgens de literatuur gekozen mogen worden voor inseminatie.<sup>12</sup> Volgens prof. dr. Dhont gaan medici hier in de fout. Hulpverleners moeten zich volgens hem bewust worden van het feit dat een vrouw met vaginisme tijdens de zwangerschap nog enkele malen op deze problematiek zal stoten, bv. bij een vaginale echografie of bij het inwendig onderzoek tijdens de arbeid.<sup>5</sup> Vrouwen die niet behandeld werden voor het vaginisme zullen vermoedelijk meer problemen vertonen bij het inwendig onderzoek.

### 3.8.1 *Inwendig onderzoek*

Mevrouw Helsloot heeft het vermoeden dat een vaginistische vrouw voornamelijk angstig is voor de inwendige onderzoeken tijdens de arbeid en in mindere mate voor de baring zelf<sup>42</sup>. Het is dus van uitermate belang dat een vroedvrouw kennis en praktijkervaring heeft omtrent het verrichten van een inwendig onderzoek. Inwendige onderzoeken zouden pas uitgevoerd mogen worden indien er daarvoor een indicatie is. Bovendien zou er met voorzichtigheid gehandeld moeten worden.<sup>11</sup>

De manier voor het verrichten van een inwendig onderzoek bij een vaginistische vrouw kan licht afwijkend zijn tussen verschillende hulpverleners. Hieronder wordt een mogelijk beleid uitgeschreven.

Een eerste stap bij het inwendig onderzoek is uitleg geven. Er wordt uitgelegd wat de reden is en wat er precies zal gebeuren. Geef aan dat er zo min mogelijk zal getoucheerd worden, enkel indien er hiervoor een indicatie is. Het is belangrijk dat de vrouw het belang van het inwendig onderzoek inziet. Zo zal de vrouw er meer voor openstaan. Om de vrouw zo rustig mogelijk te krijgen, kan de nabije aanwezigheid van de partner essentieel zijn zodat de vrouw zich zo min mogelijk schaamt. Naast de partner, de vrouw, de vroedvrouw en eventueel de gynaecoloog dienen geen andere personen aanwezig te zijn.

Na de geruststellende woorden, kan de vrouw een correcte houding aannemen. De vroedvrouw kan een doek op haar buik en dijen leggen zodat ze zich zo min mogelijk bloot voelt. De vrouw wordt op een bedpan geplaatst of wordt gevraagd om de vuisten onder het sacrum te brengen. Dit draagt bij tot een bekkenkanteling waardoor het inwendig onderzoek makkelijker zal verlopen. Het inwendig onderzoek verloopt heel traag en rustig zodat de vroedvrouw een vertrouwensband krijgt met de vrouw en de vrouw zich kan ontspannen. De vroedvrouw gaat op de rand van het bed zitten of gaat naast de vrouw staan. Voor de vrouw staan wordt als bedreigend ervaren. De vroedvrouw maakt contact met de vrouw. De vroedvrouw kijkt eerst naar de buik en gaat dan de buik aanraken. Vervolgens wordt haar dij aangeraakt. De vrouw wordt dan gevraagd om de benen wat hoger te plaatsen en ze een beetje open te doen. Geef aan dat er nog niets zal gebeuren.

Daarna gaat de vroedvrouw over tot het eigenlijke onderzoek. De vroedvrouw kan de vrouw vertellen dat ze haar handschoenen aan zal doen en daarop glijmiddel zal aanbrengen. De niet-steriele hand wordt op het been van de vrouw gelegd en geleidelijk aan wordt naar de binnendij gegaan. Dit gebeurt traag zodat de vrouw niet schrikt. De vrouw wordt gevraagd of ze klaar is voor het inwendig onderzoek. Er wordt afgesproken dat ze op elk moment mag aangeven om te stoppen. Hierdoor krijgt de vrouw voor een stuk controle over het hele gebeuren. De vroedvrouw kan haar vragen om zich te concentreren op haar ademhaling. Hierdoor zal ze een stuk minder angstiger zijn. Terwijl er uitleg gegeven wordt aan de vrouw, wordt 1 vinger tegen de vulva gelegd. Wanneer de vrouw zich terug kan ontspannen, wordt haar gevraagd om verder te mogen gaan. De tweede vinger wordt tegen de vulva gelegd. Daarna wordt opnieuw gewacht tot de vrouw zich kan ontspannen, de vrouw wordt gevraagd hoe het gaat en om verder te mogen doen. En zo wordt er stap voor stap verder gegaan. De eerste vinger wordt een halve centimeter in de vagina gebracht. Daarna wordt de tweede vinger erbij gebracht. Het is belangrijk dat de vroedvrouw vertelt hoe diep ze is en hoe diep ze nog zal gaan. Wanneer haar vingers halverwege de vagina zijn, kan de vrouw terug eventjes op adem komen. Wanneer de vrouw aangeeft om te stoppen, moet dit gerespecteerd worden en wordt de hand niet teruggetrokken, maar blijft de hand ter plaatse. Wanneer de vrouw er terug klaar voor is, kan er verder gegaan worden met het inwendig onderzoek.

Eenmaal de portio bereikt wordt met de vingertoppen, kan de vroedvrouw de vrouw waarschuwen dat dit gevoelig kan zijn. Terwijl POVASI bepaald wordt, legt de vroedvrouw uit wat ze precies voelt. Het voelen naar de stand en de indaling van het voorliggend deel is niet zo belangrijk tenzij er een geldige reden is om dit na te gaan. Wanneer er voldoende ontsluiting is, kan de vroedvrouw de vrouw zelf eens laten voelen aan het hoofdje.<sup>42 14 5 25</sup>

### 3.8.2 *Inductie*

Indien er geen medische indicatie is, wordt een inductie vóór 41 weken amenorroe vermeden bij een vaginistische vrouw. Het inwendig onderzoek is veel intenser en er moeten meerdere handelingen uitgevoerd worden. Dit zal in ieder geval als traumatischer ervaren worden bij de vrouw.<sup>42</sup>

Wanneer de arbeid toch geïnduceerd dient te worden en een speculumonderzoek niet mogelijk is, wordt er geopteerd voor het gebruik van prostaglandines, namelijk Prostin gel. Dit kan bij een vaginistische vrouw probleemloos tot in de dorsale fornix gebracht worden. Het uitvoeren van een amniotomie wordt pas aangeraden wanneer de parturiënte reeds epidurale verdoving heeft.<sup>41</sup>

### 3.8.3 *Epidurale anesthesie*

Epidurale anesthesie is een optie voor elke vrouw in arbeid. De vrouw zelf beslist of ze dit wil of niet. Maar bij een vaginistische vrouw is epidurale anesthesie wel aangewezen. Het zorgt ervoor dat de parturiënte zich beter kan ontspannen omdat de pijn, waarvoor ze zo angstig is, gedeeltelijk wegvalt.<sup>5</sup> Hierdoor zal het verrichten van een inwendig onderzoek ook gemakkelijker verlopen voor de hulpverlener.

De nevenwerkingen van epidurale anesthesie is dat de vrouw de natuurlijke persdrang minder ervaart waardoor de uitdrijving moeilijker en/of langzamer kan verlopen<sup>42</sup>, een verhoogde kans op instrumentele verlossing en uitgebreide episiotomie<sup>42</sup>. Ook zijn de baringshoudingen bij epidurale anesthesie beperkt tot rug- en zijligging.

### 3.8.4 *Baringshoudingen*

Voor bepaalde vaginistische vrouwen is de gynaecologische houding te bedreigend. Het is belangrijk dat de vroedvrouw voldoende uitleg geeft over de verschillende baringshoudingen en dat men de wensen van de vrouw hieromtrent bevrageet. De vrouw moet mee beslissingen kunnen nemen, zodat ze controle heeft over haar arbeid en bevalling. De vrouw moet de vrijheid krijgen om voor zichzelf uit te maken welke houding voor haar het best aanvoelt, in welke houding ze zich het veiligst voelt. Alleen dan kan men relaxatie van de bekkenbodemmusculatuur bekomen.<sup>14</sup>

---

<sup>41</sup> WEYERS, S., (steven.weyers@ugent.be), Bachelorproefondervraging. E-mail aan SERCU, S., (sanne.sercu@student.katho.be), 21 april 2013.

<sup>42</sup> RAEYMAEKERS, B. (2005). Epidurale anesthesie voor vrouw en vroedvrouw: satisfactie-analyse. Internet, Tijdschrift voor vroedvrouwen, jaargang/nr: 11/2, 2005. ([http://www.vlov.be/vroedvrouwen/Zoek\\_een\\_artikel\\_in\\_ons\\_Tijdschrift/artikel.html?oid=183](http://www.vlov.be/vroedvrouwen/Zoek_een_artikel_in_ons_Tijdschrift/artikel.html?oid=183))

Volgens wetenschappelijke literatuur geeft baren in zijliging meer comfort voor de vrouw, is er minder kans op episiotomie, maar is de kans op rupturen in het perineum wel groter dan bij rugligging.<sup>43</sup>

### 3.8.5 *Primaire sectio caesarea*

Over de primaire sectio zijn er tegenstrijdigheden.

Rosenbaum en Padoa, geciteerd in 'Managing Pregnancy and Delivery in Women with Sexual Pain Disorders', vermelden dat vaginistische vrouwen meer risico hebben om een sectio te ondergaan. De indicaties om over te gaan op sectio zijn het onmogelijk of moeilijk kunnen uitvoeren van een inwendig onderzoek, de onmogelijkheid om vaginaal te bevallen of op vraag van de patiënte.<sup>44</sup>

Volgens prof. dr. Weyers is een sectio zonder duidelijke medische indicaties niet van toepassing bij een vaginistische vrouw. Dit gebeurt slechts per grote uitzondering en zou in dit geval enkel kunnen wanneer de vrouw psychische problemen ontwikkelt rond het idee van een vaginale partus. Indien er sprake is van dergelijke problemen bij de patiënte wordt poging gedaan om de vrouw gerust te stellen en zal zij uiteindelijk toch voor een vaginale partus kiezen. Wanneer er toch een sectio toegestaan wordt, gebeurt dit enkel na uitgebreid informed consent.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> ROSENBAUM, T. Y., en PADOA, A., Managing Pregnancy and Delivery in Women with Sexual Pain Disorders. Internet, *Journal of sexual medicine*, 9 juli 2012. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22759362>)

## 4 PRAKTISCH DEEL

De eerste stap binnen het praktisch deel bestond uit het afnemen van interviews met hulpverleners uit verschillende disciplines die in aanraking komen met vaginistische vrouwen. De tweede stap bestond uit het ontwerpen van een brochure. Aan de hand van de literatuurstudie werd er een brochure opgesteld voor vroedvrouwen met een beleid voor vaginistische vrouwen tijdens de arbeid en de bevalling.

### 4.1 *Interviews met hulpverleners uit verschillende disciplines*

#### 4.1.1 *Doel*

In de literatuur worden veel tegenstrijdigheden weergegeven omtrent vaginisme. Rondom het vroedkundig beleid bij vaginistische vrouwen tijdens de arbeid en de bevalling is weinig terug te vinden. Om meer duidelijkheid te creëren en om onze kennis omtrent vaginisme te verruimen, namen we interviews af met hulpverleners uit verschillende disciplines. Zo hoopten we een antwoord te kunnen formuleren op onze onderzoeksvraag: 'wat is de taak van de vroedvrouw bij het begeleiden van een zwangere vaginistische vrouw tijdens de arbeid en de bevalling?'.<sup>14</sup>

#### 4.1.2 *Hulpverleners*

Een vaginistische vrouw kan zich door verschillende hulpverleners laten begeleiden. Een multidisciplinair beleid wordt aangeraden omdat iedere hulpverlener zijn eigen specialisatie heeft. Daarom dat hulpverleners ervoor pleiten om nauw met elkaar samen te werken zodat een optimale behandeling aangeboden kan worden.<sup>14</sup>

Er werden hulpverleners uit verschillende disciplines gecontacteerd. De respons was laag waardoor er uit bepaalde disciplines slechts één hulpverlener geïnterviewd kon worden. Sommige hulpverleners konden ons door tijdsgebrek niet ontvangen, maar beantwoorden onze vragen via e-mail.

Prof. dr. Dhont Marc is gynaecoloog en professor in de obstetrie en gynaecologie in het UZ Gent. Zijn specialiteiten zijn reproductive endocrinologie, menopauze, contraceptie en infertiliteit.

Mevr. Helsloot Kaat is zelfstandige vroedvrouw en docente aan KATHO te Kortrijk.

Mevr. Stockman Bie is kinesitherapeute in het UZ Gent en gespecialiseerd in vaginisme en vulvair vestibulitis syndroom.



Dr. De Grootte Danielle is dokter in genees-, heel-, en verloskunde, seksuologe en relatietherapeute. Ze behaalde haar licentiaat familiale en seksuologische wetenschappen. Ze heeft een zelfstandige praktijk te Kortrijk.

Mevr. Van Hoorde Birgit is psychologe in het UZ Gent en is stafid psychologe – seksuologe, dit ook in het UZ Gent.

Mevr. Lavaert Mieke is kinesitherapeute en docente aan KATHO te Kortrijk.

Mevr. Loones Lotte is klinisch seksuologe, licentiaat kinesitherapie en bekkenbodetherapeut. Ze leidt een groepspraktijk te Leuven.

Prof. dr. Weyers Steven is gynaecoloog en diensthoofd van de vrouwenkliniek in het UZ Gent. Zijn interesses gaan uit naar fertiliteitschirurgie, premaligne letsels van de baarmoederhals (HPV, colposcopie), anticonceptie en urogynaecologie.

#### 4.1.3 *Data-analyse*

De volledig uitgetypte interviews bevinden zich in bijlage. De belangrijkste gegevens worden weergegeven in de literatuurstudie, maar bijkomende informatie wordt hieronder vermeld.

##### 4.1.3.1 Samenvatting interview prof. dr. Dhont

Alle gegevens uit het interview met prof. dr. Dhont werden reeds verwerkt in de literatuurstudie.

##### 4.1.3.2 Samenvatting interview mevr. Helsloot

Doordat de bekkenbodemspieren na een bevalling soepeler zijn, kan dit een positieve invloed hebben op vaginisme. Maar hierover is mevrouw Helsloot niet zeker. Misschien heeft de vrouw mentaal iets verwerkt.

Wanneer mevrouw Helsloot tijdens het toucheren en tijdens de bevalling merkt dat er moeilijkheden zijn, vraagt ze achteraf of er problemen zijn bij het vrijen. Indien dit antwoord positief is, verwijst mevrouw Helsloot het koppel door naar hun huisarts.

##### 4.1.3.3 Samenvatting interview mevr. Stockman

Alle gegevens uit het interview met mevr. Stockman werden reeds verwerkt in de literatuurstudie.

#### 4.1.3.4 Samenvatting interview dr. De Grootte

Alle gegevens uit het interview met mevr. De Grootte werden reeds verwerkt in de literatuurstudie.

#### 4.1.3.5 Samenvatting interview mevr. Van Hoorde

Vrouwen met vaginisme als gevolg van traumatische ervaringen in het verleden zijn in de minderheid.

Heel vaak zijn er mannen die vaginisme voor een stukje onderhouden, de zogenaamde vaginistische man.

#### 4.1.3.6 Samenvatting interview mevr. Lavaert

Mevrouw Lavaert laat de vrouw oefeningen doen op de bal, zoals wippen en draaien en geeft ademhalingsoefeningen (buikademhaling) om volledig te relaxen. Ze geeft hen ook mee om thuis, onder de douche, een vinger in de vagina in te brengen, dit om zo te oefenen en te voelen naar het opspannen en ontspannen van de bekkenbodemspieren.

Vaginisme kan plots optreden na de partus. Dit gebeurt voornamelijk na een episiotomie. Mevrouw heeft pijn en er is angst. Mevrouw Lavaert raad het koppel aan om glijmiddel te gebruiken, ook een vibrator kan hierbij helpen en ze kunnen ook zelf proberen om de bekkenbodemspieren wat te rekken, aan de hand van rekkingsoefeningen. Ook zoeken ze het best naar verschillende houdingen tijdens de betrekkingen, zoals handen en knieën of de vrouw bovenop. Bij deze houdingen heeft de vrouw het zelf in handen.

Mevrouw Lavaert geeft het koppel ook tips mee rond betrekkingen, zoals een goed voorspel, eventueel vooraf een bad nemen, gebruik maken van glijmiddel of xylocainecrème.

Bij extreem vaginisme kan er sprake zijn van moeilijk plassen (residu) en moeilijke stoelgang ( eventueel de voeten omhoog plaatsen).

Koppels waarbij de vrouw vaginisme heeft, hebben vaak anale seks ( bij niet-extreme gevallen van vaginisme).

#### 4.1.3.7 Samenvatting vragenlijst mevr. Loones

Alle antwoorden in de vragenlijst aan mevr. Loones werden reeds verwerkt in de literatuurstudie.

#### 4.1.3.8 Samenvatting vragenlijst prof. dr. Weyers

Alle antwoorden in de vragenlijst aan prof. dr. Weyers werden reeds verwerkt in de literatuurstudie.

## **4.2 Opstellen van een brochure**

### 4.2.1 Opzet

Wij hebben de indruk dat slechts een beperkt aantal vroedvrouwen reeds in contact is gekomen met vaginistische vrouwen tijdens de partus. Tevens vermoeden wij dat de kennis omtrent vaginisme bij vroedvrouwen beperkt is.

In de opleiding vroedkunde krijgen studenten een basis betreffende dit onderwerp mee, maar specifieke vroedkundige beleidslijnen ontbreken.

Wij stelden een brochure op met vroedkundige richtlijnen bij een vaginistische vrouw tijdens de arbeid en de bevalling. Onze keuze viel bewust op een brochure aangezien we hier voldoende informatie in konden verwerken. We wilden de richtlijnen tevens motiveren aan de hand van uitleg, foto's en tekeningen. Met deze brochure willen we primordiaal kennis bijbrengen bij de vroedvrouw zodat deze kan groeien in haar professionalisme. Hieruit volgt spontaan ons secundair doel, nl. een vrouw met vaginisme een kwalitatieve hulpverlening aanbieden.

Onze brochure zal uitgedeeld worden op alle verloskundige diensten en aan alle zelfstandige vroedvrouwen binnen de regio West-Vlaanderen, namelijk postcode 8000 tot en met 8999. We beperken ons tot de regio West-Vlaanderen wegens het beperkte budget. Onze keuze betreft enkel vroedvrouwen aangezien zij de aangewezen personen zijn voor de begeleiding van parturiënten en hun kennis omtrent vaginisme vermoedelijk beperkt is. Tevens bezorgen wij ook een brochure aan het verloskwartier en de hulpverleners van het UZ Gent die meewerkten aan onze literatuurstudie.

Wij zullen de brochure per post versturen naar onze doelgroep in de periode van 22 tot en met 31 mei 2013. De brochure zal voorzien worden van een begeleidende brief waarin we uitleggen hoe deze brochure tot stand is gekomen. Tevens polsen we via een vragenlijst naar hoe de brochure onthaald werd. Deze feedback willen we bekomen door de vroedvrouwen de mogelijkheid te geven om een vragenlijst online in te vullen via de site: '<http://thesistools.com/>'. Aan de hand van deze evaluatie proberen we een beeld te krijgen van de kwaliteit van onze brochure. We staan open voor feedback en kritische bemerkingen van de doelgroep waartoe we ons richtten. De resultaten zullen aan bod komen op de bachelorproefverdediging.

#### 4.2.2 *Ontwerp*

Onze keuze betreffende de inhoud van de brochure, is gebaseerd op wat wij persoonlijk belangrijk achten binnen het werkveld van de vroedvrouw. We selecteerden de meest relevante informatie uit onze literatuurstudie omtrent vaginisme met betrekking tot de vroedvrouw.

De brochure zal de vroedvrouw een overzicht geven van de definitie, de prevalentie, de etiologie, de differentiaal diagnoses, de gevolgen en de prognose van vaginisme. Vervolgens wordt er uitgebreid aandacht besteed aan onze onderzoeksvraag: 'wat is de taak van de vroedvrouw bij het begeleiden van een zwangere vaginistische vrouw tijdens de arbeid en de bevalling?'. En dit door het opstellen van vroedkundige richtlijnen. Tot slot worden voorstellen voor de toekomst geformuleerd en worden relevante websites en doorverwijsmogelijkheden opgesomd.

### **4.3 *Proces- en productevaluatie***

#### 4.3.1 *Procesevaluatie*

Tijdens het tot stand brengen van deze bachelorproef ondervonden we verschillende problemen.

Zo stotten we op het feit dat er tegenstrijdige en beperkte informatie te vinden was omtrent vaginisme. Daardoor hielp het afnemen van interviews met hulpverleners ons tot het vervolledigen van de bachelorproef. Echter was het zoeken naar professionele zorgverstrekkers geen sinecure. Het vergde veel doorzettingsvermogen om tot de uiteindelijke selectie aan hulpverleners te komen.

Ook binnen ons team werden moeilijkheden ervaren. Het niet respecteren van deadlines en de geringe motivatie van een teamlid zorgde ervoor dat we halverwege het schooljaar achterstonden met de vooropgestelde planning. Door de interne promotoren hierbij te betrekken, herpakte ze zich waardoor er terug met volle moed verder gewerkt kon worden aan de bachelorproef.

Toen een teamlid halverwege april stopte met de opleiding 'Bachelor in de Vroedkunde', was dit opnieuw een tegenslag voor de groep. We bevonden ons toen één maand voor het indienen van de bachelorproef. Van mevrouw Dorme, opleidingscoördinator vroedkunde, mochten we een voorstel naar voor brengen om een deel van onze bachelorproef te laten vallen. Aangezien we ons op dat moment in de laatste fase van de bachelorproef bevonden, wilden we graag alles afwerken zoals we het vooropgesteld hadden. Door er met volle moed te blijven tegenaan gaan, slaagden we er uiteindelijk in onze bachelorproef tot een goed eind te brengen.

#### 4.3.2 *Productevaluatie*

Aan de hand van de interviews kregen we ruimschoots informatie omtrent vaginisme, ongeacht we een lage respons kregen van hulpverleners. We bleven tot midden maart zoeken naar zorgverstrekkers die onze onbeantwoorde vragen rondom vaginisme konden beantwoorden. Uiteindelijk konden we minstens één hulpverlener vanuit iedere discipline interviewen waardoor we een mooi aanbod aan informatie kregen omtrent vaginisme voor het vervolledigen van onze literatuurstudie. Onze vooropgestelde doelstellingen werden dus bereikt.

Aan de hand van de literatuurstudie en de interviews beschikten we over voldoende informatie om een brochure te maken die voldoet aan onze vooropgestelde doelstellingen. Echter kunnen we het ronddelen van de brochure nog niet beoordelen. Ook de gekregen feedback van verschillende diensten en zelfstandige vroedvrouwen omtrent de kwaliteit van de brochure kunnen we nog niet meedelen. Deze resultaten zullen aangehaald worden op de bachelorproefverdediging.

Door het doorzettingsvermogen van de overgebleven teamleden kon dit mooie resultaat neergezet worden.

## BEPERKINGEN

Een eerste beperking van deze bachelorproef bestaat uit de vele tegenstrijdige informatie omtrent vaginisme. Zowel wetenschappelijke literatuur als geïnterviewde hulpverleners spreken elkaar tegen. Zolang er geen eenduidige definitie van vaginisme bestaat, zal logischerwijs de prevalentie, diagnosestelling en behandeling van vaginisme verschillen. Verder onderzoek is nodig om deze tegenstrijdigheid op te heffen.

In de wetenschappelijke literatuur is er slechts beperkte informatie terug te vinden omtrent de vroedkundige richtlijnen van een vaginistische vrouw tijdens de arbeid en de bevalling. Om na te gaan of de richtlijnen verkregen van geïnterviewde hulpverleners hun efficiëntie bewijzen bij vaginistische vrouwen, dient bijkomend onderzoek verricht te worden.

Wij vermoeden dat er te weinig kennis heerst onder vroedvrouwen omtrent de begeleiding van een vaginistische vrouw tijdens de partus. Er is echter evicence-based onderzoek nodig om ons vermoeden te kunnen staven.

Aan de hand van onze basiskennis rondom vaginisme, maakten wij persoonlijk een selectie van wat in de brochure hoort. We beogen optimaal tegemoet te komen aan een professionele begeleiding van vaginistische zwangere, barende en kraamvrouw door de vroedvrouw. Er kunnen sterke inter- en intra-individuele verschillen zijn, niettegenstaande blijft een kritische blik tussen theorie en praktijk zeker aangewezen. We zijn dan ook heel benieuwd naar hoe onze brochure onthaald zal worden. We staan open voor opmerkingen, aanvullingen en tips vanuit het werkveld. Resultaten zullen aan bod komen op de bachelorproefvoorstelling.

## BESLUIT

Aan de hand van de verscheidene interviews kunnen we een antwoord bieden op de onderzoeksvraag: 'wat is de taak van de vroedvrouw bij het begeleiden van een zwangere vaginistische vrouw tijdens de arbeid en de bevalling?'.

Een belangrijke eerste taak van de vroedvrouw is het afnemen van een uitgebreide anamnese bij de vrouw, bij voorkeur reeds prenataal. De vroedvrouw kan door het geven van informatie over epidurale anesthesie, het inwendig onderzoek, verschillende baringshoudingen, inductie en sectio caesarea de vrouw op een gepaste manier voorbereiden. Er kunnen op voorhand afspraken gemaakt worden tussen de vroedvrouw en de zwangere. Zo kan de vrouw inspraak krijgen in het hele gebeuren. Tevens is het van belang om de vrouw voldoende tijd te bieden om vragen te stellen in verband met de arbeid en de bevalling. Hierdoor krijgt de vrouw de kans om haar angsten en gevoelens te uiten. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen de vroedvrouw en de zwangere vaginistische vrouw is van uiterst belang om de angst bij de vrouw te reduceren.

Vaginistische vrouwen zijn voornamelijk angstig voor de inwendige onderzoeken tijdens de arbeid. Het is dus van uitermate belang dat een inwendig onderzoek enkel verricht wordt, indien er daarvoor een indicatie is. Er moet bovendien met voorzichtigheid gehandeld worden. De belangrijkste aandachtspunten bij het inwendig onderzoek bij een vaginistische vrouw, zijn: vooraf uitleg geven over het onderzoek, de nabije aanwezig van de partner tijdens het onderzoek, een correcte houding, een bekkenkanteling bekomen door de vrouw op de bedpan te plaatsen of haar te vragen de vuisten onder het sacrum te brengen zodat het inwendig onderzoek gemakkelijker kan verlopen, de vrouw zich zo min mogelijk bloot laten voelen door gebruik te maken van een doek of een laken, sta of zit naast de vrouw, laat het onderzoek traag verlopen, ga stap voor stap zodat de vrouw zich kan ontspannen. De vroedvrouw kan de vrouw meedelen dat ze op elk moment van het onderzoek mag aangeven om te stoppen, zo krijgt ze controle over het onderzoek.

Bij een vaginistische vrouw wordt er zonder medische indicatie niet geïnduceerd voor 41 zwangerschapsweken. Indien er toch een indicatie is of als de 41 weken amenorroe verstreken zijn, wordt er bij voorkeur geïnduceerd met prostin gel in plaats van prostin tabletten. Een amniotomie wordt pas aangeraden als de parturiënte reeds epidurale anesthesie heeft.

Epidurale anesthesie is absoluut aangewezen bij een vaginistische vrouw. De parturiënte kan zich dankzij de epidurale verdoving ontspannen, omdat de pijn, waarvoor ze zo anstig is, gedeeltelijk wegvalt. Tevens zal de vroedvrouw en/of gynaecoloog gemakkelijker een inwendig onderzoek kunnen verrichten.

De gynaecologische houding is voor bepaalde vaginistische vrouwen te bedreigend. De taak van de vroedvrouw bestaat uit het verlenen van informatie over de verscheidene baringshoudingen. De vrouw moet mee beslissingen kunnen nemen. Baren in zijligging biedt een vaginistische vrouw meer comfort. Tevens is er minder kans op een episiotomie. Wel is het risico op rupturen in het perineum groter dan bij rugligging.

Een primaire sectio caesarea bij een vaginistische vrouw wordt slecht in enkele gevallen toegestaan. Als de vrouw aangeeft dat ze angst heeft voor een vaginale bevalling en een sectio caesarea prefereert, is het de taak van de vroedvrouw om na te gaan waar de vrouw precies angst voor heeft en dit te bespreken met de vrouw. Indien de angst voor een vaginale bevalling niet weg gewerkt kan worden, kan er een sectio toegestaan worden, mits uitgebreid informed consent.



## BIBLIOGRAFIE

BINIK, M.Y., The DSM Diagnostic Criteria for Dyspareunia. Internet, American Psychiatric Association, 15 oktober 2009. (<http://www.dsm5.org/Documents/Sex%20and%20GID%20Lit%20Reviews/SD/BINIK.DYSP.DSM.pdf>)

CROWLEY, T., GOLDMEIER, D., HILLER, J., Diagnosing and managing vaginismus. Internet, British Medical Journal, 25 juli 2009. (<http://www.bmj.com/content/338/bmj.b2284.long>)

DE RONDE, A., De relatie tussen kwaliteit van leven en vaginisme: de rol van sociodemografische variabelen en de invloed van schaamte. Internet, University of Twente, 2008. (<http://essay.utwente.nl/58880/>)

DESROCHERS, G., BERGERON, S., KHALIFÉ, S., DUPUIS, M.J., JODOIN, M., Provoked vestibulodynia: Psychological predictors of topical and cognitive-behavioral treatment outcome. Internet, Behaviour Research and Therapy, 7 oktober 2009. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19879555>)

DHONT, M., (professor gynaecologie), mondelinge mededeling, via bandopname, d.d. 20 december 2012.

FISHER, K., Management of dyspareunia and associated levator ani muscle overactivity. Internet, Journal of the American Physical Therapy Association, 2007. (<http://ptjournal.apta.org/content/87/7/935.full.pdf+html>)

GIANOTTEN, W., en BREWAEYS, A., Seksualiteit, fertiliteit en infertiliteit. In GIJS, L., GIANOTTEN, W., VANWESENBEECK, I., en WEIJENBORG, P., Seksuologie. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2009, blz 553-566.

HANEMA, Y. R., DE JONG, P. J., BORG, C., en WEIJMAR SCHULTZ, W. C. M., Seksuele Functiestoornissen: de mogelijke rol van negatieve emotionele reacties. Internet, Nederlands tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie, juni 2012. ([http://www.ntog.nl/dynamic/media/3/documents/NTOG\\_2012\\_05.pdf](http://www.ntog.nl/dynamic/media/3/documents/NTOG_2012_05.pdf))

Helsloot, K., (zelfstandige vroedvrouw), mondelinge mededeling, via bandopname, d.d. 21 december 2012

HORNSVELD, H., en BERENDSEN, S., Procedures en begrippen. In HORNSVELD, H., en BERENDSEN, S., Casusboek EMDR: 25 voorbeelden uit de praktijk. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2009, blz 27.

KINGDON, J., Vulvodynia, a comprehensive review. Internet, Nursing for Women's Health, 13 februari 2009. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19207504>)

LAVAERT, M., (kinesitherapeute), mondelinge mededeling, via formeel gesprek, d.d. 2 maart 2013.

LOONES, L., (info@lotteloones.be), Bachelorproefondervraging. E-mail aan SERCU, S., (sanne.sercu@student.katho.be), 8 januari 2013.

LOONES, L., Prognose van vaginisme. Internet, (9 maart 2013). (<http://www.vaginisme.be/prognose.htm>)

PACIK, P., Vaginismus: Review of Current Concepts and Treatment Using Botox Injections, Bupivacaine Injections, and Progressive Dilatation with the Patient Under Anesthesia. Internet, Aesthetic plastic surgery, 2011. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21556985>)

POURHOSEIN, R., en EHSAN, Z. B., Using hypnosis in a case of vaginismus: a case report. Internet, Procedia-Social and Behavioral Sciences, januari 2011. (<http://www.pourhosein.ir/sdarticle.pdf>.)

REISSING, E., Consultation and Treatment History and Causal Attributions in an Online Sample of Women with Lifelong and Acquired Vaginismus. Internet, The Journal of Sexual Medicine, volume 9, januari 2012 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2011.02534.x/pdf>)

REISSING, E.D., Vaginismus: Evaluation and Management. In GOLDSTEIN, A. T., PUKALLI, C. F., en GOLDSTEIN, I., Female sexual pain disorders. Chichester, Wiley-Blackwell, 2008, blz 229-234.

RIJNSTATE, Vulvaire vestibulitis syndroom. Internet (29 april 2013). (<http://www.rijnstate.nl/web/Specialismen-en-afdelingen/Gynaecologie.htm>)

SCHULTZ, W., Vaginisme. In HEINEMAN, M. J., Probleemgeoriënteerd denken in de gynaecologie, obstetrie en voortplantingsgeneeskunde: een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek. AT Utrecht, De Tijdstroom, 2012, blz 63-72.

STOCKMAN, B., (Kinesitherapeut), mondelinge mededeling, via bandopname, d.d. 11 februari 2013

STOECKART, R., SWAAB, D., GIJS, L., DE RONDE, P., en SLOB, K., Biologie van de seksualiteit; endocrinologische, anatomische en fysiologische aspecten. In GIJS, L., GIANOTTEN, W., VANWESENBEECK, I., en WEIJENBORG, P., Seksuologie. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2009, blz 339-363.

TER KUILE, M., BOTH, S., BOLLE, G., & WEIJENBORG, P., Seksuele disfuncties bij vrouwen. In GIJS, L., GIANOTTEN, W., VANWESENBEECK, I., en WEIJENBORG, P., Seksuologie. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2009, blz 339-363.

TER KUILE, M., MELLES, R., Vaginisme. In VAN LANKVEKD, J., TER KUILE, M., en LUSINK, P., Seksuele disfuncties: diagnostiek en behandeling. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2010, blz 107-121.

TORUN, F., Treatment of vaginismus with EMDR: a report of 2 cases. Internet, Turkish Journal of Psychiatry, 2010. (<http://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C21S3/en/769.pdf>)

TULLA, M. E., DUNN, M. E., ANTILUS, R., & MUNYIRCI-DELALE, O., Vaginismus and failed in vitro fertilization. Internet, Sexual and Relationship Therapy, volume 21, uitgave 4, November 2006. (<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681990600855059#.UYaTtLWU2So>)

VANDEREYCKEN, W., & VAN DETH, R., Anders denken: cognitieve therapie. In VANDEREYCKEN, W., & VAN DETH, R., Psychotherapie: van theorie tot praktijk. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2009, blz 113-137.

VAN DER PLOEG, P., Encyclopedisch woordenboek van de psychologie. Antwerpen, Apeldoorn Garant Uitgevers, 2007.

VAN DER TUIJN, G., Behandel mogelijkheden. Internet, (07 april, 2013). (<http://bekkenfysiotherapie.webklik.nl/page/behandelmogelijkheden>)

VAN DIXHOORN, J., Relaxerende ademtherapie. In VAN KAMPEN, M. en VERVAEKE, M., Stress: preventie, reductie en ontspanning. Twaalf methoden. Leuven, Acco, 2008, blz 27-38.

VAN HOORDE, B., (psychologe), mondelinge mededeling, via bandopname, d.d. 26 februari 2013.

VAN KAMPEN, M., EMG-biofeedback en relaxatie. In VAN KAMPEN, M., en VERVAEKE, M., Stress: preventie, reductie en ontspanning. Twaalf methoden. Leuven, Acco, 2008, blz 63-72.

VAN LANKVELD, J., BOTH, S., en TER KUILE, M., Cognitieve gedragstherapie bij seksuele disfuncties van vrouwen en mannen: een overzicht. Tijdschrift voor gedragstherapie en cognitieve therapie, 2012.

VAN LANKVELD, J., en GIJS, L., (Cognitief-)gedragstherapeutische benaderingen van seksuele problemen en stoornissen : een historische en conceptuele situering. Tijdschrift voor gedragstherapie en cognitieve therapie, 2012, blz 131-153.

VAN LANKVELD, J., TER KUILE, M., LEUSINCK, P., Seksuele disfuncties: Diagnostiek en Behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

VAN LUNSEN, R., WEIJENBORG, P., VROEGE, J., en MEINHARDT, W., Diagnostiek en interventies. In GIJS, L., GIANOTTEN, W., VANWESENBEECK, I., en WEIJENBORG, P., Seksuologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009, blz 339-363.

VENTOLINI, G., Measuring Treatment Outcomes in Women With Vulvodynia. Internet, The National Center for Biotechnology Information, 3 april 2011. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140924>)

WERNER, M., GROSS, B., FERRARA, M., en BAT, M. S., Treatment protocol for vaginismus. Internet, The Female Patient, volume 37, oktober 2012. (<http://www.femalepatient.com/PDF/037090036.pdf>)

WEYERS, S., (steven.weyers@ugent.be), Bachelorproefondervraging. E-mail aan SERCU, S., (sanne.sercu@student.katho.be), 21 april 2013.

YASSAN, A., ESSIZOGLU, A., & YILDIRIM, E. AKGUN (18 augustus, 2009). Inappropriate treatment of a woman with vaginismus and social and psychiatric consequences in a traditional culture. Internet, Sexual and Relationship Therapy, 18 augustus 2009. (<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681990903271210#.UYaTgLWU2So>)

## DEFINITIELIJST

Hieronder wordt een opsomming weergegeven van woorden met bijhorende definities die niet uitgelegd werden in de literatuurstudie.

Vaginaal septum	Een aangeboren afwijking waarbij zich een tussenschot bevindt in het horizontale of het verticale vlak van de vagina. <sup>6</sup>
Hymen semilunaris altus	Een hoog opgebouwd hymen. <sup>6</sup>
Vaginale agenesie	Afwezigheid van de vagina. <sup>6</sup>
Endometriose	Aanwezigheid van endometrium (baarmoederslijmvlies) buiten de baarmoederholte.
Psychotherapie	Bij psychotherapie vormen gesprekken de basis om psychische klachten of problemen op te lossen. De klachten worden minder en kunnen op termijn opgelost worden. <sup>27</sup>
Relatietherapie	Relatietherapie streeft naar een betere communicatie, een beter onderling vertrouwen en meer wederzijds begrip tussen de partners <sup>11</sup> .
Hypnotherapie	Bij hypnotherapie ontstaat er een diepe ontspanning waardoor stress en tevens de intensiteit van emotionele en psychologische concentratie op conceptie verminderd worden. Hierdoor wordt het lijden verminderd en treedt er een genezingsbevordering op. <sup>38</sup>

## LIJST MET FIGUREN

FIGUUR 1: Bekkenbodemmuscultuur.....	25
FIGUUR 2: Het circulaire model van seksuele pijnstoornis.....	26

## **BIJLAGENLIJST**

- BIJLAGE 1: Female Sexual Function Index (FSFI)
- BIJLAGE 2: Sexual and Physical Abuse Questionnaire (SPAQ)
- BIJLAGE 3: Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)
- BIJLAGE 4: Interview prof. dr. Dhont
- BIJLAGE 5: Interview mevr. Helsloot
- BIJLAGE 6: Interview mevr. Stockman
- BIJLAGE 7: Dr. De Groote
- BIJLAGE 8: Interview mevr. Van Hoorde
- BIJLAGE 9: Interview mevr. Lavaert
- BIJLAGE 10: Vragenlijst mevr. Loones
- BIJLAGE 11: Vragenlijst prof. dr. Weyers
- BIJLAGE 12: Notulistenverslagen

## BIJLAGE 1: FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

INSTRUCTIE: Deze vragen gaan over uw seksuele gevoelens en seksuele reacties gedurende de afgelopen 4 weken. Beantwoord deze vragen alstublieft zo eerlijk en duidelijk mogelijk. Uw antwoorden zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden.

Bij het beantwoorden van de vragen zijn de volgende definities van toepassing:

Seksuele activiteit: dit kan zijn strelen, voorspel, masturbatie en vaginale geslachtsgemeenschap.

Geslachtsgemeenschap: hiermee wordt vaginale penetratie bedoeld (het binnengaan van de penis in de vagina).

Seksuele stimulatie: hieronder worden onder meer situaties verstaan als voorspel met een partner, zelfbevrediging (masturbatie), of fantaseren over seks.

### PER VRAAG SLECHTS ÉÉN HOKJE AANKRUISEN S.V.P

Seksuele verlangens: hieronder wordt verstaan zin hebben in seks, in willen gaan op het seksuele initiatief van een partner, en denken aan of fantaseren over het hebben van seks.

1. Hoe **vaak** had u de afgelopen 4 weken seksuele verlangens?

- Bijna altijd of altijd
- Meestal (meer dan de helft van de tijd)
- Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
- Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
- Bijna nooit of nooit

2. Hoe **sterk** vond u dat uw seksuele verlangens de afgelopen 4 weken waren?

- Zeer sterk
- Sterk
- Middelmatig
- Zwak
- Zeer zwak of niet aanwezig

Seksuele opwinding: hieronder wordt verstaan zowel de lichamelijke als geestelijke gevoelens van seksuele opwinding. Dit kunnen gevoelens zijn van warmte of tintelingen in de geslachtsdelen, vochtig ("nat") zijn, of het samentrekken van spieren.

3. Hoe **vaak** voelde u zich de afgelopen 4 weken seksueel opgewonden ("geil") tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?

- Geen seksuele activiteit



- Bijna altijd of altijd
- Meestal (meer dan de helft van de tijd)
- Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
- Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
- Bijna nooit of nooit

4. Hoe **sterk** vond u dat uw seksuele opwinding (het "geil" zijn) was de afgelopen 4 weken tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?

- Geen seksuele activiteit
- Zeer sterk
- Sterk
- Middelmatig
- Zwak
- Zeer zwak of niet aanwezig

5. Hoe **zeker** was u er de afgelopen 4 weken van dat u seksueel opgewonden zou worden tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?

- Geen seksuele activiteit
- Heel zeker
- Zeker
- Middelmatig
- Onzeker
- Heel onzeker

6. Hoe **vaak** was u de afgelopen 4 weken tevreden over uw seksuele opwinding tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?

- Geen seksuele activiteit
- Bijna altijd of altijd
- Meestal (meer dan de helft van de tijd)
- Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
- Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
- Bijna nooit of nooit

7. Hoe **vaak** werd u de afgelopen 4 weken vochtig ("nat") tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?

- Geen seksuele activiteit

- Bijna altijd of altijd
- Meestal (meer dan de helft van de tijd)
- Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
- Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
- Bijna nooit of nooit

8. Hoe **moeilijk** was het de afgelopen 4 weken om vochtig (“nat”) te worden tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?

- Geen seksuele activiteit
- Heel erg moeilijk of onmogelijk
- Erg moeilijk
- Moeilijk
- Een beetje moeilijk
- Niet moeilijk

9. Hoe **vaak** bleef u de afgelopen 4 weken vochtig (“nat”) totdat de seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap voltooid was?

- Geen seksuele activiteit
- Bijna altijd of altijd
- Meestal (meer dan de helft van de tijd)
- Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
- Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
- Bijna nooit of nooit

10. Hoe **moeilijk** was het de afgelopen 4 weken om vochtig (“nat”) te blijven totdat de seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap voltooid was?

- Geen seksuele activiteit
- Heel erg moeilijk of onmogelijk
- Erg moeilijk
- Moeilijk
- Een beetje moeilijk
- Niet moeilijk

11. Hoe **vaak** heeft u de afgelopen 4 weken een orgasme (klaarkomen) gehad bij seksuele stimulatie of geslachtsgemeenschap?

- Geen seksuele activiteit

- Bijna altijd of altijd
- Meestal (meer dan de helft van de tijd)
- Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
- Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
- Bijna nooit of nooit

12. Hoe **moeilijk** was het de afgelopen 4 weken voor u om een orgasme (klaarkomen) te krijgen bij seksuele stimulatie of geslachtsgemeenschap?

- Geen seksuele activiteit
- Bijzonder moeilijk of onmogelijk
- Zeer moeilijk
- Moeilijk
- Enigszins moeilijk
- Niet moeilijk

13. Hoe **tevreden** was u de afgelopen 4 weken over uw vermogen een orgasme te krijgen tijdens seksuele activiteit of geslachtsgemeenschap?

- Geen seksuele activiteit
- Zeer tevreden
- Redelijk tevreden
- Ongeveer even tevreden als ontevreden
- Tamelijk ontevreden
- Zeer ontevreden

14. Hoe **tevreden** was u de afgelopen 4 weken over de sterkte van de emotionele band tussen u en uw partner tijdens seksuele activiteit?

- Geen seksuele activiteit
- Zeer tevreden
- Redelijk tevreden
- Ongeveer even tevreden als ontevreden
- Tamelijk ontevreden
- Zeer ontevreden

15. Hoe **tevreden** was u de afgelopen 4 weken over uw seksuele relatie met uw partner?

- Zeer tevreden
- Redelijk tevreden

- Ongeveer even tevreden als ontevreden
- Tamelijk ontevreden
- Zeer ontevreden

16. Hoe **tevreden** was u de afgelopen 4 weken met uw seksleven in het algemeen?

- Zeer tevreden
- Redelijk tevreden
- Ongeveer even tevreden als ontevreden
- Tamelijk ontevreden
- Zeer ontevreden

Vaginale penetratie: hiermee wordt bedoeld het binnengaan van de penis in de vagina.

17. Hoe **vaak** had u de afgelopen 4 weken een ongemakkelijk gevoel of pijn tijdens vaginale penetratie?

- Niet geprobeerd om geslachtsgemeenschap te hebben
- Bijna altijd of altijd
- Meestal (meer dan de helft van de tijd)
- Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
- Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
- Bijna nooit of nooit

18. Hoe **vaak** had u de afgelopen 4 weken een ongemakkelijk gevoel of pijn nadat de vaginale penetratie voltooid was?

- Niet geprobeerd om geslachtsgemeenschap te hebben
- Bijna altijd of altijd
- Meestal (meer dan de helft van de tijd)
- Af en toe (ongeveer de helft van de tijd)
- Een paar keer (minder dan de helft van de tijd)
- Bijna nooit of nooit

19. Hoe **sterk** zou u het ongemakkelijke gevoel of de mate van pijn noemen die u de afgelopen 4 weken ervoer tijdens of na afloop van de vaginale penetratie?

- Niet geprobeerd om geslachtsgemeenschap te hebben
- Zeer sterk
- Sterk

- Middelmatig
- Zwak
- Zeer zwak of niet aanwezig

**Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.**

Developed by Bayer AC, Zonagen, Inc. and Target Health Inc. Copyright© 2000 All Rights Reserved. Translated by E.Laan and L.Beekman; Copyright© 2001 All Rights Reserved.

## BIJLAGE 2: SEXUAL AND PHYSICAL ABUSE QUESTIONNAIRE (SPAQ)

Dit is een vragenlijst naar bepaalde gebeurtenissen in uw kindertijd en daarna. De vragen hebben betrekking op negatieve seksuele ervaringen en op ervaringen van slaag of mishandeling.

De vragen gaan over onderwerpen die als moeilijk kunnen worden ervaren. Toch willen wij u verzoeken deze vragen zo eerlijk mogelijk te beantwoorden. Uw antwoorden worden strikt vertrouwelijk behandeld.

Leest u de vragen goed door. Wanneer u twijfelt over het antwoord, vult u dan het antwoord in dat naar uw gevoel het meest op u van toepassing is.

### Voorbeeld:

Bent u ooit met de fiets gevallen?

- 1 nee
- 2 ja; indien ja, hoe oud was u toen dat voor het eerst gebeurde?
  - 1 jonger dan 6 jaar
  - 2 6 jaar of ouder, maar jonger dan 12 jaar
  - 3 12 jaar of ouder, maar jonger dan 16 jaar
  - 4 16 jaar of ouder

Uit dit voorbeeld blijkt dat men vóór het 6e jaar al eens met de fiets is gevallen. Dat kan maar één keer zijn geweest, maar ook vaker en ook nog wel na het 6e levensjaar.

---

1. Heeft ooit iemand uw geslachtsdelen op een seksuele manier betast, terwijl u dat niet wilde?

- 1 nee (ga door naar vraag 2.)
- 2 ja; indien ja, hoe oud was u toen dat voor het eerst gebeurde?
  - 1 jonger dan 6 jaar
  - 2 6 jaar of ouder, maar jonger dan 12 jaar
  - 3 12 jaar of ouder, maar jonger dan 16 jaar
  - 4 16 jaar of ouder

2. Heeft iemand u ooit gedwongen om zijn of haar geslachtsdelen op een seksuele manier te betasten, terwijl u dat niet wilde?

- 1 nee (ga door naar vraag 3.)
- 2 ja; indien ja, hoe oud was u toen dat voor het eerst gebeurde?
  - 1 jonger dan 6 jaar

- 2 6 jaar of ouder, maar jonger dan 12 jaar
- 3 12 jaar of ouder, maar jonger dan 16 jaar
- 4 16 jaar of ouder

3. Heeft iemand u ooit geprobeerd te dwingen tot geslachtsgemeenschap, terwijl u dat niet wilde?

- 1 nee (ga door naar vraag 4.)
- 2 ja; indien ja, hoe oud was u toen dat voor het eerst gebeurde?
  - 1 jonger dan 6 jaar
  - 2 6 jaar of ouder, maar jonger dan 12 jaar
  - 3 12 jaar of ouder, maar jonger dan 16 jaar
  - 4 16 jaar of ouder

4. Heeft u ooit een andere, ongewenste of bedreigende seksuele ervaring meegemaakt die hierboven niet werd genoemd?

- 1 nee (ga door naar vraag 5.)
- 2 ja; indien ja, kunt u kort beschrijven waar het om gaat?

---

---

---

---

Hoe oud was u toen dat voor het eerst gebeurde?

- 1 jonger dan 6 jaar
- 2 6 jaar of ouder, maar jonger dan 12 jaar
- 3 12 jaar of ouder, maar jonger dan 16 jaar
- 4 16 jaar of ouder

5. Als u een van bovenstaande ervaringen heeft meegemaakt, heeft u dat dan ooit met iemand besproken? (u kunt hier meer dan één antwoord omcirkelen)

- 1 nee (ga door naar vraag 6.)
- 2 ja; indien ja, met wie?
  - 1 met familie
  - 2 met vriend(en) of vriendin(nen)
  - 3 met niet-medische hulpverleners  
(bijvoorbeeld: leerkracht, ouderling, dominee, priester)
  - 4 met medische hulpverleners  
(bijvoorbeeld: huisarts, specialist, maatschappelijk werker, psycholoog, psychiater)

6. Bent u ooit door iemand zodanig behandeld (bijvoorbeeld geslagen, gestompt, geschopt of geduwd) dat u er lichamelijk letsel bij heeft opgelopen? (*Onder lichamelijk letsel wordt bijvoorbeeld verstaan: blauwe plekken, striemen, gebroken neus, gebroken tanden, botbreuken, snijwonden, brandwonden, bewustzijnsverlies*).

- 1 nee (ga door naar vraag 7.)
- 2 ja; indien ja, hoe oud was u toen dat voor het eerst gebeurde?
  - 1 jonger dan 6 jaar
  - 2 6 jaar of ouder, maar jonger dan 12 jaar
  - 3 12 jaar of ouder, maar jonger dan 16 jaar
  - 4 16 jaar of ouder

7. Heeft u ooit iets ondergaan wat hierboven niet is genoemd en wat u als gewelddadig heeft beleefd?

- 1 nee (ga door naar vraag 8.)
- 2 ja; indien ja, kunt u kort beschrijven waar het om gaat?

---

---

---

---

Hoe oud was u toen dat voor het eerst gebeurde?

- 1 jonger dan 6 jaar
- 2 6 jaar of ouder, maar jonger dan 12 jaar
- 3 12 jaar of ouder, maar jonger dan 16 jaar
- 4 16 jaar of ouder

C.G. Kooiman, A.W. Ouwehand, M.M. ter Kuile (2000)



## BIJLAGE 3: GOLOMBOK RUST INVENTORY OF SEXUAL SATISFACTION (GRISS)

In deze lijst vindt u een aantal vragen over de seksuele relatie met uw partner. Lees elke vraag zorgvuldig door en kies het antwoord dat het beste weergeeft hoe de situatie de laatste tijd was; omcirkel vervolgens het cijfer dat hoort bij het door u gekozen antwoord. Denk niet te lang over de vragen na en sla alstublieft geen enkele vraag over!

	<i>nooit</i>	<i>af en toe</i>	<i>regelmatig</i>	<i>meestal</i>	<i>altijd</i>
1. Heeft u zin in seks?	1	2	3	4	5
2. Vraagt u uw partner wat hij prettig vindt en niet prettig vindt in uw seksuele relatie?	1	2	3	4	5
3. Zijn er weken waarin u helemaal geen seks heeft?	1	2	3	4	5
4. Raakt u gemakkelijk seksueel opgewonden?	1	2	3	4	5
5. Bent u tevreden over de hoeveelheid tijd die u en uw partner aan voorspel besteden?	1	2	3	4	5
6. Is uw vagina zo nauw dat de penis van uw partner niet naar binnen kan?	1	2	3	4	5
7. Probeert u seksueel contact met uw partner te vermijden?	1	2	3	4	5
8. Bent u in staat een orgasme te ervaren bij uw partner?	1	2	3	4	5
9. Geniet u van het knuffelen en liefkozen van het lichaam van uw partner?	1	2	3	4	5
10. Vindt u de seksuele relatie	1	2	3	4	5

met uw partner bevredigend?

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 11. Kan u, zonder ongemak, uw vinger inbrengen in uw vagina?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Vindt u het vervelend om de penis van uw partner te strelen en te liefkozen?                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Wordt u gespannen en angstig als uw partner seksueel contact wil?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Kan u een orgasme krijgen?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Heeft u vaker dan 2 keer per week geslachtsgemeenschap?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Vindt u het moeilijk om uw partner te zeggen wat u prettig vindt en niet prettig vindt in uw seksuele relatie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Kan de penis van uw partner, zonder ongemak, uw vagina binnen?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ervaart u een gebrek aan liefde en genegenheid in de seksuele relatie met uw partner?                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Geniet u van het strelen en liefkozen van uw geslachtsdelen door uw partner?                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Weigert u seksueel contact met uw partner?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Kunt u een orgasme bereiken wanneer uw partner tijdens het voorspel uw clitoris                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

stimuleert?

22. Voelt u zich tevreden over de hoeveelheid tijd die uw partner besteedt aan de gemeenschap op zich?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. Heeft u gevoelens van afkeer over wat u doet tijdens het vrijen?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. Is uw vagina nogal nauw zodat de penis van uw partner niet erg ver naar binnen kan?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. Vindt u het vervelend om door uw partner geknuffeld en geliefkoosd te worden?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26. Wordt uw vagina vochtig tijdens het vrijen?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27. Geniet u van geslachtsgemeenschap met uw partner?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28. Lukt het u om een orgasme te krijgen tijdens geslachtsgemeenschap?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

GOLOMBOK RUST INVENTORY OF SEXUAL SATISFACTION © S. Golombok and J. Rust 1986.

Vertaald met toestemming van de Uitgever NFER-NELSON Publishing Company Limited, Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor, Berkshire SL4 1DF. Alle rechten voorbehouden.

Nederlandse vertaling en aanpassingen 1993 M.M. ter Kuile, J.A. Vroege & J.J.D.M. Lankveld

## BIJLAGE 4: INTERVIEW PROF. DR. DHONT

Interview met prof. dr. Dhont M., gynaecoloog

Praktijk UZ Gent

20/12/2012 om 14u15

Aanwezig: Charlotte Vanhoo en Bieke Victoor

Afwezig: Sanne Sercu (wegens ziekte)

**Charlotte Vanhoo:** “Goedemiddag professor, voor onze bachelorproef schrijven wij een beleid uit voor de vroedvrouwen tijdens de arbeid. Dus wat dat ze juist euh van aandachtspunten kunnen euh toepassen voor vrouwen met vaginisme. Dus vooral dan tijdens de arbeid gericht. Euh ja, en eigenlijk daaromtrent zou ik een paar vragen willen stellen, euh wat dat u erover denkt.”

**Prof. dr. Dhont:** “Ja, zegt u maar.”

**Charlotte Vanhoo:** “Euh bv. een inwendig onderzoek is bij veel zo’n vrouwen euh moeilijk om te doen. Maar hoe wordt dan het beleid, allé hoe kun je euh dan juist weten hoeveel ontsluiting enzo dat ze heeft om het verder beleid euh...”

**Prof. dr. Dhont:** “Euh, door een vaginaal onderzoek. Ja, de ontsluiting kun je toch alleen maar weten door een vaginaal onderzoek hé. Maar het zou verwonderlijk zijn, natuurlijk als iemand die zwanger wordt, euh ofwel is die vrouw zwanger geworden door inseminatie of vóór inseminatie is er nooit geen adequaat vaginaal onderzoek gebeurd. Euh en dan denk ik dat er bij die vrouw, natuurlijk dan moet men dat vooraf afspreken wat ze hoe dat ze wil bevallen, of het een vaginale partus dan wel een keizersnede. Want natuurlijk, als ze vaginale partus, ja ze is een beetje laat op het ogenblik van de arbeid dan nog een vaginale toucher te doen bij iemand die het weigert. Dus het is een beetje een beroepsfout vind ik, om op het moment van de arbeid te moeten vaststellen dat de vaginale toucher niet kan.”

**Charlotte Vanhoo:** “Dus eigenlijk euh wordt er eigenlijk op voorhand dan euh, allé stel dat de vrouw nu nog nooit een inwendig onderzoek heeft gehad dan kan er euh..”

**Prof. dr. Dhont:** “Wat uitzonderlijk is. Ik denk dat die vrouw dan niet goed behandeld is. Ik ken geen enkele vrouw met vaginisme dat finaal niet geholpen is en dat door coïtus zwanger geworden is en dat op zijn minst ook een echografie van je... een vaginale echografie, en een vaginale toucher toelaat. Dat moet gebeuren, die training moet gebeuren vóór je zwanger wordt. Maar als je toch wordt geconfronteerd met iemand bij wie dat niet gebeurd is, dan zit je maar met één oplossing. Ofwel moet ze vaginaal bevallen en gaan we moeten gissen wat de ontsluiting is, ofwel gaat ze toch een keizersnede moeten ondergaan.”

**Bieke Victoor:** “Of zou je dan ook niet euh epidurale anesthesie voorstellen aan die vrouw?”

**Prof. dr. Dhont:** “Ja, dat wel. Ja maar dat wel. Dat wel en misschien dat het dan wel gemakkelijker is. ‘k Moet zeggen, ‘k heb vele vrouwen gehad met vaginisme éh, allemaal behandeld. ‘k Heb bij een enkele moeten om die redenen keizersnede doen maar epidurale anesthesie, of ze nu vaginistisch is of niet, ‘k bedoel dat is een optie dat je moet bieden aan alle patiënten. Maar nu, in dat geval, zou het misschien inderdaad nuttiger zijn met een epidurale anesthesie.”

**Charlotte Vanhoo:** “Zodat ze hun beter kunnen ontspannen?”

**Prof. dr. Dhont:** “Ja.”

**Bieke Victoor:** “En eum ja, in de literatuur staat er soms dat de coïtus gedeeltelijk euh niet mogelijk is of geheel niet mogelijk is. Maar wat is het? Is vaginisme enkel dat coïtus totaal niet mogelijk is of kan het ook in vele gevallen dat het gedeeltelijk niet mogelijk is? Maar dan ga, sluit dat meer aan bij dyspareunie hé.”

**Prof. dr. Dhont:** “Euh, ‘t hangt ervan af of dat nu echt vaginisme is. Dat is alles of niets. Gedeeltelijk lukkend, dat is eigenlijk ja. Dan is die vrouw niet goed behandeld en zeker niet genezen van die vaginisme of er is een probleem bij die man natuurlijk, dat kan ook zijn. Maar vaginisme is natuurlijk meer dan alleen geen coïtus kunnen hebben. Vaginisme is dus een reactie van een vrouw, die alle benadering van penetratie afwijst, of het nu met haar eigen vingers is of van haar partner of seksueel of bij een gynaecologisch onderzoek, die verkrampt als men probeert haar inwendig te onderzoeken.”

**Bieke Victoor:** “Dus er is eigenlijk wel sprake van een spasme bij de ...”

**Prof. dr. Dhont:** “Allé een opzettelijk spasme. Een spasme, bij spasme spreken we vooral van gladde spieren.

Maar ge zegt, die vrouwen trekken zich samen, het is een doelbewuste maar oncontroleerbare samentrek van de bekkenbodemspieren. Niet alleen dat maar ook dikwijls van haar rugspieren, van haar dijspieren om zich af te weren.”

**Charlotte Vanhoo:** “Euh, dan ook euh bij vaginisme... Zijn er specifieke moeilijkheden bij de uitdrijving zelf? Alé, dat u zelf al ondervonden heeft?”

**Prof. dr. Dhont:** “Dat niet. De dwingende kracht van de uitdrijving, die natuurlijke kracht om iets naar buiten te brengen is zo groot dat ook, bij vaginistische vrouwen, dat dat lukt. Euh, ik denk niet echt... Ik herinner mij niet dat ik daar ooit problemen mee gehad heb.”

**Charlotte Vanhoo:** “En euhm... Bepaalde houdingen die bijvoorbeeld minder, ja, hoe moet je het zeggen, minder beangstigend zijn voor de vrouw met vaginisme... Bijvoorbeeld zijligging of alé, gynaecologische houding?”

**Prof. dr. Dhont:** “Ik denk dat dat inderdaad, dat zijligging, dat dat minder bedreigend is voor de vrouw. Euhm, wij hebben natuurlijk.. Een veel voorkomende zijligging is nog altijd de

Sims-houding, de zijligging. Wij hebben hier niet de traditie van. Maar ik kan mij voorstellen dat, bij een vrouw die vaginistisch is, dat die zijligging euh inderdaad minder bedreigend is en dat ze zich beter kunnen ontspannen.”

**Charlotte Vanhoo:** “Euh, mogen we nog enkele vragen stellen euh van de behandeling?”

**Prof. dr. Dhont:** “Ja, ja, ja”

**Charlotte:** “Euh, in de literatuur lees je soms dat er botoxinjecties worden gebruikt bij vaginisme.”

**Prof. dr. Dhont:** “Ja, dat is totaal verkeerd. Totaal uit den boze.”

**Charlotte Vanhoo:** “Bijvoorbeeld ook hymenectomie of vestibulectomie.”

**Prof. dr. Dhont:** “Zeer slecht.”

**Charlotte Vanhoo:** “Dus, alé... dan ook bijvoorbeeld een vraag die bij jou aansluit. Van euh.. Dat lichamelijke, alé, lichamelijke, hoe zeg je dat.. Euh, dat lichamelijke aandoeningen uitgesloten moeten worden vooraleer vaginisme.. Of kan er een euhm...”

**Prof. dr. Dhont:** “Ge hebt twee vormen van vaginisme. Ge hebt primair vaginisme dat leunt op psychisch mechanisme, op een soort fobie, een penetratiefobie. Dat heeft niets te maken met lichamelijke letsels. Ge hebt ook, meestal milder, het secundair vaginisme. Dat is het gevolg van een organisch letsel, bijvoorbeeld vestibulitis, of een litteken, of een infectie. Dat zijn dan organische afwijkingen, euh, die totaal anders moeten behandeld worden. Voor het tweesporenbeleid eerder het organisch lijden opheffen. En anderzijds, het verkeerde spoor, dat dikwijls al een beetje getrokken is, van een vaginistische reactie, maar dat is meestal gemakkelijker te behandelen. Maar bij primair vaginisme heeft noch botox, noch hymenectomie enige zin. In tegendeel, het is contraproductief. Het probleem zit niet onderaan, maar bovenaan.”

**Charlotte Vanhoo:** “En euh, waar denkt u dan aan, als behandeling, voor vrouwen met vaginisme?”

**Prof. dr. Dhont:** “Dat is tender loving care, dus één. Euh, trachten te achterhalen wat de oorsprong is van dat vaginisme, luidt in opvoeding, luidt in een seksueel trauma in het verleden. Euh, of is het een primair gegeven, van meet af aan dat ik ook verschillende heb gekend, die zeer moeilijk te behandelen zijn. Euh, manier van te trachten te achterhalen wat de reden zou kunnen zijn van het vaginisme. De behandeling blijft in alle geval dezelfde. Dus, wat we noemen, een beleid zoals bij iedere fobie, dus desensitisatie. U weet wat dat is hé? Dat is een vrouw of man, bij een geval van fobie, geleidelijk aan in contact brengen met die bedreigende factor. Maar in kleine dosissen. Als het ware, met homeopathie. Homeopathische benadering. Dat kan zijn, eerst die vrouw zich leren te ontspannen op de gynaecologische stoel. Want mijn opinie is dat dat door de gynaecoloog moet behandeld

worden. Door niemand anders maar wel door een gynaecoloog die er ervaring van heeft. Dus eerst op de gynaecologische stoel leren haar dijspieren te ontspannen. Dan die vrouw leren of gewend geraken dat ge haar aanraakt. Ten tweede dat ze zichzelf aanraakt. Dat aanrakingstaboe overwinnen. Stapje per stapje. Dan voorzichtig proberen, eens dat ze vertrouwen heeft en zich kan ontspannen, proberen met 1 vinger, zachtjes. En dan instrueren om thuis het zelf te doen, met een vinger of een kleine pelotte. En zo geleidelijk aan. Maar de nadruk is eigenlijk op het zich leren ontspannen en die reflex, die psychische reflex om zich op te spannen, gaan geleidelijk aan te overwinnen. Dat is eigenlijk het... Dat duur gemiddeld zes maanden. De psycholoog kan dit niet want die heeft geen ervaring met het gynaecologisch onderzoek. Je kunt ook op iemand inpraten en zeggen: 'je moet je ontspannen'. Maar ze moeten... Het is eigenlijk een training.. een relaxatietraining."

**Bieke Victoor:** "Euhm, van de prevalentie. Er is eigenlijk niemand die met zekerheid kan zeggen, eum, hoe vaak dat dat nu voorkomt. Er zijn cijfers van 40%."

**Prof. dr. Dhont:** "40?"

**Bieke Victoor:** "Ja, er zijn cijfers van... Maar in de literatuur hé."

**Prof. dr. Dhont:** "40, maar van wat juist? Van vrouwen met seksuele problemen?"

**Bieke Victoor:** "Met vaginisme"

**Prof. dr. Dhont:** "Neeneen, maar wat is de prevalentie van... Of van alle vrouwen zou er 40% vaginisme hebben?"

**Bieke Victoor:** "Euh, ja wij hebben het zo gevonden in de wetenschappelijke literatuur."

**Prof. dr. Dhont:** "Wel, het is heel eenvoudig. 'k Zou zeggen, uw klas... Wie heeft er vaginisme? Misschien kunt u er niet op antwoorden maar dat is onmogelijk. Dat zou wel triestig gesteld zijn dat die vrouwen, dat 40% vaginisme heeft."

**Bieke Victoor:** "Ja, maar wij hebben aangenomen dat ongeveer 0,5 tot 1 procent van de vrouwen..."

**Prof. dr. Dhont:** "Ja, echt vaginisme heeft. Primair vaginisme."

**Bieke Victoor:** "Ah, da's enkel primair?"

**Prof. dr. Dhont:** "Ja. Als ik over secundair vaginisme, dat dikwijls tijdelijk is. Veronderstel dat u nu een infectie hebt, vaginaal... dan gaat ge ook een beetje vaginistisch reageren als ge probeert betrekking te hebben. Euh, en dat kan dikwijls tijdelijk zijn, dat kan frequenter zijn. Maar typisch voor bij jonge vrouwen is vestibulitis. En dat is bijna een epidemie omdat we het zo dikwijls zien. U weet wat dat is vestibulitis?"

**Bieke Victoor en Charlotte Vanhoo:** "Ja"

**Prof. dr. Dhont:** "Ja?"

**Bieke Victoor:** “Ja, vestibulitis, dat is toch een ontsteking?”

**Prof. dr. Dhont:** “Neen, welja een ontsteking. Men noemt.. Het is een ontsteking. De naam vestibulitis betekent een irritatie ter hoogte van de ingang van de schede. Die vooral bij jonge meisjes voorkomt. Die inderdaad pijnlijke coïtus geeft. En uiteraard als reactie ook vaginisme. En dat is zeer frequent. En dat zal zeker 5% zijn.”

**Charlotte Vanhoo:** “Euh, in literatuur lezen we ook vaak dat inwendig onderzoek niet mag toegepast worden als euh, een middel van diagnosestelling van vaginisme. Maar...”

**Prof. dr. Dhont:** “Gelijk en ongelijk. Want hoe kun je nu, jamaja, hoe kun je nu weten dat iemand vaginisme... Uiteraard, als een vrouw... Ge ziet dat meteen. En een inwendig onderzoek ga je niet opdringen aan iemand. Nooit, zelf bij iemand die niet vaginistisch is. Je vraagt altijd de toestemming of je ziet dat de vrouw de toestemming geeft of dat ze zich ontspant. Maar bij vaginisme ga je niet zonder toestemming dwingend een vaginaal onderzoek doen. Neen, je gaat het zien. Je gaat het die vrouw uitleggen. Je gaat het misschien in eerste instantie inderdaad niet doen. En dan begint het zoals ik heb gezegd met kleine, kleine stapjes.

Maar ge hebt geen inwendig onderzoek nodig om een diagnose te stellen.”

**Charlotte Vanhoo:** “En euh, hoe wordt dat dan volgens u correct gesteld de diagnose? Aan de hand van?”

**Prof. dr. Dhont:** “De anamnese, de anamnese. Het verhaal van de patiënte. En dan natuurlijk het onderzoek naar... Dat betekent, kijken, bij het aanraken, hoe die vrouw reageert, zelfs zonder een speculum te plaatsen, of zonder te toucheren.”

**Charlotte Vanhoo:** “Euh, ik denk dat we de voornaamste vragen gesteld hebben. Dat we echt willen... alé, die een beetje onduidelijk waren in de literatuur. Want dat is echt wel...”

**Bieke Victoor:** “Maar er zijn niet veel recente wetenschappelijke literatuur over vaginisme te vinden.”

**Prof. dr. Dhont:** “Ja, dat zou kunnen. Let op, er zijn goeie hoofdstukken over vaginisme maar dikwijls ja, de ene wijkt een beetje af van de andere. Euh, nu de praktijkervaring is het belangrijkste.”

**Charlotte Vanhoo:** “Ja, daarmee dat we ook, alé, hulpverleners zochten die, euh alé, een interview wouden doen. Omdat we dat zelf ook wel belangrijk vinden om er een goed beeld van te krijgen.”

**Prof. dr. Dhont:** “Ja, natuurlijk.”

**Bieke Victoor en Charlotte Vanhoo:** “Bedankt voor dit interview.”



## BIJLAGE 5: INTERVIEW MEVR. HELSLOOT

Interview met Mevr Helsloot K., vroedvrouw en docente

Katho, HIVV, Kortrijk

21/12/2012 om 12u30

Aanwezig: Charlotte Vanhoo en Bieke Victoor

Afwezig: Sanne Sercu (wegens ziekte)

**Bieke Victoor:** “Heb je ervaring met vaginisme?”

**Mevr. Helsloot:** “Eum, ja je komt in de praktijk wel es mensen tegen, zwangere tegen, eum waarvan je het vermoeden hebt maar het is nog nooit expliciet gezegd geweest van: ‘Ik heb vaginisme dus wees voorzichtig met toucheren ofzo’. Eum, ik denk dat dat heel weinig gezegd wordt. Ja, het is iets waarover je niet praat denk ik. En de vraag is of dat de vrouw zelf ook weet dat ze dat heeft en dat dat die naam heeft. Maar in de praktijk kom je wel eens euh vrouwen tegen die heel moeilijk te toucheren zijn. Die ook op voorhand aangeven van: ‘k vind dat niet zo fijn en moet dat?’. En euh dan merk je echt een beetje ja, dat ze, ja dat ze dat een beetje proberen tegen te houden. En die knieën worden dicht geknepen en dan moet je daar soms echt over gaan praten, eum ja, moet je die daar echt een beetje doorheen gaan praten.”

**Bieke Victoor:** “En als dat dan lukt om hen er doorheen te praten... Hoe verloopt dat vaginaal toucher dan?”

**Mevr. Helsloot:** “Heel moeizaam. Ik denk dat het eerst, euh, goed is om met die mensen af te spreken van... Euh goed, je hebt daar niet veel zin in, euh, je vind dat niet zo fijn dat ik dat ga doen, toucheren. Euh, je legt precies uit wat dat je gaat doen en wat de reden is, waarom je het gaat doen. Euh, ik denk dat dat belangrijk is en dat je ook aangeef dat je zo weinig mogelijk zou toucheren. Ik denk dat dat kan. Ik denk dat we in de praktijk vaak een beetje te veel toucheren. Maar er zijn wel momenten tijdens die bevalling dat het absoluut noodzakelijk is.

Ik denk als je dat ergens probeert duidelijk te maken van: ‘kijk, nu moet ik het echt weten’... Euh, dat ze er dan iets meer voor open staan ook. En ik denk euh ja de handeling zelf... Je moet ze er doorheen praten. Je moet dat heel traag, je moet dat heel rustig doen. Ik denk, ge moet erbij gaan zitten. Euh ik denk op de rand van dat bed gaan zitten. Een beetje contact maken met die mensen, eerst ne keer naar die buik kijken, dat been vastpakken. Denk zo heel... Zodanig da je een beetje, ja, een band krijgt, da je euh, dat die vrouw een klein beetje ontspannen is. En dan heel rustig vragen van ok, die benen een beetje hoger te zetten. Dan te vragen kan je ze een klein beetje open doen, ‘k ga nog niets doen eh. Tot dat die mevrouw eigenlijk in een goeie houding zit zodat, zoals jij het wil. En dan vertellen van kijk:

'ik ga nu handschoenen aan doen en ik ga daar een beetje glijmiddel opdoen'. Euh, en dan heel rustig vertellen van ok wat gaan we nu doen. En dan raak ik eigenlijk die vrouw aan met mijn niet steriele hand, raak ik die aan haar benen aan en dan een beetje meer naar de binnendij toe zodanig dat ze daar niet van schrikt. En dan vertel ik van ok goed ben je er klaar voor? Je mag op elk moment, mogen ze van mij zeggen van ok nu moe je eventjes stoppen. Ja en ik respecteer dit ook. Ik denk dat dat belangrijk is dat je dat afspreekt. Dat iemand mag stop roepen en dat je dan stopt, ja? Ik trek mij dan wel niet terug. Ik blijf ter plaatse waardat ik op dat moment was. Ze mogen efkes stop roepen. En dan vertel ik dat ik één vinger, euh, gewoon tegen hun vagina ga plaatsen. En dan doe ik da zonder da ik naar binnen ga. En dan laat ik die weer ontspannen. Echt in hele, hele kleine stapjes. Dus ik laat ze elke keer weer ontspannen. En dan vraag je van ja, gaat het? En als ze zoiets hebben van 'ja, 't is goed'. Mag ik verder gaan? ' Ja, jij mag verder gaan nu'. Dan zeg ik 'k ga het tweede vingertje der tegen plaatsen. Dan plaats je tweede vingertje eigenlijk. En dan, eum, dan vraag je weer of dat 't gaat of da je, euh, of da je verder mag gaan. En dan probeer je die eerste vinger gewoon en klein half centimetertje naar binnen te brengen. En zo eigenlijk in kleine stukjes probeer je naar binnen te gaan. Je vertelt ook hoe diep dat je bent en hoe diep dat je nog wilt. En 'k denk halverwege, eh, als je naar binnen aan 't gaan zijt, stopt ge weer ne keer, laat je die weer ontspannen. En pas als die helemaal ontspannen is ga je verder.

Want ik denk als je dat te snel probeert te doen, spant die vrouw zich weer op en ga je toch niet voelen wat je moet voelen. Eum, 'k denk dat dat de beste manier is om ze daardoor geen te praten. Dat je ze ook waarschuwt als je aan die portio komt van: 'ik ga nu aan je baarmoederhals komen en dat is een beetje gevoelig, ge gaat dat voelen, eh'. En ik zeg echt tot in detail wat dat ik aan 't doen ben van: 'Ik ben nu naar de ontsluiting aan 't voelen eh en ik voel dat en dat en dat en euh, ik voel naar de verstrijking...' Meestal voel je dan niet echt meer naar een stand. Euh ja, je voelt ook niet naar de spinae maar ge schat wat de indaling is, euh, dat is ook op dat moment niet echt zo belangrijk. Ge merkt dan aan andere dingen wel dat die stand bv een posterior is ofzo. Dusja, ik probeer dat heel heel traag te doen."

**Bieke Victoor:** "En euh, merk je dat die vrouwen eigenlijk angstiger zijn voor de bevalling dan vrouwen zonder vaginisme?"

**Mevr. Helsloot:** "Ja, maar 'k weet niet goed of dat dat nu voor de bevalling zelf is of voor het toucheren dat er nu bijkomt. Dat weet ik eigenlijk niet goed ."

**Charlotte Vanhoo:** "En euh ,vrouwen die dan epidurale verdoving krijgen. Allé, denk je dat dat dan makkelijker is voor hun om hun te ontspannen. En euh, dat ze er minder angstiger tegenover staan of?"

**Mevr. Helsloot:** “Misschien wel, nuja ik kom uit een eerste lijnspraktijk dus in... Ik heb kort in 't ziekenhuis gewerkt. In 't ziekenhuis met epidurales heb ik niet echt ervaring. Maar met vaginisme... Maar eum, ik denk dat uiteindelijk die vrouwen achteraf der beter, der beter bij varen als ze zonder epidurale bevallen omdat ze, eum ja ze verwerken het voor een stuk, je je helpt ze... De vraag is natuurlijk ook wat dat de reden is voor vaginisme. Is dat een negatieve ervaring in het verleden? Dan denk ik dat je die vrouw meer helpt om ze daardoor heen te praten dan da je, ja, dan da je een epidurale zou geven of zelfs een sectio zou doen gewoon om dat te moeten vermijden. Ja, dat denk ik wel, ja.”

**Charlotte Vanhoo:** “Euh, ja dan ook euh, vliezen breken of zo. Allé, wij denken dan daar ook zo over dat dat beter vermeden wordt dan bij vaginistische vrouwen. Maar allé, neem nu ook voor euh, te induceren euh, vaginale tablet opsteken of vliezen breken voor ze te induceren... Ja, hoe sta je dan allé, hoe sta jij daar tegenover?”

**Mevr. Helsloot:** “Ik denk dat je best probeert om euh, een inleiding te vermijden, alleen als dat echt noodzakelijk is. Omdat je dan sowieso bij een inleiding al verder moet gaan toucheren dan bij een euh normale fysiologische bevalling en je doet veel meer handelingen. Dus ik denk dat dat sowieso al traumatischer is. En en ja, al veel moeilijker is voor euh die vrouw dan dat je ja. Je moet dat gewoon proberen te vermijden, je moet proberen om die mevrouw denk ik een zo ja, rustig mogelijk fysiologische bevalling te geven. En ik denk dat ze dan zelfs ook beter thuis af is dan in het ziekenhuis. Gewoon omwille van 't feit dat je daar in je eigen veilige situatie bent. En je komt dan als als vroedvrouw kom je op bezoek bij die vrouw thuis en ga je haar bevalling doen. Terwijl in 't ziekenhuis komt die vrouw al in een vreemde omgeving. Zij komt als het ware op bezoek bij jou en euh, die uitgangssituatie is helemaal anders, en dat heeft al een zekere vorm van stress, en ik denk zeker bij bij vrouwen met vaginisme.”

**Bieke Victoor:** “Euh, en wat zijn volgens u eigenlijk de specifieke aandachtspunten bij vaginistische vrouwen in arbeid en tijdens bevalling en postpartum?”

**Mevr. Helsloot:** “Ja, ik denk dat je sowieso al eens euh, ja tijdens de zwangerschap ernaar moet pijnlijk. Dan in de zin ja, ge kunt dat soms moeilijk om dat letterlijk naar gaan vragen. Euh, maar je kan wel vragen naar negatieve seksuele ervaringen. Ge hoeft daar niet zo diep op in te gaan. 't Feit dat je dat weet van dat er eens iets gebeurd is, bv. in 't verleden, is voor u al genoeg. Ze hoeven die ervaring ook helemaal niet te vertellen. En ik denk dat je dat ja, van daaruit kan je al een stuk vertrekken en kan je al op voorhand wat gaan begeleiden. Maar ik denk ook een heel deel vrouwen ga je eum, ga je dat pas merken, ofwel tijdens die arbeid, ofwel tijdens het euh, ja één van de laatste consulten dat ze vaak aangeven ‘En ja, moet er dan vaak getoucheerd worden?’ Euh, daar voel je dan vaak al een beetje aan, aan die vraag. Euh, en dan kan je daar eigenlijk op gaan inspelen. Euh, door ze ja, door daar op voorhand al over te gaan praten. En dan inderdaad die die ja, duidelijke afspraken maken.

Euh, en dat je inderdaad belooft om zo weinig mogelijk te gaan toucheren en dat je dat zo rustig mogelijk gaat doen, dat je ze niet gaat laten schrikken, dat je ze een stuk controle probeert terug te geven door inderdaad zelf te kunnen zeggen: 'stop, nu moet je efkes wachten'. 'k Denk dat dat belangrijk is dat je ze zo een beetje probeert controle terug te geven want 't is sowieso al een heel onaangename handeling bij elke vrouw."

**Bieke Victoor:** "En euh, zou je opteren voor een bepaalde houding tijdens de bevalling, bv. de gynaecologische houding of de simshouding?"

**Mevr. Helsloot:** "Net niet de gynaecologische. Omdat je inderdaad op vlak van euh controle... Je hebt minder controle. En als je die vrouw in een andere houding zet, ja op handen of knieën of euh op een barkruk of bv in 't water, dan lig je een beetje gynaecologisch maar euh zit je wel in 't water, euh of op de zij bijvoorbeeld. Dan geef je een stukje controle terug . 'K Denk ook dat het misschien een goed idee is om die vrouwen euh, de kans te geven om zelf ook te voelen als het hoofdje geboren wordt. Euh, of tijdens die ontsluiting eens naar binnen toe te voelen dat ze weten daar zit dat kindje, zodanig dat ze ook ja, daar een beetje controle over krijgen en dat ze er zich durven aan overgeven. Ja? Ik denk dat toucheren moeilijker is dan euh de bevalling zelf."

**Charlotte Vanhoo:** "Euh, in literatuur lezen we soms dat euh allé, vrouwen met vaginisme die bevallen plots na de bevalling niet meer euh vaginistisch zijn. Maar wij weten allé, in ja, we trekken dat zo'n beetje in twijfel maar 'k weet niet wat dat jou standpunt daarover is of als je dat inderdaad al meegemaakt zou hebben dat vrouwen minder angstig zijn?"

**Mevr. Helsloot:** "Eum ja, ik denk dat er misschien wel iets mee kan te maken hebben, met het feit dat die die spieren in die vagina beetje soepeler worden. Ik denk dat bij sommige vrouwen die spieren misschien een beetje meer gespannen zijn en misschien ook sneller gaan opspannen bij aanrakingen, bij seksuele contacten of dan toucheren of bij die bevalling. En na die bevalling zullen die wat meer ontspannen zijn. Misschien dat dat een reden is waardoor dan ja, iemand toch na die bevalling ja daar minder last van heeft. Ofwel heb je ergens iets verwerkt, mentaal, misschien dat dat ook een invloed geeft. Maar 't is sowieso... Eh bijvoorbeeld bij een gynaecoloog als je uitstrijkjes gaat doen, een speculum is veel gemakkelijker te plaatsen bij een vrouw die al eens bevallen is dan bij een vrouw die nog niet bevallen is. Gewoon omdat er iets meer ruimte is en omdat die spieren iets minder strak staan. Dus waarom ook niet bij vaginistische? Misschien zit daar wel iets in hoor."

**Charlotte Vanhoo:** "'k Weet niet euh, of u ja, van behandeling of zo, als u daar meer over weet of niet. Want allé we weten ook niet waar euh... Bijvoorbeeld euh, biofeedback enzo worden vaak aangeraden als behandeling van euh vaginisme..."

**Mevr. Helsloot:** "Daar ben ik niet in thuis in euh behandelingen. Euh, als ik ja, ik bespreek dat als het inderdaad iets moeilijker is dan... Zeker als ik merk bij toucheren éh bij een

bevalling zijn er precies problemen, dan vraag ik daarna na de geboorte wel een keer naar van euh: 'Zijn er ook problemen met vrijen met uw man, heb je daar problemen mee?' En als dat het geval is dan euh, zou ik ze adviseren om toch contact op te nemen met een psycholoog of met de huisarts te gaan praten. Euh, of sowieso via de huisarts. Ja, om vast te stellen, ja, doorverwijzen omdat ik daar zelf niet in thuis ben. Ja, daar zelf ook niet verder in gaan denk ik. Ik moet alleen zorgen dat die mevrouw een fijne bevalling heeft, dat is dan mijn doel om een beetje stress en angst weg te nemen. Maar euh nee, verder weet ik er niets over."

**Charlotte Vanhoo:** "Oké, we konden het maar vragen"

**Bieke Victoor:** "Eigenlijk is het eigenlijk alles"

**Charlotte Vanhoo:** "Het is eigenlijk vooral naar de arbeid en bevalling toe. Onze brochure, ja alé, gaat eigenlijk daarover. Over het beleid dat de vroedvrouw..."

**Bieke Victoor:** "De aandachtspunten. Een beleid is er niet echt. Het zijn eerder aandachtspunten."

**Charlotte Vanhoo:** "We zijn content met hetgeen we weten."

**Bieke Victoor:** "En anders ja, ofdat vaginisme eigenlijk voor moeilijkheden zorgt bij de uitdrijving, maar meestal niet denk ik?"

**Mevr. Helsloot:** "Goh, dat heb ik nog niet echt ervaren. 'k Denk als je ze goed begeleidt en je komt zo ver dat je dus ook mag gaan toucheren en dat je iemand tijdens die uitdrijving mag begeleiden, en dat is een rust fysiologische bevalling éh, dan euh denk ik het niet."

**Bieke Victoor:** "Eigenlijk zou het echt beter zijn zonder epidurale zodat ze ook die druk krijgen om..."

**Mevr. Helsloot:** "'k Weet het niet, 't is een hele goeie vraag. Ik kan er geen volledig antwoord op geven. Maar ja, ik denk als je éénmaal in een ziekenhuismilieu bent met epidurales enzo wordt er sowieso toch al meer medisch gewerkt en meer geweld. En mentaal, ook al voel je het niet helemaal, toch mentaal moet dat toch iets met je doen. Ik denk als je ja, als je iemand gewoon een hele fijne bevalling kan geven dat die ervaring ja, veel beter is dan dat je de pijn wegneemt. Dus eigenlijk lost dat niets op. Ze moet er ja ze moet er ergens toch doorheen."

**Bieke Victoor en Charlotte Vanhoo:** "Bedankt voor de medewerking."

**Mevr. Helsloot:** "Graag gedaan."

## BIJLAGE 6: INTERVIEW MEVR. STOCKMAN

Interview met mevr. Stockman B., kinesitherapeute

Praktijk UZ Gent

11/02/2013 om 10u00

Aanwezig: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo en Bieke Victoor

**Charlotte Vanhoo:** “Goedemorgen.”

**Mevr. Stockman:** “Jullie hebben wat vragen voor mij. Het is Vroedkunde zeker dat jullie doen?”

**Charlotte Vanhoo:** “Ja, en we willen een beleid opstellen om de vrouwen bij de arbeid te begeleiden. Wat naar inwendig onderzoek toe en hoe je dat het best aanpakt.”

**Mevr. Stockman:** “Ja, ja. Goed.”

**Bieke Victoor:** “Ik had eerst en vooral een vraagje. Klopt het dat secundaire vaginisme ook kan veroorzaakt worden door lichamelijke oorzaken en primair vaginisme niet?”

**Mevr. Stockman:** “Nee, Nee. Je kunt dus primair vaginisme hebben, die ook door een lichamelijke oorzaak kan aanwezig zijn. Wij hebben nu vulvair vestibulitis syndroom, daar kunnen mensen mee aangeboren zijn. Waardoor wij soms mensen hebben, die eigenlijk hier komen, al 10 jaar de titel krijgen van Vaginisme, maar eigenlijk met een onderliggende vestibulitis zitten. En hoe kunnen we dat vooral weten? Omdat die vrouwen, als ze nog geen betrekkingen hebben gehad, branderigheid hebben bij het inbrengen van tampons. En dat ze zeggen: we kunnen dat niet inbrengen, want dat brandt. En dat is 1 van de tekenen, een heel typische teken van vulvair vestibulitis. Wat dus vaginisme kan ontwikkelen. Dat is onze grootste groep van patiënten. Ik heb ongeveer 40 patiënten per week met vulvair vestibulitis. Waarbij vaginisme op zich los staat, die dus geen lichamelijke oorzaak heeft, maar een heel kleine groep is, van mijn behandelingen nu.”

**Charlotte Vanhoo:** “In de literatuur lezen we dat heel wat behandelingen van vaginisme, zoals hypnotherapie, biofeedback, dilatatie, botoxinjecties, relatietherapie, EMDR,.. Noem maar op. Wat vind jij daarvan? En wat raad jij van behandeling aan? Wat pas jij juist toe van behandeling als kinesis?”

**Mevr. Stockman:** “Ik denk dat het heel belangrijk is, dat weten jullie ook, dat je een goede gynaecoloog hebt die een goede screening doet, of een huisdokter die een goede screening doet. Want dat is vaak het probleem, dat die mensen op de baan zijn met vaginisme. En dat ze zeggen van ‘Is dat in mijn hoofd of is dat niet in mijn hoofd?’ Veel mensen hebben nooit een nare ervaring gehad. Want dat vraag ik ook altijd. Maar ik vraag dat niet in de eerste instantie, als ik het niet weet. Omdat het vaak een lichamelijke oorzaak heeft, en zijn de

mensen al heel vaak doorverwezen en van 'het zal in uw hoofd zijn mevrouw'. En dan blijkt het dus een onderliggende lichamelijke problematiek te zijn, dat die mensen zo hebben van 'allé er begint daar nu weer één over'. Dus ik stel die vraag wel, omdat het heel belangrijk is dat je die mensen, dat je het ook wel weet. Veel mensen hebben echt een lichamelijke oorzaak, en hebben ooit wel een verkeerde ervaring gehad of gewoon als gevolg van de pijn. Dus ik probeer dat wel na te vragen. Dus is het natuurlijk belangrijk dat je een beeld krijgt van uw patiënt. Mensen komen maar bij mij als ze fysiek letterlijk en figuurlijk openstaan voor dat stuk. Als ik voel dat zij daar psychisch nog niet klaar voor zijn en dat gans die zone nog zo gespannen is, dan is dat nog niet mijn taak. Dan is dat mijn taak niet om daarin verder te gaan. Mensen komen maar bij mij als ze iets hebben van dat moet hier lukken hé. Ik heb geen pijn meer, ik heb een goede relatie, ja, dat spant daar op op het moment dat ik dat niet wil, dus ik wil daar controle over hebben. Dat mag met een vrees zijn. Er zijn hier mensen die hier heel bang zijn, en dat is dat aan mij om daar inderdaad op een rustige manier mee om te gaan. Maar alles vanuit mijn kennis. Het is heel belangrijk dat je heel goed uw afbakeningen van uw beroep bekijkt. We hebben psychologen, we hebben mensen die op dat terrein kunnen begeleiden. We hebben gynaecologen die uitsluiten dat er een fysieke oorzaak is en die begrijpelijk moet zijn voor de patiënt. Dan hebben we psychologen die heel gericht moeten werken naar die intimiteit en het zelfbeeld toe en dan op het moment dat ze zeggen van 'Ja, ik wil daar controle krijgen'. Dan kom ik, als kinesist, daar. Jullie zitten dan natuurlijk is het volgende stadium. Nu ja, als de mensen al zwanger zijn, dat zitten we met het feit dat er ergens betrekkingen mogelijk zijn. Of het kan natuurlijk ook via inseminatie zijn. Nu wat ik wel merk, is dat gynaecologen daar eerlijk over zijn, naar de patiënt toe. Als ze binnen komen en ze hebben nog nooit betrekkingen gehad, dan gaan ze wel kordaat zijn en gaan ze kijken hoe het zit met de oefeningen. Er waren nogal wat patiënten die verschoten zijn van de aanpak en van ja, we komen dus niet in aanmerking voor inseminatie. Ik zeg, dat is niet waar. Maar de dokter moet natuurlijk wel een beetje zien hoe de situatie is, want zij kennen jullie nog niet en jij komt binnen van, ik wil hier een kleine via inseminatie, maar eigenlijk weten ze niet wat er aan de hand is. Je zit daar met een koppel, er kunnen zoveel rare situaties zijn. Ze willen daar gewoon een beeld van krijgen. Zij moeten nu ook inschatten, als ze naar hier komen en ze leren dan die bekkenbodem, ook naar onderzoeken toe is het heel belangrijk. De mensen moeten daar eerst mee geconfronteerd worden. Laat ze niet in een zwangerschap gaan, als je al weet dat er daar een probleem is. Stel ze gerust dat het daar los van staat, zwanger worden. Maar dat ze ervan bewust moeten zijn, dat er daar aantal onderzoeken voor komen en dat staat ook los van betrekkingen. Maar ja, er moet in die zone wel kunnen gewerkt worden. We hebben daar alle soorten vormen van. Ik heb hier ook iemand gehad die zwanger was, maar die gewoon niet wou dat er iemand naar haar keek. Die ook niet kon verdragen dat er een andere gynaecoloog was, dan ze gewend was. Met haar man heeft ze geen problemen, maar ook hier zei ze van 'Ik ga niet op tafel,

maar ik moest hier komen'. Ik zeg: Ik ben er, als je die stap wel wil zetten en we dat langzaam opbouwen. Bij haar was dus het feit van alleen mijn gynaecoloog en dat is geen probleem. En ik ben zwanger geworden, dat ook geen probleem. Maar er staat iemand bij en dan gaat ze niet op tafel. Dus zo'n situatie is niet meer voor ons. Mijn taak is om de mensen fysiek een beeld te geven van er is daar plaats, doet dat pijn?, hoe voelt dat? Wat is rekkingsgevoel? Wat is branderigheid? Branderigheid wijst op vestibulitis en op een onderliggende oorzaak. Soms littekenpijn, rekkingspijn,.. Gespannenheid is een dan echt het vaginistische reactie van de bekkenbodem, die normaal is als mensen pijn hebben. Wat normaal is, dat zeg ik ook altijd tegen de mensen. Het is normaal als je pijn hebt, het is niet leuk, uw libido gaat naar beneden, dus maak u daar geen zorgen om, dat is normaal. Als ze pijn hebben, is het normaal dat de bekkenbodem hen gaat beschermen tegen de pijn. Zoals bij een bevalling, als het kind aan het komen is, dan zeg je tegen uw patiënt: Ontspan u. En hoe meer die mevrouw ontspannen is, hoe beter. Maar op het moment dat het kind erdoor moet, doet de bekkenbodem toch wat hij voelt. Het is wel zinvol om hen zoveel mogelijk controle te geven voor ervoor en erna. Dat ze direct kunnen zeggen van als ik geen pijn voel, ga ik ontspannen. Maar de moment dat het pijn doet, wat de bekkenbodem dan doet? Zeker niet ontspannen. Dus daar is wel een verschil in. Het is belangrijk dat we als kinesisten daar tussenkomen en dat we zoveel mogelijk controle geven over die zone. Dat zij kunnen voelen van waar zit die bekkenbodem en wat kan ik er mee doen? Wat gebeurt er? Dat ze zelf voelen dat ze controle over hebben, dat je haar vertrouwen geeft, dat er daar plaats is. Dat gebeurt met een vaginaal toucher, want je moet in die zone kunnen werken. Dat gebeurt allemaal stap per stap. Ik voel met 1 vinger. De mensen komen op tafel, soms is het gewoon eventjes kijken, dan met 1 vinger voelen, allemaal in vertrouwen. Iedereen op zijn stap. Ik leg uit wat ik doe en ik forceer nooit. Ik voel ook in hoeverre dat die mensen daar over gaan. En sommige mensen zijn al heel blij dat er al 1 vinger in kan, en 2 vingers. Het is hier een technische setting en ze moeten u vertrouwen. Een technische setting heeft niets te maken met betrekkingen, het is zij met hun lichaam. Ik ben van het principe dat het belangrijk is voor hen. Zij moeten niet voelen hier bij mij. Wij, belgen, hebben graag wat intimiteit, dus ik ben niet van principe dat mensen daar zelf moeten zitten voelen. Ik geef hen wel aan van voel zelf een keer, wat voel jij? Maar ik zit daar niet op te kijken. En dat is iets wat hun meestal ook geruststelt. De dilataties gebeuren ook thuis. Die staafjes worden meegegeven. Wat ik wel zeg, als het niet lukt, dat zeggen ze van 'ik ga dat eens meenemen naar Bie, als dat daar in gaat, kan dat thuis ook.' Op die manier zeg ik, als ze willen, dat ze die dilatatiestaafjes eens kunnen meebrengen, dan breng ik dat in. Ik toon hun dat hier wel. Het is de bedoeling dat dit de stap is tussen hier en thuis. Die overstap is heel belangrijk. Ze moeten geen schrik hebben. Ik ben ook van het principe dat de partner er niet bij moet zijn. Hij mag er bij zijn, hij mag vragen stellen. Het is niet de bedoeling van, in Holland doen ze dat wel, te direct. Ik heb nu ervaring genoeg en mijn patiënten hebben daar zeker niet de vraag naar van daarop te



werken. Dus dat is wel heel belangrijk dat je dat weet. Maar ze mogen er altijd bij zijn. Als de patiënt maar op zijn gemak is. Ik zeg tegen hen: Hij mag er bij zijn, als jij dat wil, als jij maar op je gemak bent. Als je zegt dat hij er niet bij mag zijn, dat kunnen we ook. Dat is heel belangrijk. Mijn taak is hen fysiek bewustwording geven, geruststelling geven dat er fysiek plaats is. Je probeert uw techniek te gebruiken en gewoon aanvoelen wat uw patiënt aangeeft. En patiënten, de ene reageert zo, maar dat is altijd een vrij emotioneel gebeuren. Je moet ze altijd met hun voeten op de grond brengen, blijven praten. Dat is mijn techniek om hen gerust te stellen. Een patiënt vroeg om tijdens het onderzoek mijn hand vast te nemen, en dat moet jij, als therapeut, op die moment, als de patiënt dat vraagt, haar zeggen van pak mijn hand vast. Ik denk dat dat belangrijk is. Ik probeer hier in de ruimte zo gewoon mogelijk te doen. Maar ik tracht hen wel duidelijk te maken, als ik hier buiten stap, is dat voor mij ook een ander onderwerp. Ik zeg hen ook van als ik bij de gynaecoloog lig op die tafel, dan ben ik er ook direct van, om mij terug aan te kleden. Dat zijn belangrijke dingen. Ik denk dat jullie ook wel voelen, als je zo iemand benadert, dat ze dan ook wel weten dat jij zeer goed weet wat zij voelen op dat moment. Maar ik zeg van ik vind het normaal dat ik dit doe bij jou, want voor mij is dit volledig technisch. Het is mijn job en ik doe hem zeer graag. Maar ik weet dat het voor u niet evident is en zeker in een setting van vaginisme. Mijn taak is het fysieke en wij doen mee. En wij proberen om alle wegen open te zetten, als mensen aangeven dat de intimiteit moeilijk zit, dan stuur ik ze door naar seksuologen. Dan is het mijn taak niet meer. Ik ben niet degene die standjes gaat aanleren, die streel oefeningen gaat doen. Dat is iets wat we zeer duidelijk moeten aangeven. Maar we moeten het wel duidelijk aanvoelen en we kunnen die wegen openmaken. Gelijk dat jullie ook wegen kunnen spreiden naar doorverwijzing. Dat is gewoon heel belangrijk, wat ons samenwerking is, met jullie, met de gynaecoloog, met de seksuoloog. Dus ik maak die wegen wat open. En iedereen moet goed weten waar zijn terrein is. En ik voel dat de patiënten zo, op het moment dat ze daarover kunnen praten, en gewoon ook geen zware gesprekken. Maar het feit dat ze daar allemaal een beetje inzicht in kunnen krijgen, is zo belangrijk. Ik heb al van alles gezegd, dus je moet het mij maar zeggen als ik teveel van mijn vragen afwijk.”

**Charlotte Vanhoo:** “Dus als behandeling gaf je al aan, dus een inwendig toucher, om daar mee te beginnen. Wat heb je dan nog?”

**Mevr. Stockman:** “Ja, inwendig toucher, biofeedback en dilatatie. Maar alles in een kader van uitleg geven. Ik denk dat we moeten beginnen, ik doe een uur uitleg, geruststelling, vertrouwen. En dan ga je naar een inwendig toucher, maar allemaal op het ritme van de patiënt. De patiënt geeft aan en telkens uitleg geven van wat we gaan doen. En vertrouwen krijgen dat het praktisch mogelijk is. En als ze dat vertrouwen hebben, de staafjes beginnen oefenen, meer en meer. En dan de stap naar betrekkingen toe. En dat moet dan haalbaar zijn. Hoe meer dat ze die staafjes gaan oefenen en hoe meer dat ze het vertrouwen krijgen

dat dat erin gaat, hoe meer dat ze dan die stap hebben van, als ze dan het idee hebben, deze week ging dat staafje nr 3 er wel heel goed in. En ze komen dan in een betrekkingssituatie, dan hebben ze zoveel meer bagage van dat spel ging er wel heel gemakkelijk in. Ik zeg dat dan ook, ik probeer dat een beetje te bagateliseren. Maar dit hebben ze dan mee. Maar als ze nooit zelf iets ingebracht hebben of nooit effectief voelen gaat erin. Ik vraag ook voor verschillende posities om de staafjes in te brengen. Het is het binnengaan dat belangrijk is. Een keer in lig, een keer op je zij liggen. Je voelt gewoon van als ik zo doe, dan gaat dat ook en als ik zo lig, heb ik het helemaal niet gevoeld. Dat is de oefening die ze moeten doen, vanuit verschillende houdingen. Dan gaan ze met hun partner niet doen. Ofwel lukt het niet voor de partner ofwel zeggen ze van doe maar, of van neen het gaat niet of ze beginnen te huilen. Buiten met die staafjes, kunnen ze met hun been een beetje opzij gaan en beginnen voelen, van als ik zo doe, dan voel ik het niet. Dat is de bedoeling van die staafjes. Dan gaan ze zich veel gemakkelijker, ook bij betrekkingen, in de eerste ervaring, gemakkelijk in die positie leggen en gaan ze dat gemakkelijk doen. Ze hebben meer vertrouwen, van dat spel gaat er wel in.”

**Bieke Victoor:** “Kan vaginisme altijd opgelost worden? Zijn er gevallen die klachten blijven hebben?”

**Mevr. Stockman:** “Wat zijn klachten van vaginisme? Ik bedoel, er moet ook zoveel juist zitten, op die moment. De relatie moet juist zitten, de intimiteit moet juist zitten, begrip moet juist zitten. Dan hoe lang staat die relatie al onder druk? Zit er daar andere dingen op? Dat staat allemaal los van mijn artikel. Maar dat komt allemaal los, dat merk je wel. Hoe meer druk dat er achter die relatie zit of hoe slechter de ervaring, dat kan ook in ene keer dat ze allemaal dingen beginnen te beseffen, dingen die ze ervoor nog niet beseffen, dat ze alles wegsteken achter dat vaginisme, dat er dan toch een aantal andere dingen zijn. Dat is natuurlijk iets waar je weinig greep op hebt, dus in hoeverre blijft dat natuurlijk en hoe lang dat ze dat meedragen? Zijn er traumatische gebeurtenissen ook geweest? Een traumatische gebeurtenis kan ook het forceren zijn ergens, binnen die situatie. Het bekkenbodemegegeven is daar natuurlijk aan ondergeschikt. Als ze natuurlijk blijven schrik hebben, als ze blijven afweren, ja. Dus kun je ze allemaal oplossen? Ik denk het niet, maar dat is omdat er zoveel factoren belangrijk zijn. Het is natuurlijk dat fysisch ding hé, je controle fysisch kun je krijgen, maar dan speelt de psyché wel een rol, bij dat aanhoudend. Zo van is de fysische problematiek opgelost, kunnen ze dat effectief, dan is daar dat stuk, en daar heb je niet altijd greep op. Dan moet je echt je patiënten beginnen screenen, dat is moeilijk om dat zo moeilijk te zeggen.”

**Bieke Victoor:** “Ik heb ook in een artikel gelezen dat vrouwen met een zwangerschapswens beter evolueren dan vrouwen die normale seksuele betrekkingen willen hebben?”

**Mevr. Stockman:** “De drijfveer is natuurlijk groter, dat is zo simpel. Uw doorzetting is op dat moment groter. Maja er is dan inderdaad sprake van vaginisme, maar zij hebben zoiets van als het maar lukt, als die kleine er maar in en uit geraakt. De motivatie is zoveel groter en daar zit geen druk op. Wil ik een kind, ik bedoel, dan moet hij daar geraken. Buiten bij betrekkingen, dan zit daar nog es al de rest bij hé. En daar leven ze al lang mee. Maar motivatie kan extra zijn. Dit is wel belangrijk om te weten dat mensen, als ze hier komen dat ze dan zeggen, van we willen een kind, en vragen van waarom heb je zo lang gewacht? Dit kan een extra druk zijn, voor sommigen en ook op de relatie. Dus het is wel belangrijk om te zien in hoeverre dat ze dat alleen doen voor het kind of alleen voor hun relatie? Dat is niet aan mij, maar ik voel dat wel een beetje zo er tussen. Dat is natuurlijk ook weer enorm verschillend, van hoe uw aanpak is en hoe dat zij reageren op de aanpak. Want meestal merken we dat dan, dat ze een extra drijfveer hebben. Het is gewoon dat en dat willen ze het ook aanpakken. En sommigen zitten zo al lang in een straatje van ja, bij mij doet dat pijn, en dat heeft altijd pijn gedaan. We nemen dat er maar bij. En als ze dan een partner hebben die daar niet veel over praat. Dan het zijn dat ze in een situatie geraken die wel comfortabel is. Niet allemaal hé. En dan dat kind, dan wordt het praktisch moeilijk en dan pas zetten mensen die stap. Dus het is zeker een extra drijfveer. En dat is maar logisch. Ze blijven komen omdat ze een kind wil. Sommigen zeggen van: eigenlijk zijn die betrekkingen niet nodig voor mij, dan gaan ze het ook gemakkelijker eens loslaten, als er niemand meer achter hen zit. Maja ik ben nu twee keer, maja in feite heb ik altijd pijn gehad en hij vraagt er toch niet achter. Zo heb je er ook hé. Dus dan is die motivatie natuurlijk minder. Maar bij dat kind, het moet er natuurlijk wel in kunnen.”

**Sanne Sercu:** “Vaginisme heeft ook wel een aantal gevolgen: dyspareunie, onmogelijkheid tot coïtus, betrekkingen. Zijn er nog een aantal gevolgen dat je kan geven, op lichamelijk vlak, of psychologisch of bij arbeid en bevalling?

**Mevr. Stockman:** “vaginisme, wat ik noem Vaginisme, is het opspannen van de bekkenbodem op het moment dat ze het niet willen. En dan is dat met betrekkingen, heeft dat natuurlijk direct te maken. Ja, de gevolgen zijn ook zwangerschap. Dat is al een gevolg van moeilijk betrekkingen. Psychisch, tuurlijk, dat werkt op de mensen. Als dat pijn doet en als dat niet lukt of als ze niet in die sfeer komen, tuurlijk dat het zijn gevolgen heeft. En ook sociaal, jonge meisjes zeggen van die gesprekken gaan er dan over, maar ik mag op mijn hoofd staan en ik weet beter. Ik weet hoeveel er problemen hebben en zeggen dat ze geen problemen hebben. Er wordt daar enorm over gelogen. En dat helpt iedereen wel. Maar ik bedoel, sociaal komen ze ook in een isolement en dan voelen ze hun niet meer zeker. Dat zijn zeker allemaal gevolgen. Maar goed, wat is het gevolg van wat? Het is een visieuze cirkel.”

**Charlotte Vanhoo:** “Eventjes naar de arbeid toe, ik weet niet of je er veel gaat over kunnen zeggen. Maar bijvoorbeeld, wordt er epidurale analgesie aangeraden aan vrouwen met Vaginisme? En heeft dat een voordeel om dat ze hen meer kunnen ontspannen of gaat dat juist tegenwerken omdat ze geen controle meer hebben?”

**Mevr. Stockman:** “Dat is eigenlijk een vraag die je moet stellen aan een gynaecoloog, die daar actief mee bezig is. Ik zal u anders, als je wil, ken je professor Weyers? Stuur hem anders met die specifieke vraag een keer een mail, en zeg dat het naar aanleiding van mijn gesprek is. Vraag of je hem die vraag mag stellen en dan zal hij daar met mail op antwoorden. En dan heb je een beeld van wat er gebeurt in de arbeidskamer en hij zal u daar zeker een antwoord kunnen opgeven. Hij heeft heel veel problematiek rond dyspareunie en problemen rond betrekkingen en de bevalling. Dus ik denk als je daar een juist antwoord op wil, want ik sta eigenlijk niet in de arbeidskamer. Dus op die moment, er zijn zoveel mogelijkheden. Het is allemaal te zien hoe sterk dat die bekkenbodem is, als ze natuurlijk een onderzoek kunnen uitvoeren of niet. Er gaat, volgens mij, geen arts riskeren als die bekkenbodem zeer moeilijk te lossen is, als ze bijna kunnen gaan onderzoeken, dan gaan ze waarschijnlijk naar een keizersnede overgaan, voor het geloop en het risico dat ze hebben. Ik denk het dat afhankelijk is van hoe dat de controles verlopen bij de dokter, maar dat zal een arts je beter kunnen zeggen. En hij is meer op de hoogte van al die problematieken. Hij zal u daar een antwoord op kunnen geven.”

**Sanne Sercu:** “Zijn er nog mogelijke differentiele diagnoses?”

**Mevr. Stockman:** ja, littekenweefsel, van bij een operatie. Dan een stugger hymen, maar dat wordt heel rap. Er zijn er veel die zeggen, van aja ze hebben al eens een knipke gegeven. Terwijl dat waarschijnlijk helemaal niet nodig was. Want wat is te nauw? Is het de bekkenbodem of is het dat hymen? Wat ik wel doe, ik werk altijd nauw samen met de dokter. Dus als er mensen bij mij komen, die bv al 10 jaar proberen, en moeten ze nog door dat hymen en ze hebben al serieus veel schrik, dan gaat dat letterlijk en figuurlijk een barrière blijven. De meeste hebben wel dat het zo 1 keer al zo half gelukt is en dan is hymen meestal al door. Maar als het hymen echt nog aanwezig is en die druk is heel zwaar. Ik had zo iemand in een huwelijk, het was een autochtoon. Een turks meisje met een turkse man, dus die druk was nog veel groter, ook vanuit de gemeenschap. Ik bedoel die mensen, dan zeggen van probeer een beetje met het staafje, dat is niet zo evident. Dan bespreek ik dat met de dokter, omdat dat ergens zal blijven. Als die schrik al teveel opgebouwd is, dan kan dat echt wel. En dan wordt dat wel gedaan, ondanks het feit dat het hymen niet zo stug is. Maar als het jonge meisje zijn, jonge vrouwen, dan ga ik voelen en dan geef ik ze staafjes al mee en proberen we eigenlijk zelf, met eerste of tweede staafje, een maand te laten oefenen en te kijken of ze dat hymen niet spontaan door krijgen. Ze moeten zichzelf niet pijn doen, want soms gebeurt dan vanzelf. Lukt dat niet, dan kun je het nog doen. Maar ik heb er al

heel veel waar we nooit een hymenectomie hebben moeten doen. Maar ik zeg wel als dat mensen zijn die 10 jaar al in een situatie zitten, waar ze proberen voor een kind, dat is iets anders, dan moet je wel de situatie zien. En meestal zijn dat ook mensen waarbij er al een hele druk op is, dan bespreken we dat met de dokter. Want het is niet mijn taak om dat erdoor te duwen. je kan zo zeggen kan jij dat niet proberen? Maar dat is niet ons taak. Ik ga niet met instrumenten dat spontaan laten scheuren,neen. Ofwel proberen we het met staafjes mee te geven en proberen ze eerst zelf. We geven wel altijd de mogelijkheid. Maar in specifieke, langdurige gevallen, dan is het psychologisch beter dat ook medisch de gang ook effectief vrij is. En dat dat weg is. Maar dat is allemaal in samenspraak met de gynaecoloog, het is niet dat we dat allemaal zo maar doen, dat is aan de gynaecoloog."

**Charlotte Vanhoo:** "Misschien nog een vraag, nuja een eigen mening. Maar wat vind je van botoxinjectie?"

**Mevr. Stockman:** " Ja, maar dat wordt niet rap gedaan hoor. Ge moogt die vraag ook aan Dr. Weyers stellen. Het staat nog in experimenteel stadium. Dus bij ons wordt dat nooit toegepast, zonder de voorafgaande zaken. Nooit, dat wordt nooit toegepast of nooit voorgesteld. Dat is alleen bij heel extreme gevallen. Een operatie wordt ook alleen maar voorgesteld bij vestibulitis, als alle andere vormen van genezing, want je moet greep krijgen op de infectie. Ik bedoel, dat is medicatie. We hebben al een aantal medicaties die we al gebruiken, om die fysische oorzaak weg te nemen. Maar een operatie wordt maar gedaan, ja ik bedoel, als er littekenweefsel is en dat is heel duidelijk, dan kan er rap overgegaan worden tot operatie. Maar dat is een gans andere verhaal dan gewoon. Het is allemaal te zien wat de oorzaak is. Maar botox is ten eerste in een experimenteel stadium en ten tweede het is een middel om te gebruiken als je 't einde zit, dan zijn er zeker indicaties en het is ook geen blijvende, het is alleen een dure bedoening. Als je dat gericht doet en je doet dat professioneel en de arts weet wat hij doet, dan zijn er daar op zich weinig risico's aan, maar je doet het niet zomaar, omdat het nog maar experimenteel is. Maar het is een mogelijkheid, het is een optie, op het einde.

Ja ik kan hier heel veel over vertellen, je voelt dat wel hé."

**Charlotte Vanhoo:** "Ja, maar het is wel interessant voor ons, omdat je vindt heel veel informatie, allemaal wetenschappelijk, maar ja."

**Mevr. stockman:** "Ik ben 5 jaar bezig. Dit is een folder, dit is van het UZ Gent, dus dit mag je niet zomaar verspreiden. Dit is een folder over vulvair vestibulitis en dat is de grote groep die bij ons ook komen, omdat er daar echt een fysische oorzaak bij is. Dat is Dr. Verstraelen die zich daar mee bezig houdt. En dat is dus echt meer dan de helft van de jonge vrouwen, die dus pijn hebben bij betrekkingen, zitten met een onderliggende vestibulitis. Dat is schrijnend. Want vele jonge vrouwen krijgen het idee, of ze krijgen van de gynaecoloog of de huisarts, van ja, het zal in uw hoofd zijn of wacht een beetje. Maar die komen wel met die bagage. En

dan komen ze hier in ene keer bij een arts die zegt: je hebt een chronische ontsteking. Dat is emotioneel, plus dan de balast op de relatie. Dat de man dan zegt van: maja ik heb zoveel verwijten gemaakt en uiteindelijk is dat gewoon een ontsteking. Dat is gewoon een chronische ontsteking, waar dat mensen niet van bewust zijn. Maar als ik dan vraag, heb je ooit tampax kunnen gebruiken? Dan antwoorden ze van: aa neen dat ging niet, dat brandde. En als ik dan vraag: gebruik je tampax met inbrenghuls? Dan is het van ja, want de andere gaan niet. En waarom is dat? Als je een tampax inbrengt met inbrenghuls, dan ga je voorbij de zone waar meestal de vestibulitis zit, de ingang. Je brengt uw tampax, uw watte eigenlijk voorbij die zone. Hij is dan vol met bloed, als je hem eruittrekt, voelen ze het wel, maar veel minder. Met een gewone lukt het niet, en dat is vaak al een voorteken van vestibulitis. En daaraan kan je ze er al uithalen. Ik heb dat eigenlijk al altijd gehad, vanaf mijn eerste contact. En dan weet je het meestal, maar dat kan ook spontaan optreden. Dat zijn zo een beetje de zaken. Maar het is absoluut een grote groep en we moeten het absoluut een stuk opentrekken. Maar jullie kunnen daar absoluut ook een taak in zijn. Maar jullie zien het natuurlijk al op het moment dat het..”

**Bieke Victoor:** “Misschien nog een vraagje. Van de houdingen, van de baringshoudingen. Welke denkt u dat het meest gemakkelijk is voor de vaginistische vrouw? Wij denken natuurlijk dat de gynaecologische houding wel beangstigend is voor de vaginistische vrouw.”

**Mevr. Stockman:** “Dan is ook weer zo persoonlijk. Je hebt vrouwen die denken, als ze dan rechtzitten, dat het kindje gaat vallen. Ik weet dat ook wel.”

**Bieke Victoor:** “Bv zijlig of handen en knieën?”

**Mevr. Stockman:** ”Ja, maja, dat zit je weer met andere dingen hé, handen en knieën. Voor een vaginistische vrouw, die al zo een verleden heeft, van zie mij. Ik denk het heel belangrijk is, dat de patiënt zich veilig voelt, in welke positie. Ik kan mij voorstellen, als ze hun bovenlichaam kunnen ontspannen, als ze daar neerliggen, als ze in een veilige omgeving, dan zal op den duur, ondanks dat haar benen open zijn of niet. Maar als voor de patiënt in een rare positie zit, gaat ze vanuit zichzelf nog meer gespannender zijn. Je weet dat beter dan ik, thuis bevallingen, vrouwen die er daar allemaal niet mee inzitten om daar alles uit te doen en zitten daar in alle mogelijke posities, dat is niet het type vaginistische vrouw hé. Das juist het omgekeerde. Wat moeten zij? Ze moeten in een veilige situatie liggen, met de juiste mensen zijn, moeten zich ontspannen, al wat dat kan ontspannen. Ik denk, zitten, ja als ze zich goed voelen. Maar ja, ze zijn bezig, ze zijn onzeker, ze zijn onzeker over zichzelf. Dus als ze al voelen, als ze neerliggen, dat er doek boven hen ligt. Allemaal zo belangrijk. Ik denk dat je daar meer aandacht in kan geven. Als hun partner of als ze zegt van dat er zoveel staan te kijken, dat je daar rekening mee houdt, zet ze naast hen. Zorg dat er een grote doek over hen ligt. Allemaal dingen, niet voor ons, maar voor hen, die veilige positie, dat het gevoel van ik heb degenen naast mij, maar plaats die persoon naast haar, niet aan de benen.”

**Bieke Victoor:** “Het is dus echt belangrijk om haar het gevoel te geven dat ze de controle heeft.”

**Mevr. Stockman:** “Ja. Wat er allemaal gebeurt, en niet teveel dat zicht, juist niet. Die zone is al zo onzeker voor haar. Zorg dan dat ze het zelf kan uitvoeren!”

**Bieke Victoor:** “Bedankt voor uw tijd en medewerking.”

## BIJLAGE 7: INTERVIEW DR. DE GROOTE

Interview met Dr. De Groote D., Seksuologe

Praktijk Kortrijk

13/02/2013 om 16u00

Aanwezig: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo en Bieke Victoor

**Bieke Victoor:** “Goedemiddag. Mijn vraag is eigenlijk, uit alle interviews is gebleken dat er tegenstrijdigheid is over de lichamelijke oorzaken. De professor zei dat lichamelijke oorzaken enkel voorkomen bij secundair vaginisme en niet bij primair vaginisme. Maandag hebben we nog een interview gedaan en daar was primair vaginisme meestal een oorzaak van een lichamelijke oorzaak. Dus eigenlijk is er wat tegenstrijdigheid en weten nu niet wat er wel juist is en wat niet.”

**Dr. De Groote:** “Ik ga natuurlijk niet kunnen zeggen dat ik de waarheid in pacht heb hé, en de woorden van een professor zou durven tegenspreken, dat ga ik zeker niet doen. Ik kan alleen maar spreken over de cliënten die ik hier in de praktijk zie, en dan kan ik uit de ervaringen en de begeleidingen die we dan doen, wel zeggen dat we winst hebben met angstreductie, met geleidelijk inbrengen van dilatatoren. Dat brengt beterschap. Dat ga ik vooral het psychische component vooruit schuiven, als ik die ervaringen heb. Nu, ik krijg ook wel regelmatig vrouwen binnen, die een al paar jaar geleden bij een gynaecoloog gepasseerd zijn en die al eens een knip gekregen hebben. De gynaecoloog heeft daar al eens een verwijding aangebracht. Waardoor natuurlijk het fysieke toegang groot genoeg is.”

**Charlotte Vanhoo:** “Over de behandelingen: in de literatuur vind je heel veel, maar ja, wij twijfelen nu zelf wel een beetje van wat er effectief goed is en wat er de beste manier is. Bv. In de literatuur vind je beschrijving van botox-injecties. Er zijn daar echt tegenstrijdigheden over, en wij weten zelf niet wat er het best is. Ik weet niet wat jij daarover denkt?”

**Dr. De Groote:** “wij hebben hier, de seksuologen in Vlaanderen, nog geen ervaring met botoxinjecties. Dus wat je zegt, is van literatuur uit het buitenland. Maar hier hebben we nergens professoren gehoord of artikels gezien van onze vlaamse gynaecologen, professoren-gynaecologen, obstetrici die al met botox gewerkt hebben. Dus ik kan daar zelf geen concrete informatie vanuit Vlaanderen.”

**Charlotte Vanhoo:** “Verder wordt er ook gesproken over hypnotherapie, biofeedback, dilatatie, relatietherapie, relaxatieoefeningen, EMDR, ook medicatie komt aan bod, hymenectomie. Ik weet niet wat jij prefereert van behandelingen en waar dat jij jou het meest op toespitst?”

**Dr. De Groote:** “Nu inderdaad hebben we al technieken die ingrijpen op relaxatie, op bekkenbodemrelaxatie. Dus daar gaan we zeker mee werken. Maar het belangrijkste is ook



gesprekstherapie, zodanig dat de cliënt vragen erover kan stellen. Wat voel ik in mijn lichaam? En is dat normaal? Nu, ik stuur ook vrouwen door naar kinesisten voor het biofeedbacksysteem, want dat geeft goede resultaten, mits een goede gesprekstherapie. Je kan ze niet zomaar een technische behandeling geven en zeggen en verder luister ik niet naar u. Zo gaat dat niet, zo werkt het niet. Je ziet naar de vrouw met angst en minder zelfvertrouwen en zelfbeeld. De mensen moeten op hun gemak gesteld worden en daar gaat relaxatietherapie bij helpen. Dan geef ik oefeningen mee, van dan ga je zelf met je vingertopje in je vagina, ook dit helpt wel om te kunnen relaxeren. Dus je combineert verschillende soorten aanpak die samen een goede progressie gaan geven. Maar op 1 zou ik niet focussen. Ik zou altijd combinaties maken en er altijd voor zorgen dat je cliënt een thuisbasis heeft, hier natuurlijk, waar we vertrouwelijke gesprekken kunnen voeren en waar we ze kunnen vertellen hoe het gaat bij de technische behandelingen die ze gaan krijgen. Want de relaxatietherapie is zuiver relaxatie. Maar wij gaan het hier echt hebben over de seksuele context. Biofeedbacksysteem is een zuiver kiné-oefening van de bekkenbodemplaxatie. Maar hier gaan we het complementeren met de seksuele context. Dus dat is altijd een aanvulling, van de verschillende aanpakken. Dus alles wat jij daar opnoemt, vind ik allemaal zeer interessant en bruikbaar, maar je moet een basis hebben, om een vertrouwensgesprek te hebben en waarop terug kan gekomen worden.”

**Bieke Victoor:** “En EMDR wordt dat vaak gebruikt in België? Of heb je daar geen ervaring mee?”

**Dr. De Groote:** “Ja, ik heb daar ervaring mee. Ik moet zeggen, zoveel EMDR-therapeuten hebben we niet, maar ze werken zeker met vaginisme. Het is een beetje hetzelfde, het is een combinatie van de twee. De gesprekstherapieën in ons kabinet hier en de begeleiding van de EMDR therapeut, die samen angstoverwinning geeft.”

**Bieke Victoor:** “En welke techniek denk je dat de beste prognose geeft?”

**Dr. De Groote:** “Ik ga eens naar uw lijstje moeten kijken hoor. Biofeedbacksysteem, dus dat is bekkenbodemplaxatie met kinesitherapie, daar ga ik heel vaak mee werken en heb ik goede resultaten mee. Met dilatatie ook, ik heb zelf plexiglazen staafjes van verschillende doorsnedes die ik meegeef met de vrouw om dit thuis uit te proberen. En dit geeft goede resultaten. Hymenectomie, dit betekent eigenlijk letterlijk het wegsnijden van het maagdenvlies, dat zijn eerder de uitzonderingen. Botoxinjectie ben ik niet in vertrouwd. Seksuele voorlichting, absoluut, dat is een must. Relatietherapie komt zeker aan bod, want de partner moet meehelpen in die oefeningen, al is het maar om door ondersteuning door tijd te gunnen. Relaxatieoefeningen zijn prima. Inwendig onderzoek doen ze thuis. Medicatie gebruik ik heel zelden en EMDR als er traumatische ervaringen zijn, misbruik, verkrachtingen.”

**Charlotte Vanhoo:** “Heb je zelf nog therapieën die je kan aanvullen, dat je zegt van dat wordt soms nog toegepast?”

**Dr. De Groote:** “het voornaamste staat erin.”

**Bieke Victoor:** “Kan een vaginistische vrouw altijd geholpen worden of zijn er gevallen die niet van hun klachten af geraken?”

**Dr. De Groote:** “Ik spreek over mijn praktijk hé. Ik heb inderdaad cliënten die ik niet kan helpen.”

**Bieke Victoor:** “Wat denk je dat de oorzaak daarvan is?”

**Dr. De Groote:** “Angst.”

**Sanne Sercu:** “In de wetenschappelijke literatuur zie je verschillende mogelijkheden om een diagnose te stellen. Hoe stelt u de diagnose?”

**Dr. De Groote:** “Ik heb er natuurlijk die binnenkomen met het etiket Vaginisme, doordat ze naar de gynaecoloog geweest zijn en daar dan de diagnose gesteld is. Zo zijn er verschillende. En hebben we het woordje dyspareunie. Vaak krijgen ze ook het etiket opgeplakt via de gynaecoloog en dan komen ze hier vertellen over ik heb pijn bij betrekkingen. Dan spreek je daar een beetje verder over: Waar is dat juist? Hoe voelt die pijn? Wanneer treedt de pijn op? En dan komen we tot de conclusie vaginisme. Maar inderdaad, de vrouw en ook de man komen vertellen als wij willen penetratie hebben, dan is het alsof we op een gesloten poortje stuiten. Dat er geen toegang verleend wordt.”

**Bieke Victoor:** “Spreekt de vrouw dan ook altijd van pijn?”

**Dr. De Groote:** “Niet altijd hé, neen. Nee, vaginisme gaat niet altijd gepaard met dyspareunie. Wel vaak. Als wij betrekkingen hebben, of pogingen tot betrekkingen, zijn er die weigeren om er nog maar aan te beginnen uit schrik dat de penis dan in mij komt en dan blokkeert dat.”

**Sanne Sercu:** “Welke mogelijke gevolgen kunnen er zijn op psychologisch en relationeel vlak?”

**Dr. De Groote:** “De gevolgen zijn frustraties, zowel voor de vrouw als voor de man. De vrouw vindt dat ze faalt en de man dat zijn verlangens niet ingevuld worden, de behoefte om intiem te zijn met zijn partner. Er is een zeer groot verlangen en dat wordt niet beantwoordt. Ook schuldgevoelens. De schuldgevoelens en frustraties leven bij alle twee en dat zijn serieuze werkpunten. Nu heb ik soms ook wel relaties die op helling komen te staan. Het kan soms wel een breekpunt zijn, dat de partners zeggen: ik stop hier de relatie, want ik kan dat niet aan, ik heb al zoveel geduld gehad en mijn verlangens worden niet ingevuld en er ontbreekt een facet in onze relatie. En die daarom dan beslissen om de relatie stop te zetten.”

**Bieke Victoor:** “In de literatuur heb ik ook gelezen dat vrouwen die al jaren kampen met vaginisme, vaak kiezen voor een passieve partner, die niet echt behoefte heeft aan seksuele contact. Zie je dat soms in je praktijk?”

**Dr. De Groote:** “Ik zie dat soms, maar eigenlijk heel zeldzaam. Als ze een partner hebben, die daar geen behoefte aan heeft, waarom zouden ze dan komen consulteren? Dan hebben we geen probleem.”

**Bieke Victoor:** “Misschien omwille van zwangerschap?”

**Dr. De Groote:** “Dat is juist. Dat is een goede opmerking. Maar hebben ze zelf wel al misschien het idee gehad van we gaan onszelf insemineren, of we zullen gaan voor inseminatie. Ik zie veel meer koppels, dat de man hier zit te wenen, omdat hij zo’n verlangen heeft naar zijn vrouw. Dus we kunnen niet zeggen dat hij geen behoefte heeft aan seks. Hij heeft juist een groot verlangen, maar hij heeft ontzettend veel geduld en heel veel respect. En dat valt er op aan die mannen, zo’n lieve teddyberen noemen we dat, die zo heel veel geduld en vertrouwen hebben en niets forceren. Waardoor de vooruitgang iets blokkeert.”

**Charlotte Vanhoo:** “Stel dan dat de vrouw met inseminatie zwanger wordt, wat raad je dan bijvoorbeeld aan, aan ons als vroedvrouwen, bij de arbeid, voor een inwendig onderzoek? Want bij haar zal dat nog altijd een groot punt zijn om te doen, maar bij ons is het wel nodig om de ontsluiting te bepalen enzo. Wat zouden voor jou aandachtspunten zijn hoe we het best aanpakken?”

**Dr. De Groote:** “Heb je het al gehad?”

**Charlotte Vanhoo en Sanne Sercu:** “Neen”

**Bieke Victoor:** “Ik heb wel al een keer een vrouw gehad die moeilijk te toucheren was. Ze trok haar telkens omhoog, met de benen dichtgeknepen. En dat was wel moeilijk. En hebben de vroedvrouwen gepusht eigenlijk om epidurale te nemen, zodat ze niets zou voelen.”

**Dr. De Groote:** “Op voorhand leg ik de mogelijkheid van epidurale uit en dan ga je geen pijn voelen en hoef je niet angstig te zijn om pijn te hebben. Dat wordt op voorhand besproken. Anderzijds vertel ik ook aan de vrouw, tegen dat het ogenblik daar komt, heb je enorme hormonale invloeden van uw baarmoeder, dus de toegang is veel gemakkelijker. Dus dat is allemaal zeer sterk beïnvloed. En als we dat dan ook aan onze vrouw meegeven van kijk, uw spanning gaat sowieso lager zijn, gaat toegankelijker zijn door al die hormonale invloeden. Dan hebben die ook de geruststelling van de natuur gaat wel een beetje voor mij zorgen. Stel nu dat je iemand hebt, van ik wil dat hier niet en ik ga mij terug trekken. Dan zou ik natuurlijk proberen op in te spreken, zachtjes hand op de buik, dan vingertopje doorschuiven en aan mevrouw bevestiging vragen of het pijn is dat ze voelt of is het eerder druk. Op basis van die aanrakingen kan je verder gaan in je beleid.”

**Bieke Victoor:** “Ik weet niet of je iets weet over de baringshouding? Wij denken dat een gynaecologische houding beangstigend is, omdat ze met de benen openligt. Wij denken dat het beter zou zijn om bijvoorbeeld in zijlig te bevallen ofzo. Wat denkt u daarvan?”

**Dr. De Grootte:** “Ik denk dat je dat op voorhand met de vrouw bespreekt. Wat is haar voorkeur en wat vind je van die houding? Voelt ze dat aan als bedreigend of niet? Als je alles zal bespreken en bij naam noemen, dan voelt de vrouw ook wel de vrijheid van ik kan zeggen wat ik ervan denk en hoe ik het liefst zou hebben.”

**Charlotte Vanhoo:** “Dus volgens u is het echt wel belangrijk om al voor de bevalling, in de zwangerschap alles te bespreken, er aandacht voor te hebben, zodat ze voorbereid is op wat gaat komen en dat ze ook weet wat er zal gebeuren. En dat ze daardoor minder angstig zal zijn.”

**Dr. De Grootte:** “Uitleg hé! Daar hebben ze nood aan. Het zijn onzekere mensen. In feite is dat de basis van vaginisme, van ik kan dat hier niet! Ze stellen zichzelf de vraag van zal dat wel lukken in mij? Een heel bang vogeltje.”

**Bieke Victoor:** “En heb je hier al vrouwen terug gezien die al bevallen zijn en die vaginistisch zijn?”

**Dr. De Grootte:** “Ja.”

**Bieke Victoor:** “En weet u hoe ze de bevalling ervaren hebben?”

**Dr. De Grootte:** “Neen, ik krijg kaartjes, van hoera, wij zijn zwanger en Hoera, we zijn bevallen van een zoon of een dochter. Maar ik zie ze bijna niet meer, via de therapie, via de begeleiding zijn zij tot betrekkingen kunnen komen en dan zijn ze bevallen en zie ik ze niet meer.”

**Sanne Sercu:** “Mogelijke differentiële diagnoses?”

**Dr. De Grootte:** het is ook een diagnose die leidt tot vaginisme, die de oorzaak is. Al is het maar een eenvoudige candida-infectie, daar kan je ook pijn bij ervaren. En dan denk je van er is iets mis met mij.”

**Sanne Sercu:** “Maakt u gebruik van seksuele vragenlijsten?”

**Dr. De Grootte:** “De psychologen maken meer gebruik van de seksuele vragenlijsten. Ik maak daar geen gebruik van.”

**Sanne Sercu:** “We denken dat we het belangrijkste gevraagd hebben. Dank u wel voor het interview.”

## BIJLAGE 8: INTERVIEW MEVR. VAN HOORDE

Gesprek met Mevr. Van Hoorde B., psychologe,

Praktijk UZ Gent

26/02/2013 om 10u30

Aanwezig: Sanne Sercu, Bieke Victoor

Afwezig: Charlotte Vanhoo (wegens stage)

**Bieke Victoor:** “Goedemorgen, wij zijn studenten vroedkunde en wij maken een bachelorproef op rond de begeleiding van de vaginistische vrouw tijdens de arbeid en bevalling. Maar om een goed beleid op te stellen moeten we het begrip vaginisme volledig begrijpen. Daarom bevragen we de hulpverleners die in contact komen met vaginistische vrouwen zoals gynaecologen, vroedvrouwen, seksuologen, kinesitherapeuten, maar ook psychologen. Wij willen meer weten hoe elke hulpverlener een vrouw met vaginisme benadert. Mijn eerste vraag is ‘wat verstaat u onder het begrip vaginisme?’ Want er zijn heel wat definities omtrent vaginisme”

**Mevr. Van Hoorde:** “Ik zie vooral dat onbewust opspannen van de bekkenbodemspieren waardoor penetratie ofwel onmogelijk is en dat de partners aangeven dat ze als het ware tegen een muur opbotsen, ofwel dat het mogelijk is, maar dat de vrouw veel pijn heeft. Bij vaginisme ligt vooral de nadruk op het onbewust, onwillekeurig opspannen van de bekkenbodemspieren.”

**Bieke Victoor:** “Bij vaginisme, is coïtus volledig of gedeeltelijk onmogelijk?”

**Mevr. Van Hoorde:** “Hangt af van situatie tot situatie. Het kan zijn dat het volledig onmogelijk is, maar bij sommige misschien wel mits heel veel pijn.”

**Bieke Victoor:** “Wat is nu het verschil tussen primair en secundair vaginisme, qua oorzaken? Uit de vorige interviews was er wat onduidelijkheid. Een gynaecoloog vertelde ons dat lichamelijke oorzaken voor vaginisme enkel voorkwamen bij de secundair vaginisme. Een kinesiste vertelde ons dan dat primair vaginisme vaak de oorzaak was van vulvair vestibulitis, een lichamelijke oorzaak van vaginisme.”

**Mevr. Van Hoorde:** “Primair is dat het er altijd is geweest en secundair dat vaginisme na een tijdje kan komen. Ik denk dat dat heel verschillend kan zijn. misschien kun je redeneren dat primair, als het er altijd al is geweest, dat de kans groter is dat er in het verleden negatieve ervaringen zijn geweest, zoals trauma's of dergelijk overschrijdend gedrag, maar dat kan ook bij secundair vaginisme. Ik denk dat het moeilijk is om op dat vlak onderscheid te maken van als het primair is zijn het enkel die oorzaken en bij secundair zijn het andere oorzaken.”

**Bieke Victoor:** “Kan u ons soms de prevalentie meedelen van vaginisme. In de wetenschappelijke literatuur vinden geen specifieke gegevens. Wat denkt u over de prevalentie?”

**Mevr. Van Hoorde:** “Er is onlangs een sexpert onderzoek geweest er staan daar ook wel cijfers in over pijn, maar ik weet niet of het specifiek over dyspareunie of vaginisme gaat. Ik zelf doe ook geen onderzoek over en weet dus ook niet hoe vaak het nu precies voorkomt.”

**Bieke Victoor:** “Wat denkt u dat de allerbelangrijkste oorzaken van vaginisme zijn? Trauma’s, lichamelijke oorzaken, pijn, angst?”

**Mevr. Van Hoorde:** “Ik zie toch ook wel vaak dat vaginisme het gevolg is van dyspareunie. Vrouwen hebben pijn, ervaren een aantal keer pijn en daardoor raken ze in een vicieuze cirkel. Ze zijn bang van pijn en daardoor gaan ze hun bekkenbodemspieren gaan opspannen. Ook is het moeilijk om te achterhalen wat er nu het eerst was? Het opspannen waardoor het pijn kan doen of de pijn, waardoor ze zich gaan opspannen. Ik heb toch vaak het gevoel dat vaginisme het gevolg is van pijnervaringen die de vrouwen hebben meegemaakt die zowel lichamelijk of psychologisch zijn.”

**Bieke Victoor:** “Is er altijd sprake van angst?”

**Mevr. Van Hoorde:** “Ik denk van wel, maar ze gaan het misschien niet allemaal aangeven, maar stel ‘seks doet pijn’, ze gaan heel snel die associatie maken, het is een onbewust mechanisme dat die bekkenbodemspieren gaan opspannen.”

**Sanne Sercu:** “Hoe stelt u precies de diagnose? Maakt u gebruik van specifieke vragenlijsten?”

**Mevr. Van hoorde:** “Ik heb geen specifieke vragenlijsten die ik de mensen laat invullen, maar ik ga heel veel exploreren. Ik vraag aan de vrouw of er sprake is van pijn, waar het pijn doet, op welke momenten. Ik laat ze ook soms een pijnschaal invullen. Ik vraag of er ook sprake is van pijn bij tampongebruik of bij het speculumonderzoek bij de gynaecoloog. Als de partner erbij is vraag ik ook aan hem hoe het precies zit, hoe hij het ervaart? Dan geven die partners ook wel aan dat ze precies tegen een muur botsen bij een poging tot penetratie. Heel vaak zijn het de partners die er meer over vertellen dan de vrouw. Ik vraag ook of dat het gespannen vrouwen in het algemeen zijn. Vaak zie je dat ook bij vaginisme dat het heel vaak gaat om gesloten vrouwen. Ik start met vragen stellen, maar het is niet zo dat ik gebruik maak van specifieke vragenlijsten.”

**Sanne Sercu:** “we maken een onderscheid tussen de lichamelijke, psychologische en relationele gevolgen, welke specifieke gevolgen kunt u geven?”

**Mevr. Van Hoorde:** “Qua psychologische gevolgen, op de duur raken ze in een vicieuze cirkel, ze zijn onzeker, hebben niet veel zelfvertrouwen, een laag zelfbeeld, schuldgevoelens ten aanzien van de partner...

Relationeel, over het algemeen heb ik nog vaak het gevoel...die partners komen mee en over het algemeen krijg ik de indruk dat die partners veel begrip hebben voor de situatie. Zij geven dan aan van ‘ja, relationeel is onze relatie heel goed, maar we kunnen wel geen penetratie hebben’ en meestal knikt de partner wel, maar heel vaak ervaar toch wel heel veel begrip bij de partners, want meestal zijn het wel nog jonge vrouwen die ik in mijn praktijk zie, dus vaak ook jonge partners.

Ik weet dat wij vroeger in onze opleiding...of dat we zo iemand hadden die les gaf die sprak over de vaginistische man. Heel vaak zijn er mannen die het vaak voor een stukje onderhouden. Door zelf zo voorzichtig te zijn geef je ook niet de...soms moet je een keer een beetje, misschien negatief, maar soms moet de man een beetje doorbijten.

Vorige week had ik nog een patiënte die zei ‘moest ik nu eens een beetje doorbijten’ dan zou het misschien wel gaan, maar die man zag aan haar gezicht dat ze pijn had dus die stopte direct, dus eigenlijk kunnen partners dat ook voor een stuk in stand houden”

**Sanne Sercu:** “en qua lichamelijke gevolgen is dit voornamelijk dyspareunie en de onmogelijkheid tot coïtus of zijn er nog andere gevolgen?”

**Mevr. Van Hoorde:** “Penetratie is dan niet mogelijk, je moet ook altijd goed kijken of dat...

Ik zie in het ziekenhuis heel vaak vestibulitis, maar iemand die daar buiten werkt gaat dat niet vaak zien want je hoort vaak dat vrouwen al heel wat gynaecologen gedaan hebben tot ze dan hier komen en hier valt die diagnose dan wel.”

**Bieke Victoor:** “Hoe behandelt u vaginisme?”

**Mevr. Van Hoorde:** “Als dat opspannen van de bekkenbodemspieren echt op de voorgrond komt, werk ik samen met de kinesiste Bie Stockman. Zij zijn daar toch nog meer voor opgeleid. Wij gaan ons dan meer concentreren rond het terug opbouwen van het lichamenlijk contact. Stap voor stap, rond het relationele en intieme of individuele contact als ze het daar heel lastig mee hebben, of vaak dysfunctionele gedachten zo een beetje anders gaan bekijken. Wij gaan echt wel samen met de kinesist de vrouw gaan benaderen. Zowel zij als ik behandelen de vrouw door het inbrengen van vingers of pelotes. Vroeger was dat met 1 vinger, 2 vingers, 3 vingers, nu werken we vaak met pelotes. De kinesiste zal de vrouw dat allemaal aanraden en uitleggen, maar ik ga de vrouw dan vragen of het haar lukt om dat thuis te doen, wat er haar tegen houdt, wat ze erbij voelde...daar ga ik meer aandacht aan schenken.”

**Bieke Victoor:** “Maar als er sprake is van trauma’s in het verleden, gaat u wel eerst de vrouw behandelen om daarna de vrouw multidisciplinair te behandelen?”

**Mevr. Van Hoorde:** “Soms moeten we ook kijken of we dat eerst moeten behandelen vooraleer over te gaan op de oefeningen, bijvoorbeeld als het te confronterend is of zo voor de vrouw...maar eigenlijk is dat echt wel in de minderheid. Ik zie hier niet vaak vrouwen die een echte traumatische ervaring hebben meegemaakt. Misschien zijn die dan nog niet klaar om de stap te zetten. Maar in mijn ervaring zijn deze vrouwen toch wel in de minderheid.

**Bieke Victoor:** “Als u die angst wil reduceren, hoe gaat dat precies in zijn werk?”

**Mevr. Van Hoorde:** “Via gesprekstherapie gaan kijken, hoe zit dat nu precies met die angst en heel sterk gaan helpen daar bij, wij noemen dat de ‘sensate’ focus-oefeningen, stap voor stap terug dat lichamelijk contact gaan opbouwen en altijd goed de grenzen stellen zodat ze weet dat ze zich veilig voelt.

Als dat goed gaat, gaan we weer één stap verder en er moet ook sterk besproken worden wat er kan en wat niet, want dat hangt af van persoon tot persoon. Want sommige vrouwen kunnen bijvoorbeeld nog niet naakt zijn, dan moet je je oefeningen daar op gaan aanpassen. Maar we gaan heel stelselmatig opbouwen en telkens de grenzen een beetje verleggen zodanig dat ze er vertrouwen in krijgen en tegelijk ook bevragen ‘wat voel je daarbij’ , ‘wat denk je daarbij.’”

**Bieke Victoor:** “Van de vrouwen die hulp zoeken, denkt u dat vaginisme altijd kan opgelost worden, of zijn er vrouwen die met vaginisme blijven kampen?”

**Mevr. Van Hoorde:** “Als het echt rond het opspannen van de bekkenbodemspieren gaat, en het niet kunnen ontspannen en ze gaan naar een kinesiste, dan kunnen de resultaten wel heel goed zijn, als er natuurlijk bijvoorbeeld vestibulitis in het spel is, dan is dat wel een andere zaak.

Als je echt merkt dat het opspannen het meest naar boven komt, en er zijn weinig andere negatieve dingen, dat de resultaten, met hulp van een kinesist, heel goed kunnen zijn.”

**Bieke Victoor:** “Andere vragen hebben we niet meer. Dit interview zal zeker een aanvulling zijn voor onze bachelorproef. Vriendelijk bedankt voor uw tijd.”



## BIJLAGE 9: INTERVIEW MEVR. LAVAERT

Interview met mevr. Lavaert M., kinesitherapeute

02/03/2013 om 11u00

Aanwezig: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo

Afwezig: Bieke Victoor (wegens ziekte)

- Indien er sprake is van misbruik, is het belangrijk om de vrouw door te sturen naar een psycholoog, want de oorzaak van het vaginisme is hier psychologisch.
- Het koppel gaat voornamelijk bij een kindwens hulp zoeken.
- Bij biofeedback maak ik vaak gebruik van een anale plug, hierbij ga ik voornamelijk werken op het loslaten van de bekkenbodemspieren.
- Ook laat ik de vrouw oefeningen doen op de bal, zoals wippen en draaien en geef ik ademhalingsoefeningen (buikademhaling) om volledig te relaxen. Ik geef hen ook mee om thuis, onder de douche, een vinger in de vagina in te brengen, dit om zo te oefenen en te voelen naar het opspannen en ontspannen van de bekkenbodemspieren.
- Vaginisme kan ook plots optreden na partus. Dit gebeurt voornamelijk na een episiotomie. Mevrouw heeft pijn en er is angst. Ik raad hen aan om glijmiddel te gebruiken, ook een vibrator kan hierbij helpen en ze kunnen ook zelf proberen om de bekkenbodemspieren wat te rekken, aan de hand van rekkingsoefeningen. Ook zoeken ze het best naar verschillende houdingen tijdens de betrekkingen, zoals handen en knieën of de vrouw bovenop. Bij deze houdingen heeft de vrouw het zelf in handen.
- Als ik gebruik maak van een vaginale plug, laat ik de vrouw dit zelf inbrengen, dan pas kom ik erbij. Indien dit niet lukt, gebruik ik een anale plug.
- Elektrotens is pijnstillend.
- Ik geef het koppel ook tips mee rond betrekkingen, zoals een goed voorspel, eventueel vooraf een bad nemen, gebruik maken van glijmiddel of xylocainecrème.
- Bij extreem vaginisme kan er sprake zijn van moeilijk plassen (residu) en moeilijke stoelgang ( eventueel de voeten omhoog plaatsen).
- Koppels hebben vaak anale seks ( bij niet-extreme gevallen van vaginisme).
- Definitie: het onwillekeurig samentrekken van de bekkenbodemspieren, er is altijd sprake van pijn en angst. Ze willen wel ontspannen, maar kunnen niet.
- De botoxinjecties kunnen eventueel goed zijn om te kunnen ontspannen.
- Een hymenectomie kan eventueel indien het teveel duwt of het hymen te stug is.
- Indien er nog geen diagnose is, moet je mevrouw doorverwijzen.

- Epidurale anesthesie heeft een voorkeur, omdat het kan helpen om te ontspannen. En het kan zijn dat er een sectio moet plaatsvinden. We moeten aandacht hebben voor de mogelijke aversie die een vrouw kan hebben ten opzichte van bevallen. Vaak gaat het na partus beter doordat ze weten dat er een baby doorgaat. Veel vrouwen zijn bang om iets in te brengen, maar hebben minder angst om iets te laten uit komen, zoals een baby.
- Vaak gaat de vrouw zich zelf insemineren.
- Bij een vaginaal toucher moet je naast de vrouw staan en haar laten zitten op haar vuist of op een bedpan, zo laat je het bekken kantelen.
- Als de vrouw echt zelf een oplossing wil vinden voor haar vaginisme, kan je mogelijkheden aanbieden, maar je mag niets forceren.
- Ik ben persoonlijk tegen dilatatie.
- Het is heel belangrijk om respect te tonen voor de vrouw. In hun ogen is hun vaginisme iets heel normaal.
- De vrouw kan ook gebruik maken van vibrators, dit in verschillende maten. Ze moet opbouwend werken, van klein naar groot. Vaak gaat de vrouw dit alleen doen, bv onder de douche.
- Het is van uitermate belang dat er een samenwerking is tussen de verschillende professionele hulpverleners!

## BIJLAGE 10: VRAGENLIJST MEVR. LOONES

Interview met mevr. Loones L., seksuologe  
Via e-mail

**1. Er is geen eenduidigheid over wat vaginisme is. In bepaalde definities wordt vermeld dat angst en pijn opgenomen moeten worden in de definitie terwijl andere bronnen dit tegenspreken. Wat verstaat u onder vaginisme?**

Antwoord: Er is sprake van een vaginistische reactie als bij pogingen om geslachtsgemeenschap te hebben de spieren rondom de vagina zich samenknijpen, zonder dat de vrouw dit zelf wil. Gemeenschap is hierdoor niet mogelijk, of alleen met veel moeite en pijn. Het spannen van de bekkenbodemspieren gebeurt soms al voor er iets (penis, tampon of speculum) in de buurt van de vagina komt. Bij veel vaginistische vrouwen speelt er ook een zekere angst mee.

**2. Is volgens u gedeeltelijke coïtus nog mogelijk bij vaginisme?**

Antwoord: Ja, er bestaan verschillende gradaties. Sommige vrouwen met vaginisme kunnen geen vinger of tampon inbrengen, anderen wel maar hebben problemen om de penis van de partner in te brengen (situationeel vaginisme)

**3. Wat is volgens u het verschil in oorzaak tussen primair en secundair vaginisme?**

Antwoord: Cfr. website: vrouwen met secundair vaginisme hebben ooit gemeenschap gehad, vrouwen met primair vaginisme niet

**4. Dienen lichamelijke aandoeningen volgens u uitgesloten te worden voor de diagnosestelling van vaginisme?**

Antwoord: Ja, dit is heel belangrijk

**5. De prevalentie van vrouwen met vaginisme in België is niet gekend. Wat zou volgens u het percentage van vaginistische vrouwen in België zijn?**

Antwoord: cfr. website: voorkomen. Hieromtrent reeds verschillende studies, sommige onderzoeken wijzen zelfs aan dat 50% van de vrouwen ooit al eens genitale pijn heeft ervaren bij gemeenschap

**6. Wat komt volgens u het meest voor: primair of secundair vaginisme?**

Antwoord: Men geeft vaak aan dat secundair vaginisme het meest voorkomt maar in mijn praktijk kom ik vooral in contact met meisjes met primair vaginisme

**7. Is een inwendig onderzoek volgens u een correcte manier van diagnosestelling?**

Antwoord: Uitgebreide anamnese is heel belangrijk, speculumonderzoek als eerste inwendig onderzoek niet aangewezen bij primair vaginisme

**8. Hoe stelt u de diagnose van vrouwen met vaginisme?**

Antwoord: Anamnese en manueel onderzoek

**9. Vaginisme kent heel wat gevolgen zoals dyspareunie, onmogelijkheid tot coïtus...**

**Welke** gevolgen kunt u hieraan nog toevoegen (lichamelijk, psychologisch, relationeel)?

Antwoord: cfr. website : gevolgen

**10. Wat zijn volgens u de gevolgen van vaginisme naar zwangerschap en bevalling toe?**

Antwoord: cfr. brochure in bijlage

**11. Kunt u zeggen of u volgende therapieën toepasselijk vindt bij vaginisme?**

**Cognitieve gedragstherapie, psychotherapie, hypnotherapie, EMDR, zelfonderzoek, seksuele voorlichting en voorlichting van bekken, vaginale dilatatie, botoxinjecties, hymenectomie, vestibulectomie, antidepressiva, bekkenbodembreëducatie zoals EMG-biofeedback, elektrostimulatie en kegel oefeningen.**

Antwoord: Vaak wordt vaginisme geassocieerd met vestibulodynie. Alle therapieën kunnen dus toepasselijk zijn. Elke patiënt is individueel verschillend waardoor het effect van een bepaalde therapievorm ook verschillend is naargelang de patiënt en zij pathologie.

**12. Hoe behandelt u vrouwen met vaginisme?**

Antwoord: cfr. website: bekkenbodetherapie, biofeedback, elektrotherapie en seksuologische begeleiding

**13. Kan vaginisme volgens u altijd opgelost worden?**

Antwoord: Lichamelijk vaginisme heeft na een adequate behandeling een gunstige prognose. Psychogeen vaginisme is vaak veel complexer waardoor behandeling vaak langer duurt

## BIJLAGE 11: VRAGENLIJST PROF. DR. WEYERS

Interview met prof. dr. Weyers S., gynaecoloog  
Via e-mail

**1. Wordt er soms gekozen voor primaire sectio bij vaginistische vrouwen? Wat zijn de indicaties? Hoe vaak gebeurt het?**

Antwoord: Een sectio zonder duidelijke medische indicaties gebeurt slechts per grote uitzondering en zou in dit geval enkel kunnen als patiënte psychologische problemen (lees: pathologie) ontwikkelt rond de idee van een vaginaal partus. In de meeste gevallen kunnen we patiënte wel geruststellen en zal zij uiteindelijk toch voor een vaginale partus kiezen. Indien we toch een sectio zouden toestaan zou dit enkel na uitgebreid informed consent gebeuren. In praktijk hebben we dit tot op heden nog niet moeten doen.

**2. Is epidurale verdoving gewenst bij een vaginistische vrouw in arbeid om inwendige onderzoeken mogelijk te maken of juist niet om de natuurlijke persdrang van de vrouw te behouden?**

Antwoord: Epidurale verdoving is inderdaad wel aangewezen, niet alleen om de inwendige onderzoeken te vergemakkelijken maar ook om de angst voor de patiënte om pijn te hebben weg te nemen.

**3. Ervaart de vaginistische vrouw bevallen in gynaecologische houding als bedreigend/beangstigend of niet? Zijn er andere baringshoudingen gewenst bij een vaginistische vrouw?**

Antwoord: In de praktijk is de houding op zich geen probleem. Indien patiënten het hier toch moeilijk mee hebben kunnen zij eventueel in zijlig of op de kruk bevallen (dit laatste natuurlijk niet in combinatie met epidurale....)

**4. Wat is het beleid wanneer een inductie noodzakelijk is? Wordt er bij vrouwen met vaginisme geopteerd voor pre-inductie met vaginale of cervicale tabletten, bv. Prostin? En wat met een amniotomie? Want voor beide is een inwendig onderzoek geïndiceerd. Of zal een vrouw met vaginisme enkel geïnduceerd worden aan de hand van oxytocine?**

Antwoord: Indien een speculumonderzoek niet mogelijk is opteren wij voor het gebruik van Prostringel in de dorsale fornix, dit kan bij deze vrouwen probleemloos vaginaal worden opgespoten. Uiteraard induceren wij liever niet voor 41 weken als er geen medische indicatie

is. Aangezien zij bijna steeds een epidurale verdoving hebben is amniotomie evenals de inwendige onderzoeken geen probleem.

**5. En nog een vraag over inwendig onderzoek: Tijdens de arbeid is een inwendig onderzoek noodzakelijk om POVASI te bepalen. Maar wat als de vrouw tijdens de arbeid een inwendig onderzoek weigert? Is het volgens u een beroepsfout dat een arts een vrouw insemineert zonder eerst het vaginisme aan te pakken?**

Antwoord: Ik zou zeker niet van beroepsfout durven spreken indien een arts een patiënte insemineert zonder het vaginisme aan te pakken, maar het lijkt me op zijn minst toch wel een gemiste kans! Ik zou er alvast zeer sterk voor pleiten om het probleem van vaginisme aan te pakken om natuurlijke conceptie mogelijk te maken. Indien dit door patiënte geweigerd wordt of indien de behandelingen (nog) niet succesvol zijn en patiënte toch een sterke kindervens heeft kan de arts mi toch over zelfinseminaties spreken. Ik zou dan de patiënte er alvast toch ook op wijzen dat soms gedurende de zwangerschap en zeker tijdens de partus vaginale manipulaties nodig zullen zijn en dat ze hier rekening moet mee houden. In de praktijk heb ik hier alvast nooit echte problemen rond gezien.

## BIJLAGE 12: NOTULISTENVERSLAGEN

### *Notulistenverslag vergadering 07/08/2012*

Voorzitter: Bieke Victoor

Notulist: Charlotte Vanhoo

Deelnemers: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo en Bieke Victoor

In deze vergadering werkten we ideeën rondom de bachelorproef uit want enkel het onderwerp was reeds gekend: 'vaginisme'.

Zowel Sanne, Bieke als ikzelf brachten onze inbreng in het praktijkgedeelte. Uiteindelijk kwam Bieke met een idee die door allen goedgekeurd werd. Het praktijkgedeelte zou 2 delen omvatten. Het eerste deel zou bestaan uit het geven van een voorlichtingssessie aan vrouwen met vaginisme. In het tweede luik zouden we ons toespitsen op een enquête die voor en achter de voorlichtingssessie zou afgenomen worden. Door het vergelijken van deze resultaten zullen we een conclusie schrijven omtrent de noodzaak aan voorlichting omtrent vaginisme.

Om vaginistische vrouwen te kunnen bereiken, schreef Bieke een aankondiging die we op verschillende fora gaan plaatsen. Sanne en ik werkten ondertussen de probleemstelling uit.

Bieke stelde voor om te overleggen over financieringsmiddelen voor de bachelorproef. We brachten alle drie een aantal mogelijkheden aan, zoals koekenverkoop, pannenkoekenverkoop, maar we besloten om dit nog eventjes te laten bezinken en hier in een volgende vergadering op terug te komen.

Als laatste item van deze vergadering, zochten we samen achter een geschikte datum om samen te komen met de interne promotoren.

Na een vergadering van 3 uur sloot Bieke deze af met de taakverdeling:

Sanne: probleemstelling

Charlotte: planning

Bieke: inhoudsopgave

Bieke wees ons er ook nog op om op vrije momenten op zoek te gaan naar wetenschappelijke literatuur omtrent vaginisme.

## *Notulistenverslag afspraak interne promotoren 24/09/2012*

Voorzitter: Bieke Victoor

Notulist: Sanne Sercu

Deelnemers: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo, Bieke Victoor, mevr. Deherder en mevr. Vandesteene

Dit notulistenverslag zou door Sanne Sercu geschreven worden. Echter kregen Charlotte en Bieke dit verslag nooit.

## *Notulistenverslag vergadering 24/09/2012*

Voorzitter: Charlotte Vanhoo

Notulist: Bieke Victoor

Deelnemers: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo en Bieke Victoor

Tijdens deze vergadering werden de taken verdeeld. Sanne zou instaan voor alle communicatie met de interne en externe promotors en derden. Zij krijgt de taak van communicatief verantwoordelijke. Charlotte is verantwoordelijk gesteld voor de administratie. Zij houdt alle documenten bij en zorgt voor de samenhang van onze bachelorproef. Ikzelf ben financieel verantwoordelijke. Ik zou op zoek gaan naar sponsering voor onze bachelorproef.

Na onze afspraak met onze interne promotoren, moesten we ons praktisch deel aanpassen, omdat het vorige niet veel met verloskunde te maken had. We besloten om een brochure op te stellen voor vroedvrouwen met aandachtspunten bij het begeleiden van een vaginistische vrouw in arbeid. We beslisten ook dat we het verdelen van de brochure zouden beperken tot de West-Vlaamse ziekenhuizen. Aan de probleemstelling en de inhoudsopgave werd opnieuw wat gesleuteld.

Charlotte verdeelde de onderwerpen, wie wat zou schrijven:

Bieke: Definitie, incidentie en etiologie

Sanne: Diagnosestelling en gevolgen van vaginisme

Charlotte: behandeling en prognose van vaginisme

Tijdens deze vergadering werd ook al een beetje gezocht naar wetenschappelijke literatuur die we konden verwerken in ons theoretisch deel.

Als financieel verantwoordelijke haalde ik ook de financiering van onze bachelorproef aan. We zouden heel wat sponsoring kunnen gebruiken aangezien we met brochures willen werken. Er werd een balans opgemaakt van de mogelijke kosten door Charlotte. Ik stelde enkele ideeën voor. Er werd al gauw beslist om koeken te verkopen en ik nam onmiddellijk contact op met een firma.



Charlotte eindigde de vergadering met alles kort samen te vatten en vroeg ons om tegen de volgende vergadering de wetenschappelijke literatuur mee te brengen zodat deze kon overlopen worden.

### *Notulistenverslag vergadering 05/11/2012*

Voorzitter: Bieke Victoor

Notulist: Sercu Sane

Deelnemers: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo en Bieke Victoor

In deze vergadering hebben we kort de gevonden wetenschappelijke artikels besproken en verdeeld. We hebben opgemerkt dat het een moeilijke opdracht is om goede wetenschappelijke artikels over vaginisme te vinden. Doordat we niet veel konden bespreken, besluiten we om de vergadering kort te houden en volgende week af te spreken.

Op het einde van de vergadering werd de verdeling van de artikels nog eens overlopen. Ook werd er besloten om tegen de volgende vergadering de wetenschappelijke artikels te lezen en er een leesfiche van te maken.

### *Notulistenverslag vergadering 12/11/2012*

Voorzitter: Charlotte Vanhoo

Notulist: Sercu Sanne

Deelnemers: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo en Bieke Victoor

Tegen deze vergadering hadden we een aantal wetenschappelijke artikels gelezen. Dit werd besproken. Charlotte vond nog artikels en dit hebben we terug verdeeld. Er werd afgesproken om van de gelezen artikels een leesfiche op te maken, dit tegen volgende week.

Verder zijn we gestart met het opstellen van de vragen voor de professionele hulpverleners. Dit verliep niet vlot, maar we concludeerden dat het vlotter zou verlopen als we alle artikels gelezen hadden. Dus werd er besloten om nog vragen op te stellen tegen de volgende vergadering, dit aan de hand van de gelezen wetenschappelijke artikels.

Tevens hebben we ook gezocht naar een externe promotor. Er werden al twee mails verstuurd met de vraag om externe promotor te zijn, dit naar Lotte Loones en Danielle De Grootte. Van Lotte Loones kregen we een negatief antwoord en we wachten nog op een antwoord van Danielle De Grootte. We hebben online nog verder gezocht, dit om zeker een externe promotor te vinden. Charlotte Vanhoo vond op de site van het UZ Gent een gynaecoloog, Dr. Hans Verstraelen. Er werd aan mij de taak gegeven om een mail te sturen met de vraag om externe promotor te zijn.

Om de vergadering af te ronden hebben we alles kort samengevat en opgeschreven. Tevens besluiten we om volgende week terug een vergadering te plannen.

### *Notulistenverslag vergadering 19/11/2012*

Voorzitter: Bieke Victoor

Notulist: Charlotte Vanhoo

Deelnemers: Charlotte Vanhoo en Bieke Victoor (Sanne Sercu was ziek)

Tegen vandaag dienden we alle wetenschappelijke artikels te lezen en er een leesfiche van te maken. Normaal was er gepland om deze leesfiches tijdens deze vergadering kort te overlopen maar doordat Sanne ziek was, besloot Bieke om dit uit te stellen naar de volgende vergadering.

Tevens dienden we tegen vandaag ook vragen op te stellen voor de interviews met hulpverleners. De gevonden vragen typte ik in een Word-document. Bieke concludeerde dat we tegen de volgende vergadering nog meer en concretere vragen dienden te vinden.

Doordat er op zaterdag 24/11/2012 een afspraak gepland staat met de externe promotor besloot Bieke om een lijstje op te stellen met de items die gevraagd dienden te worden. We noteerden tevens ook vragen voor de interne promotoren zodat we die niet zouden vergeten. Ik typte de vragen ordelijk uit in een Word-document.

Ik merkte tijdens de vergadering op dat de planning, probleemstelling en inhoudsopgave niet meer up-to-date was. Bieke stelde voor dat iedereen tijdens de komende week 1 taak op zich zou nemen. Ik ging akkoord.

Doordat Sanne niet bij de vergadering aanwezig was, konden we niet zoveel bespreken. Bieke besloot om deze reden de vergadering kort te houden.

Bieke verdeelde de taken voor de komende week:

Sanne: mail opstellen voor interview hulpverleners

Charlotte: planning en probleemstelling wijzigen

Bieke: inhoudsopgave wijzigen

Verder deelde Bieke mee dat iedereen tegen woensdag 21/11/2012 de wetenschappelijke artikels en leesfiches online dient te zetten.

Tegen zondag 25/11/2012 dient het eerste theoretisch deel geschreven te zijn zodat Charlotte dit in de namiddag kan samenvoegen in het Word-document 'BACHELORPROEF'. Bieke zal dit 's avonds doorlezen om spellingsfouten aan te passen zodat het op maandag 26/11/2012 kan doorgestuurd worden naar de interne promotoren, exact 2 weken voor de afspraak met hen.

Tegen maandag 26/11/2012 dient er verder gezocht te worden naar vragen en hulpverleners voor de interviews zodat die vragen doorgestuurd kunnen worden naar de interne promotoren en er afspraken kunnen gemaakt worden voor de interviews. Ook dienen de notulistenverslagen online gezet te worden zodat Charlotte deze kan invoegen in het Word-document 'BACHELORPROEF'.

Op het eind van de vergadering werden alle besproken items uitgetypt en doorgemailed naar Sanne zodat ze op de hoogte zou zijn van wat besproken werd.

### *Notulistenverslag vergadering 26/11/2012*

Voorzitter: Sanne Sercu

Notulist: Charlotte Vanhoo

Deelnemers: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo en Bieke Victoor

Tijdens de middagpauze kwamen we samen om elkaars theoriedeel van de bachelorproef te lezen. Echter had Sanne Sercu haar theoriedeel niet mee waardoor Bieke en Charlotte dit niet konden beoordelen. Bieke en Charlotte overliepen wetenschappelijke literatuur die belangrijk zijn voor bepaalde theorie delen.

Tegen vandaag dienden er vragen voor de hulpverleners opgesteld te worden. Bieke en Charlotte hadden vragen mee. Sanne had niets voorbereid. We overliepen die kort en spraken af dat deze tegen vanavond afgerond en doorgestuurd dienden te worden.

We vroegen aan Sanne om tegen morgen alle mails naar hulpverleners te versturen.

Verder maakten we afspraken omtrent het doorsturen van theorie delen naar elkaar.

### *Notulistenverslag afspraak interne promotoren 10/12/2012*

Voorzitter: Bieke Victoor

Notulist: Sanne Sercu

Deelnemers: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo, Bieke Victoor, mevr. Deherder en mevr. Vandesteene

Dit notulistenverslag zou door Sanne Sercu geschreven worden. Echter kregen Charlotte en Bieke dit verslag nooit.

### *Notulistenverslag vergadering 10/12/2012*

Voorzitter: Charlotte Vanhoo

Notulist: Sanne Sercu

Deelnemers: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo, Bieke Victoor

Dit notulistenverslag zou door Sanne Sercu geschreven worden. Echter kregen we dit verslag nooit in handen.

### *Notulistenverslag interview prof. dr. Dhont op 20/12/2012*

Voorzitter: Bieke Victoor

Notulist: Charlotte Vanhoo

Deelnemers: Charlotte Vanhoo, Bieke Victoor en prof. dr. Dhont (Sanne Sercu was ziek)

Het interview kan in bijlage gelezen worden.

### *Notulistenverslag interview mevr. Helsloot op 21/12/2012*

Voorzitter: Bieke Victoor

Notulist: Charlotte Vanhoo

Deelnemers: Charlotte Vanhoo, Bieke Victoor en mevr. Helsloot (Sanne Sercu was ziek)

Het interview kan in bijlage gelezen worden.

### *Notulistenverslag interview mevr. Stockman op 11/02/2013*

Voorzitter: Bieke Victoor

Notulist: Sanne Sercu

Deelnemers: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo, Bieke Victoor en mevr. Stockman

Het interview kan in bijlage gelezen worden.

### *Notulistenverslag interview dr. De Grootte op 13/02/2013*

Voorzitter: Charlotte Vanhoo

Notulist: Sanne Sercu

Deelnemers: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo, Bieke Victoor en dr. De Grootte

Het interview kan in bijlage gelezen worden.

### *Notulistenverslag afspraak externe promotor 13/02/2013*

Voorzitter: Charlotte Vanhoo

Notulist: Sanne Sercu

Deelnemers: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo, Bieke Victoor en dr. De Grootte

Het grootste deel van de afspraak bestond uit het interview. Daarna werden korte afspraken gemaakt rondom uittypen interviews en verder planning van bachelorproef.

### *Notulistenverslag interview mevr. Van Hoorde op 26/02/2013*

Voorzitter: Sanne Sercu

Notulist: Bieke Victoor

Deelnemers: Sanne Sercu, Bieke Victoor en mevr. Van Hoorde (Charlotte Vanhoo had stage)

Het interview kan in bijlage gelezen worden.

### *Notulistenverslag interview mevr. Lavaert op 02/03/2013*

Voorzitter: Charlotte Vanhoo

Notulist: Sanne Sercu

Deelnemers: Sanne Sercu, Charlotte Vanhoo en mevr. Lavaert (Bieke Victoor was ziek)

Het interview kan in bijlage gelezen worden.

### *Notulistenverslag afspraak interne promotoren 29/03/2013*

Voorzitter: Charlotte Vanhoo

Notulist: Bieke Victoor

Deelnemers: Charlotte Vanhoo, Sanne Sercu, Bieke Victoor, mevr. Vandesteene, mevr. Deherder

De interne promotoren gaven aan dat het misschien beter kon zijn om ook eens een vaginistische vrouw die reeds bevallen is, te interviewen. Dit zou een meerwaarde kunnen zijn voor onze bachelorproef. We gaven aan dat het wel moeilijk zou zijn om zomaar een vrouw te vinden die bereid is om mee te werken. De interne promotoren gaven aan dat we via prof. dr. Dhont wel een bereidwillige dame zouden vinden. Wij denken dat dit toch moeilijk is. Zo zouden wij prof. dr. Dhont hiermee moeten lastigvallen en dit zou veel tijd in beslag kunnen nemen. Wij stelden voor om op fora op zoek te gaan naar vaginistische vrouwen. Deze vrouwen zouden dan misschien ook opener kunnen spreken over hoe zij hun arbeid en bevalling ervaren hebben. We denken dat we meer respons zouden krijgen via fora. We beslisten om een tekstje op te maken om op verschillende fora te plaatsen.

Er werd weinig gevonden over induceren bij een vaginistische vrouw. We zouden zeker nog een mail sturen naar dr. Weyers met de vraag hoe een vaginistische vrouw nu het best geïnduceerd wordt indien hier een indicatie voor is.

Er wordt te veel plaats per blad in beslag genomen door de voetnoten. We mogen de bronnen niet 2 keer voluit schrijven, maar moeten er naar verwijzen.

De onderwerpen voor het hoofdstuk 'beleid tijdens arbeid en bevalling' werden besproken. Wij hadden volgende onderwerpen al: inductie, sectio, epidurale anesthesie, baringshoudingen, inwendig onderzoek. De interne promotoren vonden dit goed.

Het lettertype moet ook aangepast worden: Arial pt 11, interlinie 1,5

### *Notulistenverslag vergadering 07/04/2013*

Voorzitter: Bieke Victoor

Notulist: Charlotte Vanhoo

Deelnemers: Charlotte Vanhoo en Bieke Victoor (Sanne Sercu was ziek)

Vandaag kwamen we samen om alle interviews af te werken en die in een eenduidige opmaak te schikken. Daarnaast werden de tegenstrijdigheden in de bachelorproef aangepakt. We bespraken hoe alles het best weergegeven kon worden in de bachelorproef. In de tijd die reste, maakten we concrete afspraken:

- Tegen zaterdag 13/04 22 uur volgende doorsturen naar Charlotte
  - Theoriedelen
  - Bieke en Charlotte werken het deel rondom vroedkundig beleid af.
  - De interviews dienden samengevat te worden
  - Charlotte schrijft het deel rondom 'brochure' opnieuw
  - Alle notulistenverslagen worden doorgestuurd naar Charlotte
  - Er wordt verder nagedacht over logo + groepsnaam
- Tegen zondag 28 april
  - Ontwerp logo klaar (Charlotte)
  - Proefdruk brochure (Charlotte)
  - Volgende zaken worden onderverdeeld onder Bieke en Sanne: abstract, bachelorproefopzet, proces- en productevaluatie, besluit, inleiding, woord vooraf, discussie
  - Charlotte maakt vragenlijst voor evaluatie brochure
  - Bieke past alle bronnen correct aan en maakt bibliografie

### *Notulistenverslag afspraak interne promotoren 29/04/2013*

Voorzitter: Charlotte Vanhoo

Notulist: Bieke Victoor

Deelnemers: Charlotte Vanhoo, Bieke Victoor, mevr. Vandesteene, mevr. Deherder, Mevr. Dorme

Er werd besproken wat we eventueel konden weglaten van de bachelorproef, omdat Sanne afgehaakt had, waardoor we nog maar met twee waren om de bachelorproef tot een goed en

mooi geheel af te werken. Charlotte en ik zagen het niet zitten om nog iets weg te laten vallen, omdat we er al zo veel tijd en werk in gestoken hadden. Maar Charlotte gaf aan dat we beiden nog niet gestart waren met het portfolio en dat er wel een tegemoetkoming in verband met het portfolio wenselijk was. Voor het portfolio kregen we uitstel tot 10 juni en we konden nog een tussentijdse evaluatie krijgen als we het indienen 26 mei doorsturen naar de interne promotoren.

Sanne zou alles regelen voor het logo, ook al is ze gestopt met de opleiding en de bachelorproef. De interne promotoren gaven aan dat we niet meer mochten vertrouwen op Sanne en dat we het zelf moesten proberen te regelen. Indien het niet zou lukken om het logo zelf te ontwerpen, zou mevr. Dorme iemand inschakelen om dit voor ons te doen. We toonden aan de interne promotoren wat we al ontworpen hadden van het logo, maar zij vonden het niet geslaagd. We zouden op zoek moeten gaan naar een nieuw idee. Ook het idee van de groepsnaam kwam aan bod. We gaven aan dat we het moeilijk vonden om een groepsnaam te vinden. Ik gaf aan dat we momenteel dachten aan 'our lips are sealed', maar deze naam al in gebruik was door een forum over vaginisme. De interne promotoren zeiden dat we iets met die naam konden doen zoals 'sealed lips'. We gaven aan dat we er nog eens over na zouden denken.

Er werd besproken dat de brochure niet persoonlijk kan afgegeven worden door tijdsgebrek en dat het beter zou zijn om de brochure op te sturen naar alle verschillende diensten en zelfstandige vroedvrouwen in West-Vlaanderen. De brochure mocht ook verstuurd worden na dat we de bachelorproef hadden ingediend. Zo zou de evaluatie van de brochure door de verschillende diensten niet in onze bachelorproef kunnen verwerkt worden, maar we moeten dit dan bespreken in onze voorstelling.

De interne promotoren haalden aan dat we al heel wat bereikt hebben, dat er niet veel aanpassingen meer zijn en dat er enkel nog wat denkwerk nodig is voor het woord vooraf, inleiding, abstract, beperkingen, besluit, evaluatie...

De voetnoten in de bachelorproef moeten ook nog aangepast worden: elke voetnoot mag maar 1 keer voorkomen.

### *Notulistenverslag afspraak externe promotor 29/04/2013*

Voorzitter: Bieke Victoor

Notulist: Charlotte Vanhoo

Deelnemers: Charlotte Vanhoo, Bieke Victoor en dr. De Groote

Bij aankomst werd besproken waar we stonden met onze bachelorproef. We overloopten wat er vanmorgen bij de interne promotoren besproken werd als gevolg van het stoppen van een teamlid. Dr. De Groote ging met alle richtlijnen akkoord.

De proefdruk van de brochure werd getoond. Dr. De Grootte had een aantal opmerkingen rondom inhoud:

- Bij psychische oorzaken van vaginisme diende er duidelijk vermeld te worden dat dit zowel over primair als secundair vaginisme gaat.
- De zin rondom dyspareunie en vaginisme diende duidelijker verwoord te worden.
- Er dienden tekeningen/foto's gebruikt te worden om duidelijkheid te scheppen.

Vervolgens werd gesproken over het logo en de groepsnaam. We stelden onze gekozen groepsnaam 'Sealed lips' voor. Echter vond dr. De Grootte dit als bedreigend voor een vaginistische vrouw. Na lang zoeken kwamen we op de groepsnaam 'Sealed woman'. We besloten dat dit onze uiteindelijke groepsnaam zou worden.

Dr. De Grootte gaf ons een paar ideeën voor het maken van een logo. Zo zou ze een slot nemen met als sleutel een vrouw. Wij vonden dat de vroedkundige link hierbij ontbrak. Uiteindelijk beslisten we om het logo zeer sober te houden. Bieke zou aan haar mama vragen om een zwangere vrouw te tekenen waarbij haar hand op de pubis ligt.