‘Het grote gevaar bij vrouwen met vaginisme is dat ze vaak te lang wachten om hulp te zoeken, waardoor het probleem ernstiger wordt. Ze krijgen steeds meer pijn bij een poging tot vrijen en ten slotte wordt het een psychologisch probleem’

SEKSUOLOGE LOTTE LOONES BEANTWOORDT ALLE VRAGEN OVER VAGINISME

Wat is vaginisme?

Seksuologe en manueel therapeute Lotte Loones: ‘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. Vrouwen die vaginistisch reageren, denken vaak dat ze ‘te nauw’ zijn. Dit is echter bijna nooit het geval. Het nauwe gevoel wordt veroorzaakt door een verhoogde spanning van de bekkenbodemspieren.’

Zijn de oorzaken lichamelijk of psychisch?

Oorzaken kunnen psychisch, psychosomatisch of louter lichamelijk zijn. Vaak wordt aangenomen dat vaginisme een psychologische oorzaak heeft of blijft voortbestaan door psychologische problemen, zoals relatieproblemen. **Lotte Loones:** ‘In mijn praktijk kom ik ook in contact met vaginistische patiënten en mensen met pijn bij betrekkingen die de oorzaak van hun vaginisme niet kennen en geen zware psychologische achtergrond hebben of een onderliggend psychologisch conflict manifesteren. Vaak kan een banale pijnervaring bij een eerste poging tot vrijen de stoornis initiëren. Die pijn kan worden veroorzaakt door een licht verhoogde spanning van de bekkenbodemspieren tijdens de eerste betrekking omdat men wat bang is voor ‘de eerste keer’. Die angst ontstaat vaak al door ogenschijnlijk minder belangrijke of doorslaggevende ervaringen, bijvoorbeeld een wat negatief gekleurde getuigenis van een vriendin over haar eerste keer. Het is dus zeker niet zo dat er een voorgeschiedenis van seksueel misbruik moet meespelen om tot een vaginistische reactie te komen. Door die reactie komen vrouwen in een vicieuze cirkel terecht. Ze hebben telkens weer pijn als ze proberen te vrijen. Zo spannen de bekkenbodemspieren zich verder op, waardoor de angst om te vrijen weer toeneemt en de pijn verergert.’

Wie heeft vaginisme?

Men vermoedt dat vaginisme te weinig gerapporteerd en gediagnosticeerd wordt en daardoor onderschat wordt. Een grootschalige Amerikaanse epidemiologische studie noteerde dat 10 tot 15% van de vrouwen consistente coïtale pijn rapporteren. In Nederland alleen al zijn er 150.000 vrouwen die vaginisme hebben.

Lotte Loones: ‘Ik kom voornamelijk in contact met drie soorten patiënten, tegelijk drie leeftijdscategorieën. De eerste categorie bestaat uit jonge meisjes die nog nooit betrekkingen gehad hebben, of al een poging gewaagd hebben, maar met veel moeite en pijn. Zij hebben zopas ontdekt dat er klaarblijkelijk iets niet klopt en dat ze als het ware ‘te nauw’ zijn. Een eerste bezoek aan de gynaecoloog heeft hen vaak niet veel bijgebracht, soms werd hun probleem zelfs weggelachen. Ze zijn vaak bang om betrekkingen te hebben. Dit is de primaire vorm van vaginisme, en veelal de minst ernstige vorm. Ze kan heel effectief en snel behandeld worden. Het grote gevaar bij deze patiëntengroep is dat er vaak te lang gewacht wordt om hulp te zoeken, waardoor het probleem ernstiger wordt. Ze hebben telkens weer meer pijn bij een poging tot betrekking en een psychologische component kan uiteindelijk de kop opsteken. Zo kunnen ze geleidelijk aan bij de laatste groep terechtkomen.’

‘De tweede categorie zijn de juist bevallen vrouwen. Zij hebben last van twee typische bekkenbodemspierproblemen: zowel incontinentie als pijn bij betrekkingen. Het eerste probleem kan effectief kinesitherapeutisch behandeld worden en het tweede is vaak van voorbijgaande aard. De oorzaak is het pijnlijke littekenweefsel van de episiotomie (knipje) of het oestrogeentekort waardoor de vagina minder vochtig is. Dit wordt nog verder in de hand gewerkt als vrouwen borstvoeding geven. Een glijmiddel gebruiken kan het probleem vaak grotendeels oplossen.’

‘De laatste groep is de minst duidelijk te definiëren ›

› groep. Hiertoe behoren vrouwen van allerlei leeftijdsklassen: vrouwen met een langdurige relatie, bij wie het in het begin goed ging en daarna - misschien zelfs zonder duidelijke reden - steeds minder goed, oudere vrouwen die al lang geen betrekkingen meer hebben gehad en nu een nieuwe partner hebben, vrouwen met een al dan niet ernstige psychologische achtergrond, enzovoort. Deze vrouwen hebben vaak een secundaire vorm van vaginisme, dit wil zeggen dat ze al ooit zonder problemen seksuele betrekkingen gehad hebben, maar nu, om de één of andere reden, pijn bij het vrijen ondervinden. Deze groep is de moeilijkste groep om te behandelen, omdat er verscheidene factoren kunnen meespelen.'

> 'Als een patiënte leert dat ze een penetratie door een andere persoon kan ervaren zonder pijn, krijgt ze weer vertrouwen in andere mensen'

Wanneer moet je aan de alarmbel trekken?

Lotte Loones: 'Voor je een sekstherapeutische of kinesitherapeutische behandeling van vaginisme start, is het belangrijk om eerst de medische oorzaken van pijn bij betrekkingen of vaginisme uit te sluiten. Een typisch voorbeeld zijn vaginale infecties zoals candida, abnormaliteiten van het hymen (maagdenvlies) en een te ver naar voren gekanteld bekken. Een spasme is namelijk aanvankelijk een gepaste reflex op een pijnlijke stimulus, maar kan blijven bestaan als een geconditioneerde respons, zelfs als het primaire probleem opgelost is. Onvoldoende kennis door een gebrek aan seksuele educatie, onderschatting van het probleem en schuldgevoelens door een dieper seksueel conflict zijn ook mogelijke oorzaken.'

> 'Vaginisme kan heel onschuldig ontstaan, bijvoorbeeld door een wat negatief gekleurde getuigenis van een vriendin over haar eerste keer. Het is zeker niet zo dat er een voorgeschiedenis van seksueel misbruik moet meespelen'

'De kinesitherapeutische behandeling van vaginisme is heel eenvoudig en heeft als voornaamste doel het opheffen van het spierspasme. Concreet kan dit gedaan worden door een speciaal opgeleide kinesitherapeut-seksuoloog gespecialiseerd in bekkenbodemspierreëducatie. Je bekkenbodemspieren worden als het ware 'heropgevoed'. Het doel van de behandeling is de vicieuze cirkel (angst - spanning - pijn - meer angst) te doorbreken. Er wordt in de eerste plaats naar een betere kennis van de genitaliën en spieren gestreefd. Door middel van een spiegel en door contact met de vaginale zone leren wij de patiënte een betere kennis van haar lichaam aan. Ze moet de bekkenbodemspieren leren sluiten en aanspannen en de spieren in verschillende posities (lig, zit, stand en beweging) leren controleren.'

Hoe lang duurt een behandeling?

Lotte Loones: 'Een patiënt met vaginisme moet rustig, discreet en met begrip benaderd worden. Eerst worden er vragen gesteld om na te gaan waar het probleem zich situeert. Tijdens het klinisch onderzoek observeren we de reactie op de aanraking van de enkel tot de dij. Ondertussen geven we praktische uitleg. Pas dan kan overgegaan worden tot rechtstreekse aanraking en penetratie. De therapeut doet dit via manuele technieken. Belangrijk hierbij zijn de ervaring van de therapeut en de correcte uitvoering van de technieken, zodat de patiënt met de grootste zorg en discretie behandeld wordt. Heel belangrijk is dat de patiënt zelf het ritme aangeeft. Het kan wel drie sessies duren vooraleer een echte aanraking wordt bereikt. Als dit lukt, brengt de patiënte of eventueel de partner één vinger (of een staafje) naar binnen. Een volgende stap is het inbrengen van twee vingers, één vinger van de patiënte en één vinger van de therapeut. Om een normale coïtus mogelijk te maken, wordt geoefend met drie vingers. Ik verkies het werken met vingers boven het werken met staafjes, omdat zo een vertrouwensrelatie op gang komt. De patiënte weet dan namelijk dat ze een penetratie door een andere persoon kan ervaren zonder pijn en krijgt zo weer vertrouwen in andere mensen. Inbrenging van een fantoom (een glazen staaf in de vorm van de penis) is de volgende stap.'

'Vervolgens wordt met biofeedback en elektrostimulatie gewerkt, een uiterst zwakke stroom die de zenuwvezels stimuleert, waardoor de spieren ontspannen en pijn vermindert. De patiënte bepaalt zelf hoe ver ze daarin wil gaan. Ten slotte geef ik vanuit mijn sekstherapeutische achtergrond nog tips ter optimalisering van de coïtus en als voorbereiding tot echte betrekkingen met de partner. De behandeling duurt naargelang de ernst van het probleem tussen 9 en 18 sessies.'

'Het kan gebeuren dat er ondanks deze lichamelijke behandeling toch nog bijkomende problemen optreden. Bij geassocieerde psychologische problemen, zoals fobieën, negatieve conditionering, schuldgevoelens, angst voor pijn... zijn verdere psychotherapeutische of sekstherapeutische raadplegingen aangewezen. De behandelingen kunnen terugbetaald worden door het ziekenfonds. Een kinesitherapievoorschrift van de huisarts of gynaecoloog met als opschrift 'bekkenbodemreëducatie' volstaat. Je kan ook zonder voorschrift komen, maar dan geniet je geen terugbetaling.'

■ DOOR **SOPHIE MATTHYS**