



SEKSUELE PIJN

Belang Bekkenbodemptherapie en Seksuologie

WAT IS VULVODYNIE?

Vulvodynie = 'Idiopatische, chronische vulvaire pijn die langer duurt dan 3 maand'

Vulvodynie = 'Persistente, pijnlijke overgevoeligheid van de vestibulaire zone van de vulva, welke geprovoceerd wordt door aanraking' (Pukall et al., 2016)



Geen specifieke oorzaak

Geen weefselschade

Wel potentiële geassocieerde factoren

GEASSOCIEERDE FACTOREN VULVODYNIE

2015 (ISSVD): Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia

Appendix: potentiële factoren geassocieerd met vulvodynie (*)

- Comorbiditeiten en andere pijnsyndromen (bvb. painful bladder syndrome, fibromyalgie, irritable bowel syndrome, temporomandibulaire stoornis, endometriosis, interstitiële cystitis etc.)
- Genetische factoren
- Hormonale factoren (bvb. farmacologisch geïnduceerd)
- Inflammatie
- Musculoskeletaal (bvb. bekkenbodempertone, myofasciaal, biomechanisch)
- Neurologische mechanismen
 - Centraal (hersenen, wervelkolom)
 - Perifeer : NEUROPROLIFERATIE
- Psychosociale factoren (bvb. gemoedstoestand, interpersoonlijk, coping, seksuele functie, etc.)
- Structurele defecten (bvb. perineal descent)

(*) De factoren zijn gerangschikt op alfabetische volgorde

SENSITISATIE: OOK BIJ GEASSOCIEERDE FACTOREN

2015 Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia
Appendix: potentiële factoren geassocieerd met vulvodynie (*)
<ul style="list-style-type: none">• Comorbiditeiten en andere pijnsyndromen (bvb. painful bladder syndrome, fibromyalgie, irritable bowel syndrome, temporomandibulaire stoornis, endometriosis, interstitiële cystitis etc.)• Genetische factoren• Hormonale factoren (bvb. farmacologisch geïnduceerd)• Inflammatie• Musculoskeletaal (bvb. bekkenbodempertone, myofasciaal, biomechanisch)• Neurologische mechanismen<ul style="list-style-type: none">- Centraal (hersenen, wervelkolom)- Perifeer : NEUROPROLIFERATIE• Psychosociale factoren (bvb. gemoedstoestand, interpersoonlijk, coping, seksuele functie, etc.)• Structurele defecten (bvb. perineal descent)
(*) De factoren zijn gerangschikt op alfabetische volgorde

→ Alle geassocieerde factoren leiden tot hyperinnervatie/neuroproliferatie (perifere sensitisatie) en in latere fase tot centrale sensitisatie → Implicaties voor behandeling

+ Chronische inflammatie -> productie histamine stijgt -> jeuk en branderig gevoel -> reactie op zenuwuiteinden -> neuroproliferatie -> sensitisatie

BEHANDELING VULVODYNIE

- Tot op heden: uitgangspunt behandeling : adhv etiologie

Behandeling: biomedisch georiënteerd (adhv 'Potential factors associated with vulvodynia')

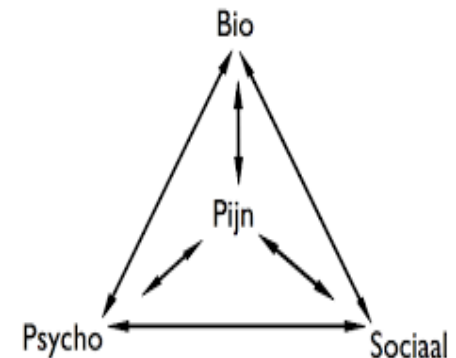
Maar: omdat de etiologie juist niet gekend is, zoektocht naar universeel, evidence-based behandelprotocol heel moeilijk en quasi-onmogelijk gezien multi-factorialiteit van de pathologie

- Alternatief uitgangspunt : adhv definitie:

2 belangrijke kenmerken:

- Pijnlijke overgevoeligheid (perifere en centrale sensitisatie – 'pain wind-up' en 'up-regulatie')
- Chronisch aspect (~ behandelprincipes chronische pijnproblematiek)

Behandeling: biopsychosociaal georiënteerd



WANNEER IS PIJN CHRONISCH EN IS ER SPRAKE VAN VULVODYNIE?

Acute pijn: kortdurende fysiologische pijn omwille van reële weefselschade - hoofdzakelijk beschermende functie - zorgt voor een optimale regeneratiereactie = adaptief

Chronische pijn: pijn die voorkomt na vulvovaginaal weefselherstel zonder inflammatie door ontstaan van chemische en fysiologische veranderingen in het ruggenmerg en hersenen (neuroplastische veranderingen – overactieve pijn neuro-matrix) = **sensitisatie (maladaptief)**

+ Bijkomend: spierhypertonie: hypertonische reflex heeft initieel een beschermende functie maar na verloop van tijd kan dit een toename van de pijn bewerkstelligen

MECHANISME CHRONISCHE PIJN BIJ VULVODYNIE: SENSITISATIE

Door de hyperinnervatie (neuroproliferatie) in de vestibulaire weefsels worden de c-nociceptieve vezels al gestimuleerd bij geringe weefselaanraking



Dit geeft aanleiding tot het 'wind-up' fenomeen (bepaalde achterhoornneuronen in het ruggenmerg worden gevoeliger na herhaaldelijke stimulatie)



Hersenstamkernen ondergaan hierdoor neuroplastische veranderingen



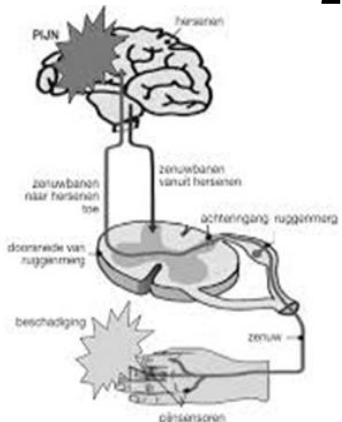
Zo versterkende werking op de pijn-transmissie (+ remmende pijnsystemen werken onvoldoende)



+ Versterkte activiteit in de prefrontale cortex (ACC) -> overactieve pijn neuromatrix



Chronische pijn (met emotionele lading) /sensitisatie



SENSITISATIE: 'OVERGEVOELIGHEID'

→ bij chronische pijn: overactieve pijn neuromatrix

- Perifere sensitisatie: overgevoeligheid pijn blijft bestaan als oorspronkelijke beschadiging is verdwenen (geen beschermende functie meer) – door neuroproliferatie/ hyperinnervatie nociceptoren thv perifere weefsels
- Centrale sensitisatie: overprikkelbaar centraal zenuwstelsel waardoor men steeds gevoeliger wordt voor pijn door neuroplasticiteit (CZS past zich morfologisch en structureel aan – A. Rapkin: fMRI studies tonen veranderingen in specifieke hersengebieden bij vulvodynie (hoofdzakelijk in de gebieden die gerelateerd zijn aan aandacht/ pijn waardoor pijn bvb. al kan gevoeld worden als men er gewoon aan denkt – ACC – overactieve pijn neuromatrix)
- Psychologische sensitisatie: vorm van niet-associatief leren waarbij een versterking van een reflex op prikkels plaatsvindt (cfr. reflexspanning BBS)
- Cognitief – emotionele sensitisatie: capaciteit van de voor-hersenen om krachtige invloed uit te oefenen op de hersenstam (dalende faciliterende paden) – Deze activiteit wordt dus ook gemoduleerd door: waakzaamheidsniveau, catastrofering, aandacht en stress (depressie)

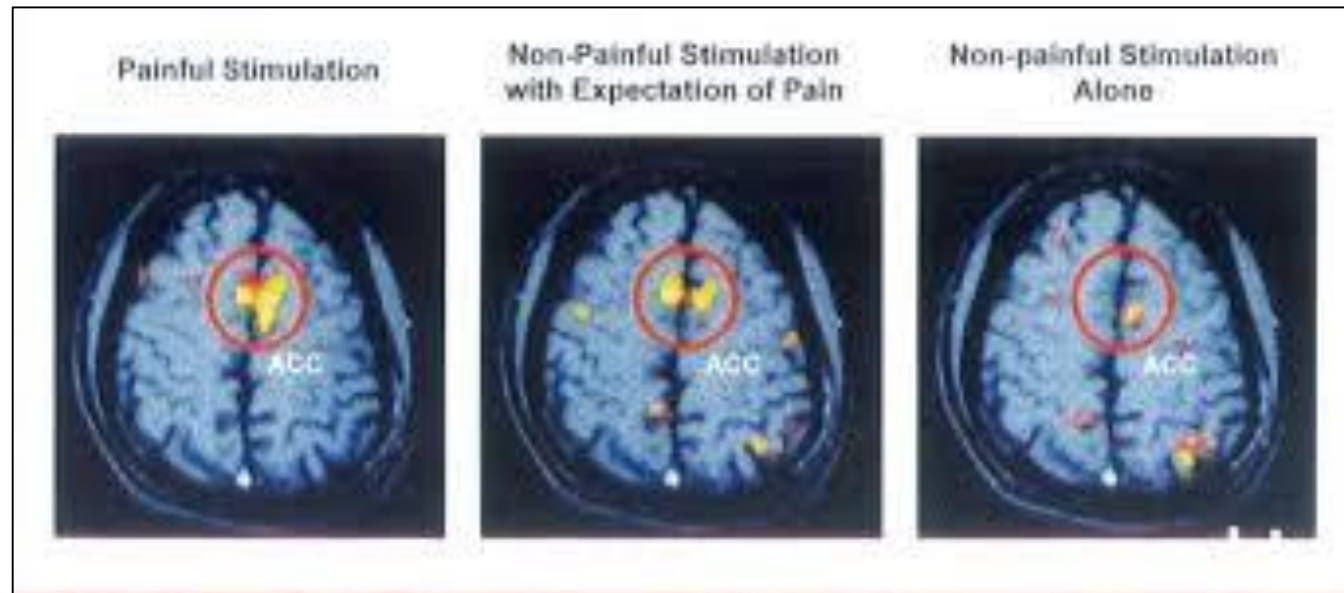
-> Infra **fantomtherapie**: zowel werking op perifere/centrale sensitisatie en cognitieve herstructurering

VISUALISATIE HERSENGEBIED ACC (PREFRONTALE CORTEX)

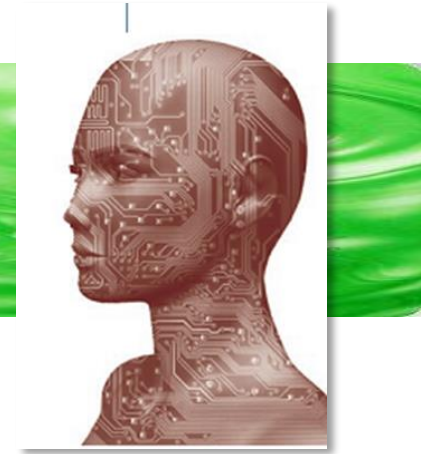
-> Anterior cingulate cortex: onderdeel van de pijn neuromatrix

Studie Richter (2010) -> Verhoogde activatie bij pijnlijke stimulatie

-> Verhoogde activatie bij niet-pijnlijke stimulatie met anticipatie (!)



PIJN NEUROMATRIX



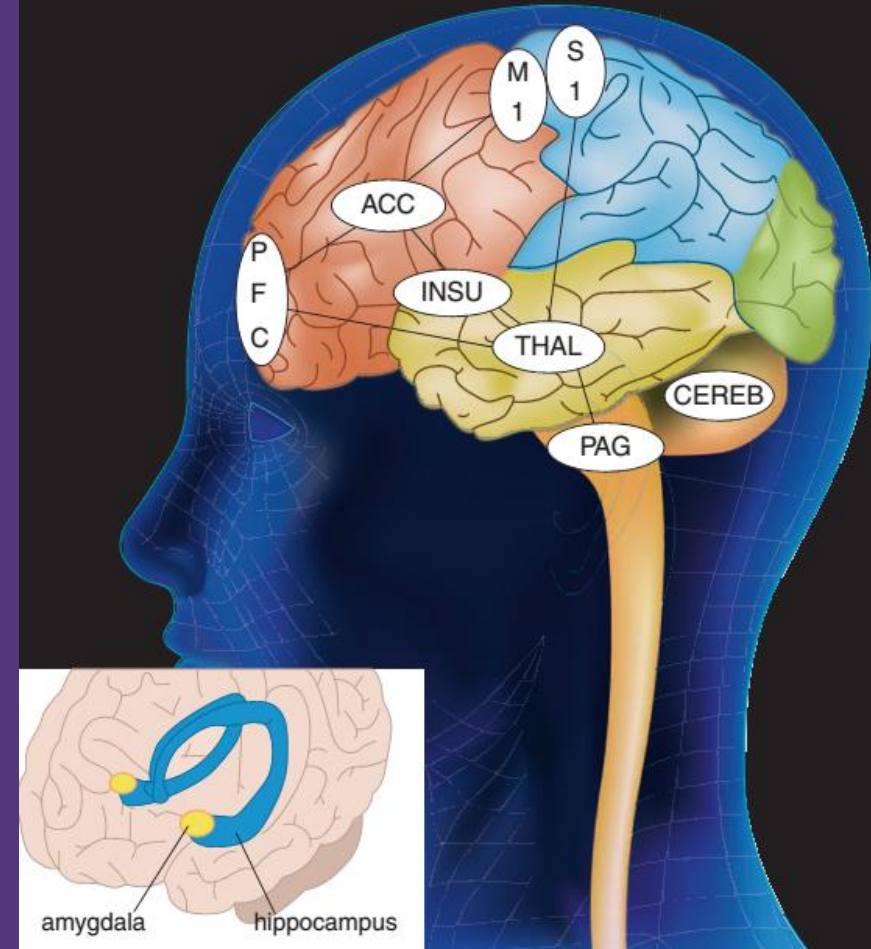
Melzack (1999):

- > Groot neuronaal netwerk waarbij verschillende hersengebieden met elkaar zijn verbonden in samenwerking met perifere neuronen.
Binnen deze neuromatrix verwerken en integreren we pijngerelateerde informatie.
- > Alle samenhangende informatie over een pijngewaarwording (lichamelijke elementen van het letsel + emotionele reacties op het letsel enz.) vormen samen een 'neurosignatuur' (neurale handtekening)
- > Dit zorgt dat we informatie hebben over de aard van een pijnprikkel en hoe we deze kunnen interpreteren
- > Leidt uiteindelijk tot een (emotionele) reactie op deze prikkel

➔ **Chronische pijn/ stress: leidt tot een overactieve pijn neuromatrix**



VISUALISATIE PIJN NEUROMATRIX



S1: somatosensorische cortex, M1 : motorische cortex, AAC: anterieure cingulaire cortex, PFC: prefrontale cortex, INSU: insula, THAL: thalamus, PAG: periaqueductaal grijs, CEREB: cerebellum (Pijnneuromatrix, Nijs, 2016)

COMPONENTEN NEUROMATRIX: TOPOGRAFIE EN FUNCTIES

Neuromatrix component	Topografie	Functies
Sensorisch - discriminatief	<ul style="list-style-type: none">- Laterale thalamus- Somato-sensorische cortex- Cortex insularis	<ul style="list-style-type: none">- Analyse van de locatie van de prikkel- Intensiteit en duur van de prikkel
Affectief- motivationeel	<ul style="list-style-type: none">- Prefrontale cortex- Reticulaire formatie- Nuclei raphe- Hypothalamus/hippocampus/amygdala- Periaqueductaal grijs- ACC	<ul style="list-style-type: none">- Gevoel verbonden met de prikkel- Arousal/alertheid- Emotioneel en rationeel geheugen
Cognitief – evaluatief	<ul style="list-style-type: none">- Prefrontale cortex- Pariëtale cortex	<ul style="list-style-type: none">- Anticipatie- Attentie- Integratie van oude en nieuwe informatie- Reactieselectie

- Remmende neurotransmitters : serotonine, norepinefrine, GABA, endorfinen (pijnvermindering, remming pijnneuromatrix)
- Activerende neurotransmitters : glutamaat, Corticotropin releasing factor (pijnvermeerdering, activatie pijnneuromatrix)

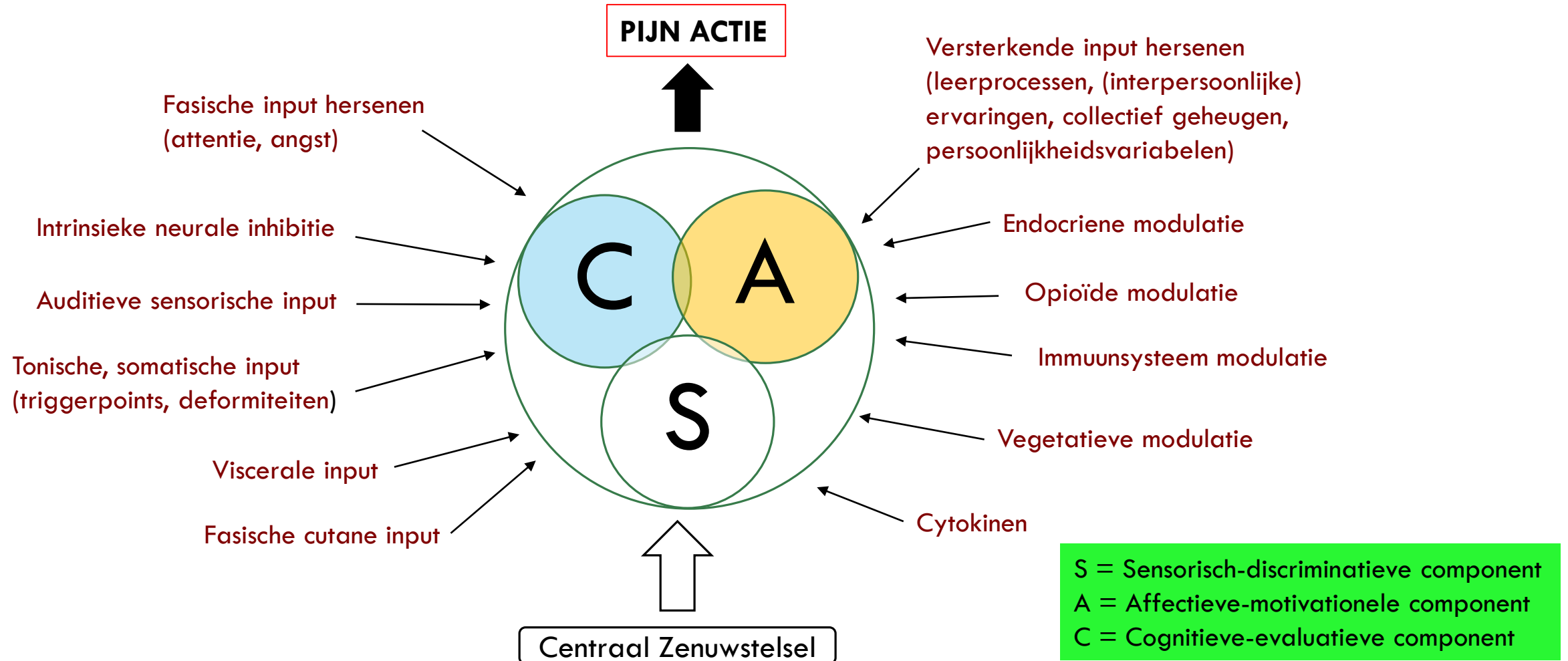
CHRONISCHE PIJN EN STRESS BEÏNVLOEDEN DE LICHAAMELIJKE SYSTEMEN

Op chemische basis > veranderingen :

- Immuunsysteem: produceert chemische stoffen die pijn verergeren: histamine, prostaglandines, cytokines, nerve growth factors (inflammatie neemt toe -> neuroproliferatie -> sensitisatie)
- Sympathisch zenuwstelsel (vegetatief): adrenaline en epinefrine verergeren onze respons hierop ('fight or flight reaction')
- Endocrien systeem Stress > activeert dorso-mediale kern vd hypothalamus (ontremming hypothalamus-hypofyse-bijnier as) > sensitisatie : bijnier wordt gestimuleerd door de hersenen om meer cortisol (stresshormoon) te produceren > **stress-geïnduceerde hyperalgesie**
 - **Stress-management programma's** richten zich op deze cognitief-emotionele component van de centrale sensitisatie (oa. **Biofeedbacktherapie**: helpt bij ontwikkelen van zelfregulatie-strategieën voor verminderen van pijn)

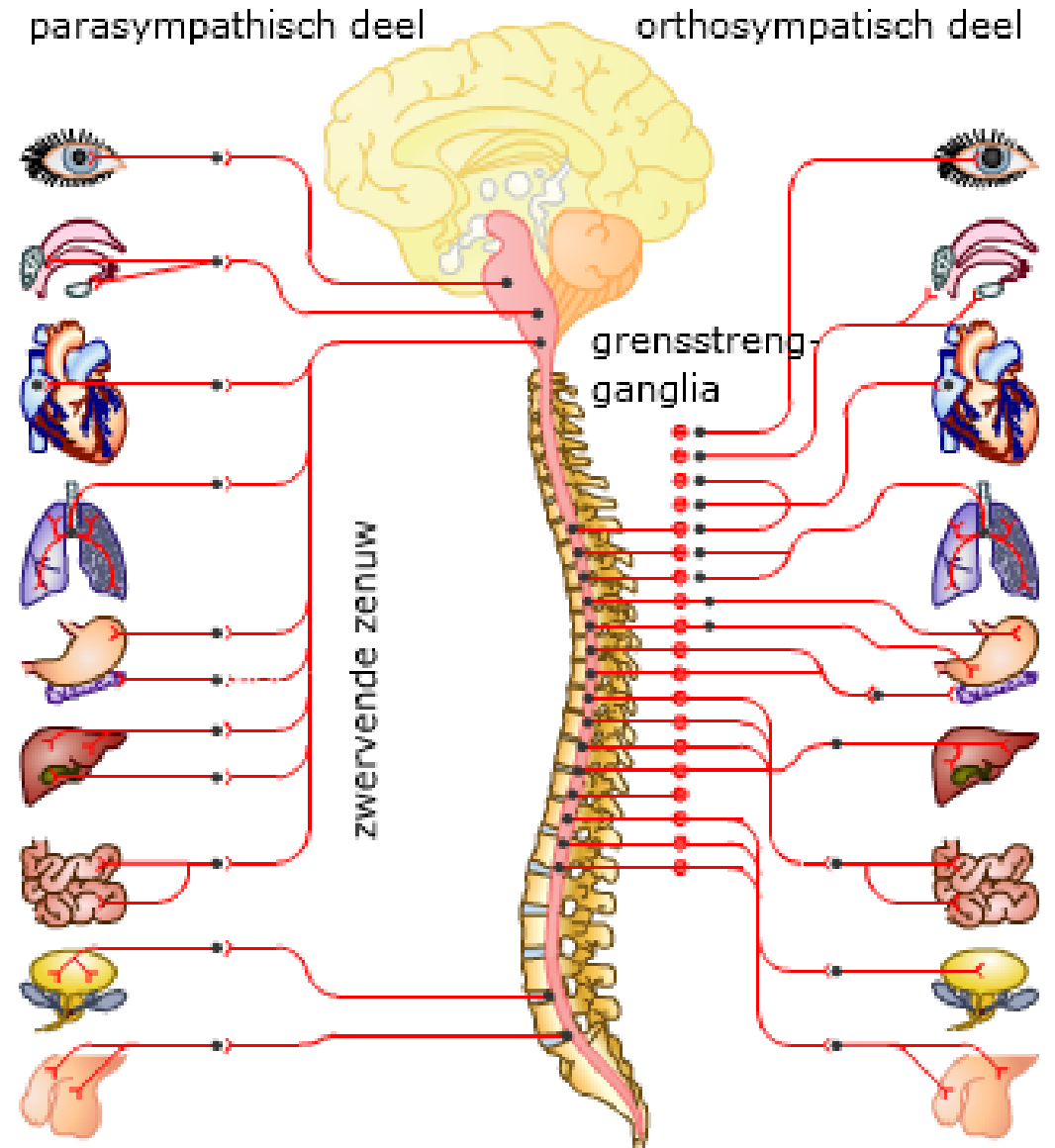
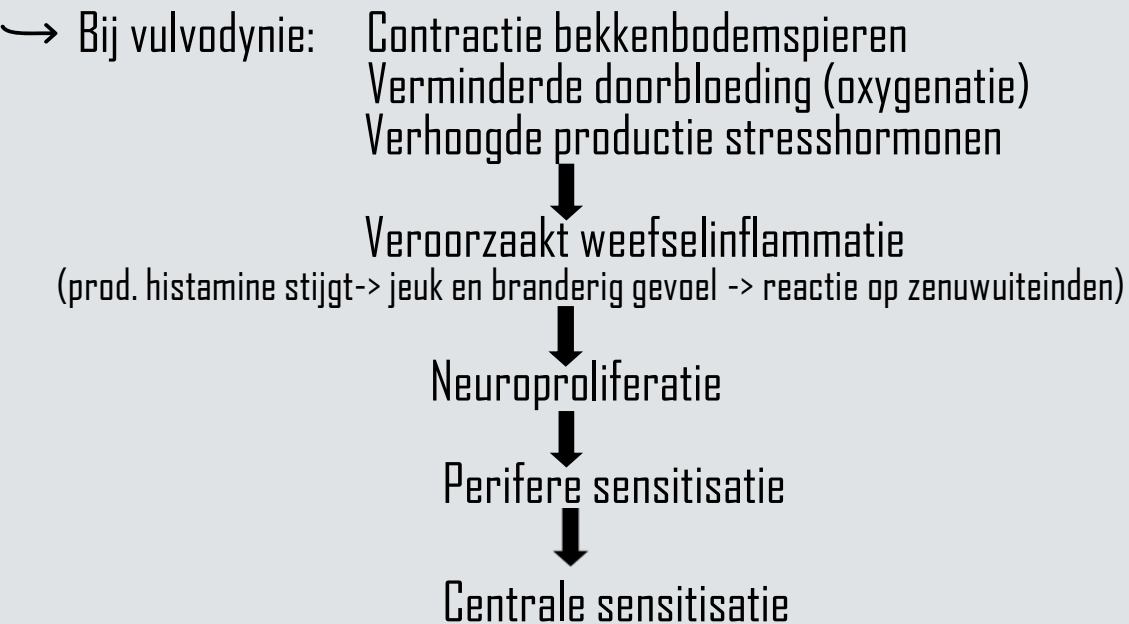
➡ + Na verloop van tijd leidt verhoogd cortisol (stresshormoon) tot vermoeidheid/ depressie

SCHEMATISCHE VOORSTELLING PIJN NEUROMATRIX



AUTONOOM ZENUWSTELSEL

- Sympathisch : 'fight or flight' reactie > door stress (fysiek of psychologisch) > talrijke veranderingen : verhoogde stress-respons > sensitisatie ('up-regulation' + inflammatie -> hogere zenuwgevoeligheid)
- Parasympatisch: terugkeren naar 'rust' > desensitisatie ('down-regulation')

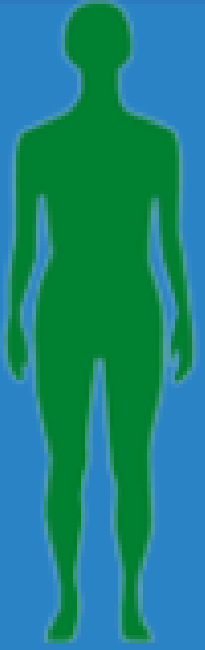


Sympathisch 'gaspedaal'



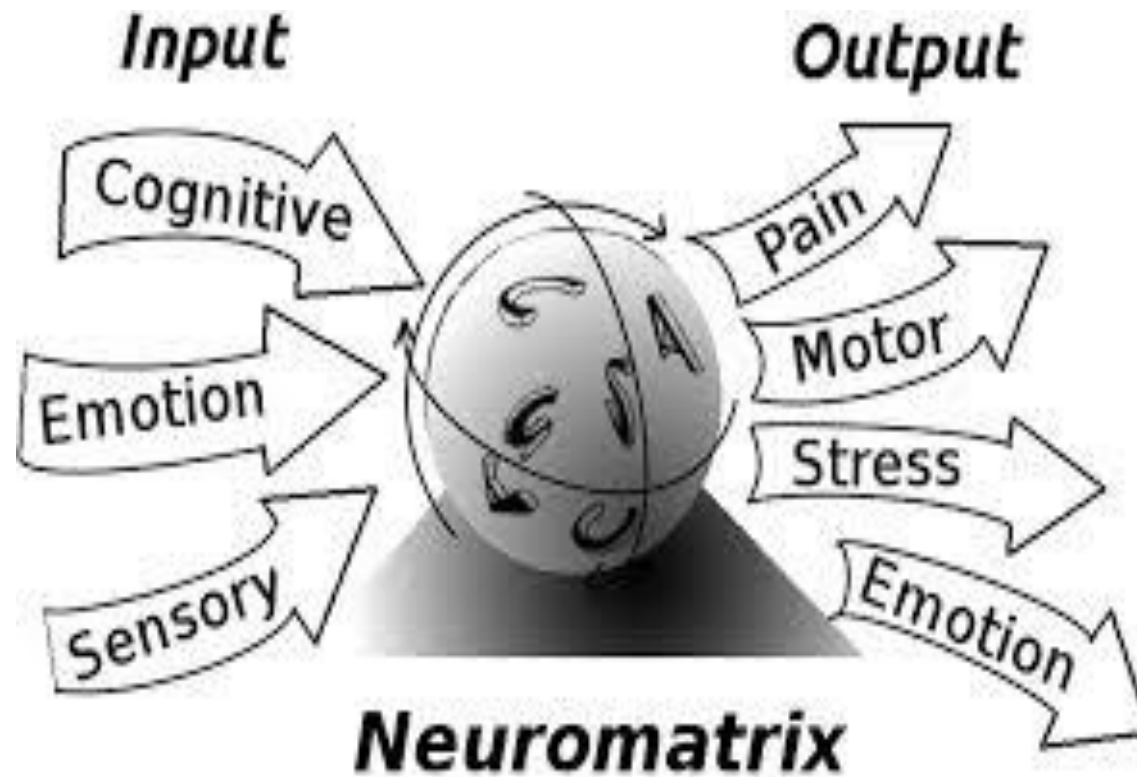
- alert
- lever geeft suiker af
- zweetklieren actief (afkoeling)
- bloedstolling
- stress-systeem in actie
- hartslag en bloeddruk stijgen
- buik- en blaaspieren trekken samen
- arm- en beenspieren gespannen

Parasympathische 'accu-lader'



- ademhaling normaal
- zweeten stopt
- spierspanning daalt
- herstelsysteem in actie
- hartslag en bloeddruk nemen af
- voedsel weer verteerd

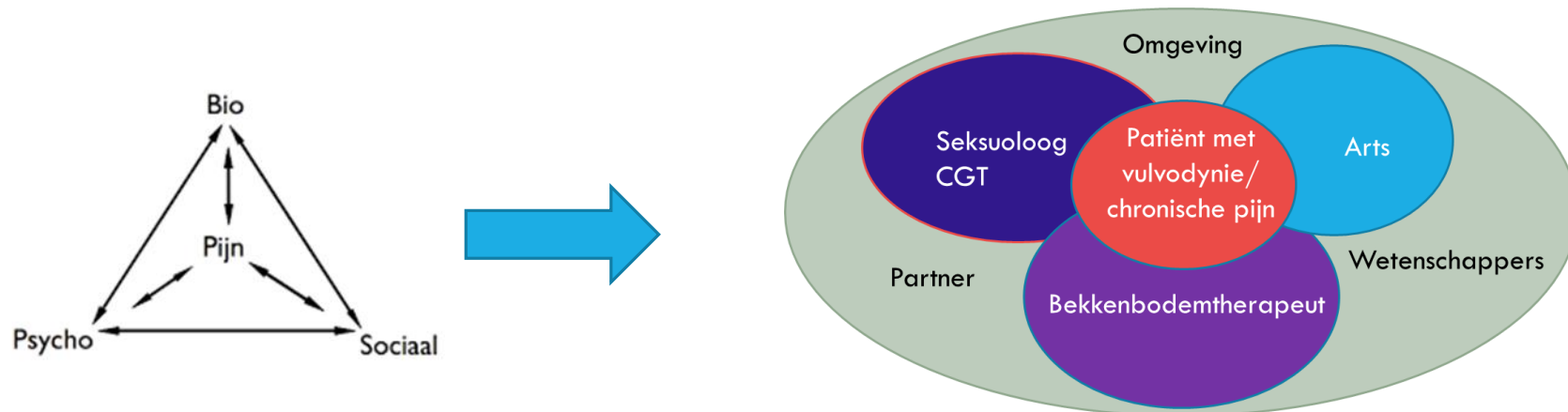
Fig. 4: Sympathisch versus parasympathisch zenuwstelsel

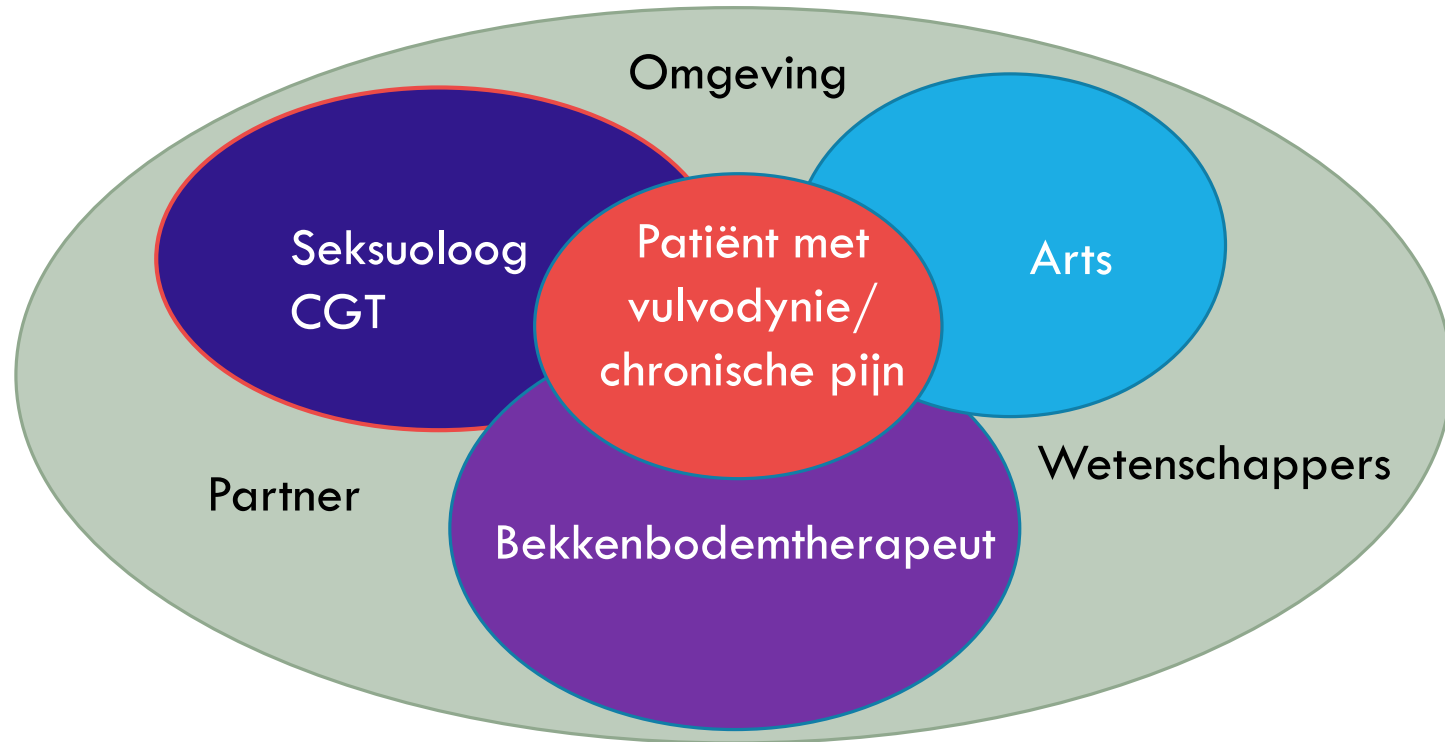


Bij te grote stress ('te veel, te snel, te vroeg') wordt het systeem bedreigd -> zo komen we vast in een gedysreguleerd zenuwstelsel (CZS creëert ook 'memory capsules (neuromodules)' van de bedreigende situatie - gelijkaardige situaties worden dan ook als bedreigend aanzien (cfr. gynaecologisch onderzoek ~ gemeenschap)

BESLUIT PIJN NEUROMATRIX

- > Besluit: chronische pijn : een subjectieve perceptie die het resultaat is van sensorische informatie die gefilterd wordt door de **genetische compositie** en eerdere **leerervaringen** van de persoon (neurosignatuur), en verder ook beïnvloed wordt door de huidige fysieke toestand, de zelfwaarde, de verwachtingen, de huidige gemoedstoestand en de sociaal-culturele omgeving (Turk & Monarch (2002): multidimensionaliteit van de oorsprong van de pijnervaring) = **biopsychosociaal perspectief chronische pijn** (<-> biomedisch perspectief)
- > Emoties die aan de pijnsensatie worden verbonden (bv. angst en onrust (stress)) activeren bepaalde delen van de neuromatrix waardoor nog meer pijn ontstaat (wind-up) -> Op den duur worden deze **emoties** ook **ervaren als pijn**
- > Biopsychosociaal perspectief pijn: ook implicaties voor **behandeling vulvodynie**





CHRONISCHE PIJN: NIET ALLEEN GEWAARWORDING MAAR OOK GEVOEL (PSYCHO)

Door chronische stress:

- Fixatie/preoccupatie: we zijn overbezorgd over de betekenis van de pijn en hebben een sterke focus erop
- Catastrofering: versterking pijn gerelateerde symptomen, pessimisme ten aanzien van pijn, gevoel van hulpeloosheid
- Hypervigilantie: overmatige aandacht voor lichamelijke sensaties bij medisch onbegrepen pijn
- Anticipatie: we zijn bij voorbaat bang dat de pijn erger zal worden
- Somatisatie: lichamelijke symptomen die veroorzaakt worden door psychische of emotionele factoren

➔ De factoren verbonden aan overmatige attentie of aandacht (preoccupatie – catastrofering – hypervigilantie) spelen een belangrijke rol binnen de ontwikkeling van een pijnspoor

-> Deze processen activeren de affectief-emotionele component direct

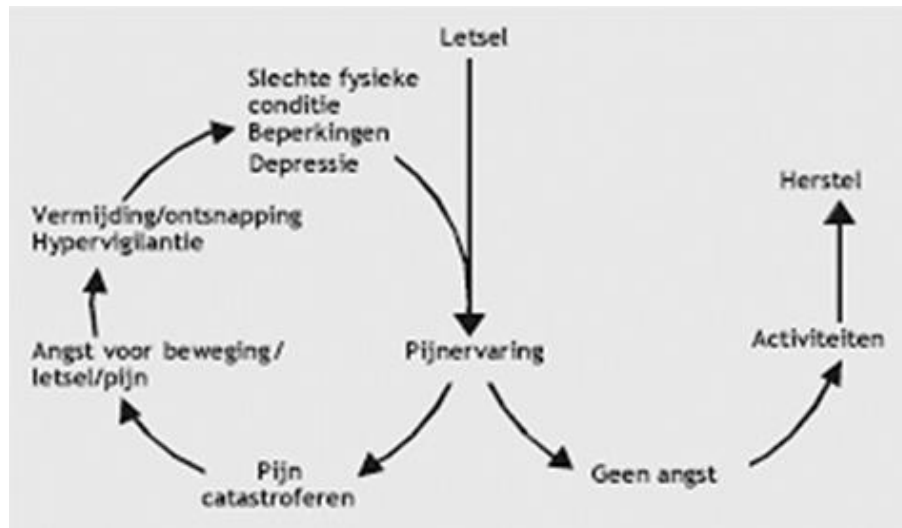
➔ + Extra factor = onbegrip (bij personen met chronische pijn bij vulvodynie) -> leidt tot twijfel -> nog meer angst en onrust (stress)

-> Behandeling moet daarom beginnen met het geven van zoveel mogelijk informatie omtrent het ziektebeeld en werkingsmechanismen en hoe de patiënt invloed kan uitoefenen op het ziekteverloop (start al bij gynaeco: interactief educatief gynaecologisch onderzoek)

CHRONISCHE PIJN: OOK VERANDERING IN GEDRAG (SOCIO)

- + Pijn zorgt ervoor dat we ons gedrag veranderen:
- We proberen het gebied dat pijn doet te beschermen (-> + geassocieerde angst)
- We vermijden veel activiteiten

➡ Angst-vermijdings model:



ANGST - VERMIJDINGSMODEL

	Gebeurtenis	→ Cognitie (gedacht)	→ Gedrag
Concreet	Penis	'Gaat pijn doen'	Verhoogde spanning
Anticiperend	Partner zoekt toenadering	'Wil hem niet ontgoochelen'	Vermijdingsgedrag
Therapie	Nieuwe R/therapeut	'Zal toch niet helpen'	Geen motivatie/ afwachtende houding

→ **Cognitieve gedragstherapie (CGT): deze irrationele denkschema's veranderen (cognitieve herstructurering)**

Centraal principe: 'Natuurlijk herstel' + 'Lichamelijke pijn adapteert altijd'

BESLUIT PIJN NEUROMATRIX: AANGRIJPINGS-PUNTEN BEHANDELING

- > Chronische pijn en stress zijn twee factoren die elkaar onderling versterken
- > + Overmatige aandacht voor de pijn = proces die de affectief-motivationale component direct hyperactiveert
- > + Belangrijke meedragende factor: onbegrip
- > Daarom: educatie heel belangrijk (geven van zoveel mogelijk informatie over ziektebeeld en werkingsmechanismen + de invloed die de patiënte kan uitoefenen (begrip 'deep learning proces') -> brengt de **cognitieve-evaluatieve component in een dominante positie** waardoor de chronificerende affectief-motivationale component tot rust komt
- > Cfr. Principes 'natuurlijk herstel' + 'lichamelijke pijn adapteert altijd' (educatie!)
- > + Medisch: patiënten met chronische vulvodynie dienen behandeld te worden met interventies die vnl. invloed hebben op de productie van de pijnneuromatrix inhiberende neurotransmitters (bv. gabapentine -> neurotransmitter GABA -> activatie van inhiberende banen vanuit hippocampus)

ALGEMEEN BESLUIT

Chronische vulvaire pijn: niet alleen zenuwsensatie maar 'ervaring' > beïnvloed door gevoelens, gedragingen, spierreflexen en CZS sensitivatie ('up-regulation')

MAAR → het goede nieuws is : dit zijn plastische veranderingen > dus aanpasbaar!

DUS → Vraag: Hoe kunnen we deze plastische veranderingen terug omkeren?

→ Efficiënt reguleren van het zenuwstelsel is een nuttig middel om chronische pijn bij vulvodynie te behandelen en angst te verminderen

Behandelmodaliteiten :

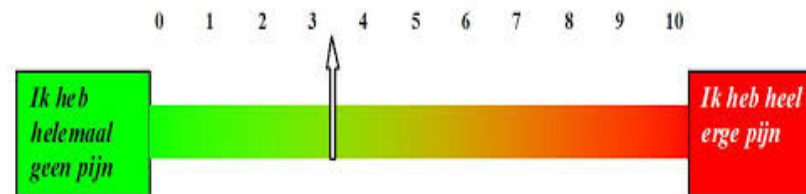
- ✓ Bekkenbodetherapie
- ✓ Seksuologie (Cognitieve gedragstherapie)

= Body/mind management van seksuele pijn

BODY/MIND MANAGEMENT VOOR VULVODYNIE

- ➔ Ontwikkelen van 'pain self-efficacy'
 - = manier hoe we reageren op de pijn
 - = onze mogelijkheid om het CZS te reguleren
 - = hier hebben we controle over!

Cfr. Bij mensen met een hoog sensitief (geactiveerd) centraal zenuwstelsel is er een andere respons op dezelfde prikkel (bvb. 9/10 op VAS-schaal Q-tip test in vgl met andere persoon zonder sensitivatie – bvb. 5/10 bij exact dezelfde stimulatie)



BODY/MIND MANAGEMENT VOOR VULVODYNIE

➔ We bouwen het geloof op dat we onze pijn (en de reactie op onze pijn) kunnen controleren



Hoe kunnen we de controle terugnemen?

- Resiliency (veerkracht) opbouwen
- CZS reguleren

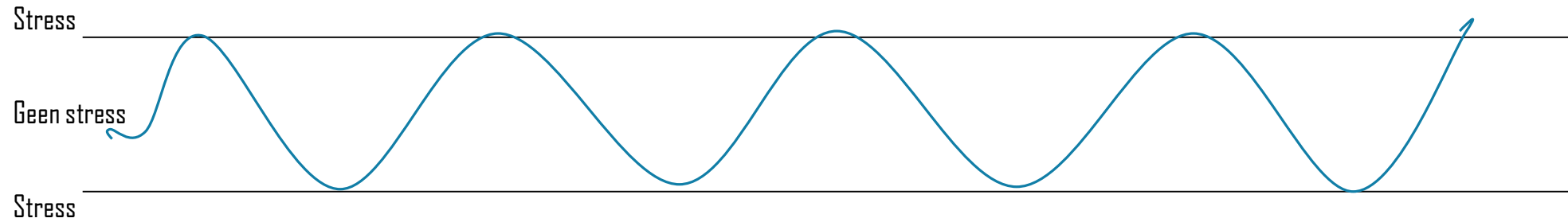


Basisprincipe: vanuit **natuurlijk herstel** : 'max. vertrouwen in zelfherstellend vermogen van het lichaam'
(= cognitieve herstructurering) -> opbouwen van zelfredzaamheid

ACTIEF EN GRADUEEL (opbouw minst invasieve naar meer en meer invasieve behandelingen)

BODY/MIND STRATEGIEËN VULVODYNIA

Wat is 'resiliency' (veerkracht)/ de 'resilient zone'?



Strategie : Resilient zone aanpassen (zo minder CZS dysregulatie)

Hoe? Door middel van bekkenbodemptherapie en seksuologie



BEKKENBODEMTERAPIE

Evidence-based: talrijke studies significant effect

Let wel: vnl. onderzoek naar biofeedback (alleen gericht op bewuste controle BBS (bewuste aanspanning en relaxatie) / gebruik BFtoestel: globale bekkenbodempcontrole ipv opp. (transversi perinei) -> minimale impact op reflexspanning

<-> In praktijk : Bekkenbodemptherapie **multimodaal** = werkt zowel op **perifere en centrale desensitisatie**

- 1) Educatie/advies
- 2) Biofeedback
- 3) Fantoomtherapie
- 4) TENS Stimulatietherapie/Elektrotherapie
- 5) Cognitieve herstructurering
- 6) Manuele Therapie

Conclusie:

Bekkenbodemptherapie: belang multimodale aanpak

Supra :Nood aan evidence-based studies bekkenbodemptherapie mét fantoomtherapie/dilatatie (momenteel vnl. louter vanuit psychologische/psychiatrische hoek)

Fantoomtherapie = vorm van cognitieve herstructurering (gradueel confronteren zonder pijn (actieve confrontatie) + adaptatie-effect
->terminologie 'fantoomtherapie' ipv 'dilatatie' (verwijzing seksuele component : penis)

EVIDENCE-BASED STUDIES BBTHERAPIE EN CGT

- Bergeron S, et al., J Pain, 2001, A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis
- McKay E, Kaufman RJ, et al., J Reprod Med., 2001, Treating vulvar vestibulitis with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature
- Bergeron S, Brown C, Lord MJ, et al., J Seks Marital Ther., 2002, Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study
- Danielsson I, Torstensson, et al., Acta Obstet Gynecol Scand., 2006, EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis
- Bergeron s, et al., Obstet Gynecol., 2008, Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-one-half year follow-up and predictors of outcome
- Tommola P, et al., Acta Obstet Gynaecol Scand., 2012, Long-term well-being after surgical or conservative treatment of severe vulvar vestibulitis
- Hoerlie T, et al., Obstet Gynecol., 2018, Physical Therapy is an Effective Treatment for Vulvodynia
- Schnyder U, et al., Canadian J of Psychiatry, 1998, Therapy for Vaginismus: In vivo versus in vitro desensitization

EFFECTEN BEKKENBODEM THERAPIE (1)

- Algemene educatie omtrent pathologie (voorkomen, etiologie, behandelingsmodaliteiten → volgens principe 'natuurlijk herstel') (1,5)
- Verbeteren algemene lichaamskennis/ anatomie/ bekkenbodemspierfuncties (1)
- Advies vagina-hygiëne (1) om pH neutraal te houden/vaginale flora intact te houden
- Verbeteren bewuste controle Bekkenbodemmusculatuur (2)
- Verminderen bekkenbodemspierhypertonie (2,3,4)
- Verminderen opp. reflexspanning (dmv adaptatie) (3,4) cfr. handen klappen - ogen knipperen
- Verbetering doorbloeding en oxygenatie vulvaire weefsel (2,3,4) daling melkzuur
- Vermindering lokale pijngevoeligheid (+ triggerpoint-release/drukpuntmassage): perifere desensitisatie (3,4) cfr. litteken sectio
- Verbetering vulvovaginale/hymenale elasticiteit (3)

EFFECTEN BEKKENBODEMTERAPIE (2)

- + Bij chronisch pijnprobleem: centrale **desensitisatie** (stimulatie A- zenuwvezels ipv C-nociceptische vezels (3,4)
A vezels (gemyeliniseerd) transporteren motorische impulsen (cfr. constante druk bij fantoomtherapie en vibrerende stimulatie bij TENS (+ TENS activeert ook de dalende nociceptieve inhiberende mechanismen (door verbetering van de GABA-neurotransmissie in het CZS (~gabapentine).
- Vermindering angst voor penetratie/pijn (3,5)
- **Psycho-educatie**. Vermindering catastrofering, fixatie, hypervigilantie (allemaal aspecten die ook voorkomen bij chronische pijn).
Verbetering coping: Aanleren pijnmodulerende mechanismen, zelfregulerende mechanismen, zelfredzaamheid... (2,5)
- **Manuele therapie**:
 - 1) perifere effecten: verminderen perifere spierspanning en verlichten lokale pijn
 - 2) centraal effect: manuele gewrichtsmobil. activeert tijdelijk ook de dalende anti-nociceptieve trajecten
 - 3) + extra effect bij kamsymfyse/anteversie bekken: mobilisatie/manuele therapie: invloed positionering (minder irritatie vestibulum bij meer retroversief bekken) + centrale desensitisatie (6)

SEKSUOLOGIE EN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

! Algemene misvatting: psychoseksuele begeleiding enkel gericht op verminderen van angst

<-> CGT = 'Verandering georiënteerde aanpak' (Boerner et al. 2015, Sadownik et al. 2012)

CGT = Corrigeren/aanpassen verkeerde of irrationele denkschema's

-> + Bijkomende reden: Veel vrouwen die te maken hebben met vulvodynie hebben een onbetrouwbare band en negatieve attitude ontwikkeld naar de gezondheidszorg toe (Corsini-Munt et al. 2014, Cox, et al., 2012; Johnson et al., 2015)

-> logisch verhaal doorverwijzing dus belangrijk (Cognitieve herstructurering bij patiënt én therapeut -> principe 'natuurlijk herstel')

-> Angst-vermijdingsmodel (2 reacties op pijn): aanpassen door cognitieve herstructurering (*)

-> Transitie van 'passieve' naar 'actieve' houding (<-> med. R/ – louter zien of het werkt)

-> Seksualiteit is ook actief! (invloed zelfeffectiviteit, motivatie, houding partner (**), seksuele relatie,...)

DOELEN COGNITIEF-GEDRAGSMATIGE AANPAK (TURK 2002)

- 1) Bestrijden van demoralisatie door gedachten van patiënten over hun problemen te reconceptualiseren
- 2) Effectiviteit verhogen door patiënten te overtuigen van het nut van bepaalde aangeleerde vaardigheden
- 3) Aanmoedigen van vertrouwen in eigen kunnen door zichzelf te leren zien als iemand die actief en competent is
- 4) Automatische, maladaptieve patronen stoppen door patiënten hun gedachten, gevoelens en gedrag te leren sturen
- 5) Trainen van vaardigheden en toepassen ervan op probleemsituaties in de seksuele praktijk
- 6) Zelf-attributie bevorderen in het geval van succes
- 7) Volhouden en generaliseren van aangeleerde vaardigheden door te anticiperen op problemen en mogelijke oplossingen ervan

ANGST VERMIJDINGSMODEL

2 reacties op pijn:

- 1) catastrofering/focus: leidt tot angst/vermijding en 'passief ondergaan behandeling'
 - 2) geloven in herstel: leidt tot actieve bijdrage in de behandeling en verhoging zelfredzaamheid (vanuit principe 'natuurlijk herstel')
- > werking CGT: deze copingsstrategieën veranderen (1->2)



EFFECTEN SEKSUOLOGIE EN CGT

(*) Angst-vermijding: aanpassen door cognitieve herstructurering:

- 2 reacties op pijn: catastrofering <-> geloven in herstel

+ Prognostische factor: Positieve seksuele relatie (met alternatieve vormen seksualiteit/intimiteit zonder penetratie):
positievere therapie-outcome (goede intimiteit = beschermende factor)

(**) Invloed partner:

Drie mogelijke reacties partner (-> aanpassing mogelijk dmv cognitieve herstructurering (1->3):

- 1) Overbezorgdheid: leidt tot verergering probleem (focus op pijn/catastrofering)
- 2) Woede/frustratie: leidt tot vermindering intimiteit en negatieve seksuele relatie (geen ondersteuning)
- 3) Facilitatie: leidt tot meer actief zoeken naar oplossingen en aansporing/ondersteuning behandeling

COGNITIEVE HERSTRUCTURERING

Doortrekken naar therapietraject:

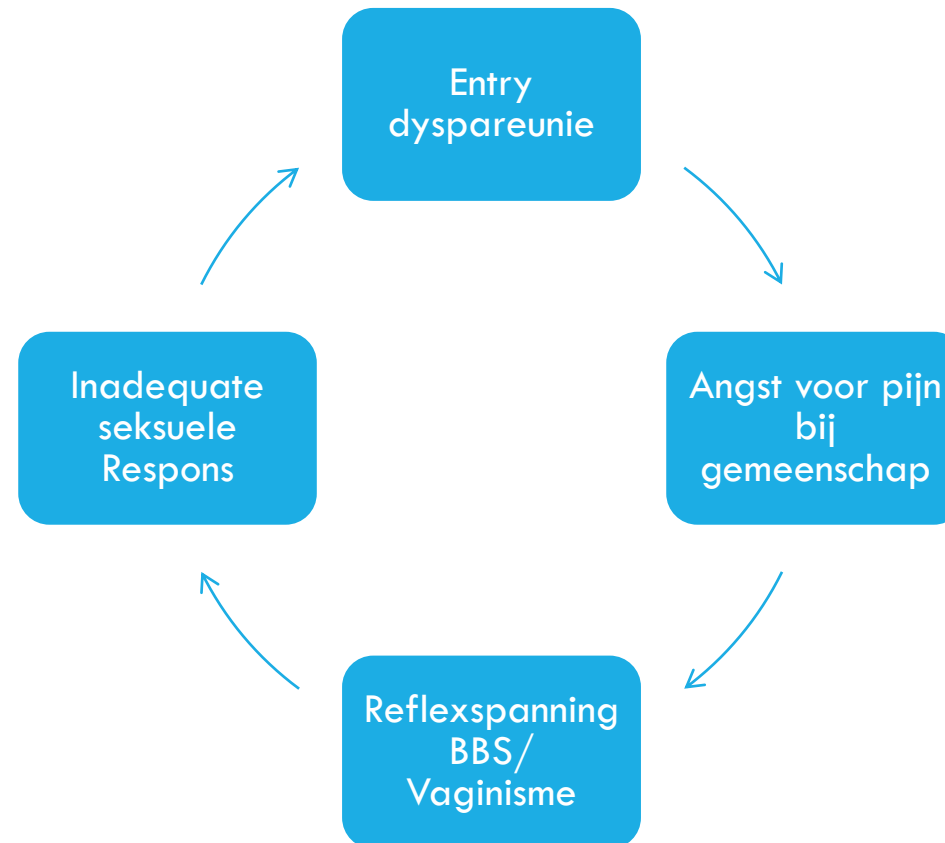
- focussen op wat wél heeft geholpen voordien
- geen unimodale 'wondertherapie' maar interactie
- Behandelstappen 'natuurlijk herstel' ifv vertrouwen
- Multidisciplinaire aanpak (droom: vulvapoli)

+ Wanneer effectieve behandeling? Niet enkel gericht op pijnvermindering maar ook: verbeteren seksueel plezier, intimiteit, verbeteren pain-selfefficacy (= componenten psychologisch en seksueel welbevinden)

→ Dus: Bekkenbodetherapie en seksuologie: 1^e lijnsbehandelopties : geen langdurige therapie maar structurele therapie met beperkt aantal sessies waarbij vooruitgang duidelijk merkbaar is!

+ Geen nevenwerkingen (+ meer therapietrouw dan bij andere behandelmodaliteiten)!!

SEKSUELE PIJN CYCLUS



ALGORITME VULVODYNIE

Niet-medicamenteus

- Advies en hygiënische maatregelen
- Bekkenbodetherapie
- Psychoseksuele begeleiding (CGT)

Medicamenteus

- Neogyn crème - Cream with Cutaneous Fibroblast Lysate
- Topisch gabapentine (+ ev. combinatie topisch lidocaïne)
- Hormonale agentia
- Gabapentine oraal (TCA ?)
- Botox (Botulinumtoxine A)

Chirurgisch/Heelkundig

- Hymenectomie
- Vestibulectomie



Educatie!

www.vulvodynie.be

www.vestibulodynie.be

www.vaginisme.be