

Lankveld, J. van, Kuile, M. ter & Leusink, P. (Red.) (2010). **Seksuele disfuncties - Diagnostiek en behandeling**. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 238 pag., € 32,50.



‘Behandelingsstrategieën voor seksuele disfuncties’ verscheen in 1998. Sindsdien was er geen up-to-date boek over het behandelen van seksuele disfuncties. Het werd tijd en ik ben blij dat dit boek er is. Een congres kondigde het boek terecht groots aan.

Geschreven door ervaren hulpverleners en onderzoe-

kers uit ons vakgebied garandeert het dat de informatie up-to-date, evidence of consensus based en goed toepasbaar in de praktijk is. De opzet is logisch (disfuncties volgens de seksuele responscyclus) en het is prettig dat alle hoofdstukken dezelfde indeling volgen. Dit maakt het boek goed leesbaar, samenhangend en informatie is makkelijk te vinden. Het vooruitlopen op de DSM-V maakt het boek over enige tijd nog steeds bruikbaar en is slim als inleiding en uitleg met betrekking tot de huidige denkwijze. Gebruik van het PLISSIT-model maakt verder dat voor iedereen duidelijk is in welke stappen of door wie begeleiding of behandeling kan worden gedaan. Als beginner of in een functie als niet-seksuoloog kun je op deze wijze toch informatie vinden over wat jij als hulpverlener zou kunnen doen voor een patiënt. En dat is vaak al heel wat. Verder is men met de tijd meegegaan door het boek te combineren met een website die voor iedereen toegankelijk is. Daarover verderop meer.

Het boek start met een inleiding over diversiteit. Dit is prettig en belangrijk. We komen in de praktijk vaak diversiteitsvraagstukken tegen en dit hoofdstuk geeft wat achtergrondinformatie en handvatten voor deze praktijk. Duidelijk wordt wel dat nog lang niet alles bekend is.

Het hoofdstuk over diagnostiek is helder en gedegen. Het is een belangrijk handvat voor de rest van het boek en natuurlijk voor het op kunnen nemen van de behandeling. Duidelijk wordt hier uiteengezet dat seksuologie een biopsychosociaal vak is en dat dit ook uit je anamnese moet blijken wil je een goede diagnose en een goed behandelplan (op) kunnen stellen. De kaders met achtergrondinformatie, uitleg of voorbeelden van anamnestiche vragen zijn goed bruikbaar. Jammer dat het kader met anamnestiche vragen niet in alle hoofdstukken terugkomt. Dit is juist zo'n goed handvat voor hulpverleners die met ons vak kennis maken en het mogelijk nog moeilijk vinden om goed uit en door te vragen.

Het hoofdstuk over seksueel verlangen bij vrouwen is tevens een goed basishoofdstuk. De verschillende modellen over seksueel verlangen en seksualiteit komen hier aan bod en geven een handvat voor het denken over seksuele problemen. De modellen van Basson en incentive motivation, theorieën over conditionering en het informatieverwerkingsmodel worden helder uitgelegd. In dit hoofdstuk wordt een start gemaakt met het gebruik van de matrix die in PLISSIT-termen een overzicht geeft van de verschillende stappen en mogelijkheden in een behandeling; een goede vondst. Orgasmestoornissen bij vrouwen is volledig up to date met alle informatie over het clitoraal complex. Mooi plaatje met heldere uitleg. Nog lang niet voor iedereen bekend, dus van groot belang. Fijn ook dat hier de partner duidelijk bij de behandeling betrokken wordt. Dat komt in de meeste hoofdstukken terug, maar zeker bij een orgasmeprobleem dat makkelijk als individueel probleem gezien wordt, is dit een waardevolle paragraaf.

Het hoofdstuk over oppervlakkige dyspareunie bij vrouwen is het meest uitgebreide hoofdstuk in het boek. In 30 pagina's worden alle ins en outs van deze klacht helder op een rij gezet. Terecht, want het is een ingewikkelde klacht,

waarbij vele verschillende factoren een rol kunnen spelen en een meersporenbeleid bij uitstek aangewezen is. De auteurs noemen zowel uitgebreid allerlei medische onderliggende factoren, maar gaan ook in op psychosociale en seksuele (partner)relatie factoren. Zo is bijvoorbeeld aangevoeld dat vrouwen met dyspareunie en VVS pijn meer catastroferen, angstiger reageren en lichamelijk letsel meer vermijden. Een goede aanvulling vind ik de paragraaf over wat er niet geïndiceerd is bij een verdenking op VVS, namelijk een vaginaal toucher, een speculumonderzoek en een vulvoscopie. Door de de mooie plaatjes en de heldere uitleg is dit bij uitstek een hoofdstuk dat artsen een goede leidraad geeft bij het diagnosticeren van VVS. Maar ook voor psychologen geeft het veel extra informatie op somatisch vlak en de behandeling in het algemeen. De behandeling wordt duidelijk in een meersporenbeleid uiteengezet. Jammer is dat in de paragraaf over empirisch onderzoek een operatieve ingreep guntiger lijkt uit te pakken dan een cognitief gedragsmatige behandeling. Terwijl eerder duidelijk wordt uitgelegd dat de richtlijn een ingreep als laatste aanbeveelt, lijkt dit hier toch anders. Bovendien wordt genoemd dat het succes van een ingreep afhangt van een goede patiëntselectie, maar hoe die selectie er dan uit moet zien, wordt niet genoemd. Een gemiste kans.

Vaginisme wordt wat beknopter beschreven. Gekozen is om te schrijven over primair vaginisme, voor overige informatie wordt verwezen naar het voorgaande hoofdstuk. Nadruk ligt hier op vermijding en het onderscheid maken tussen een koppel dat komt met een kinderwens of een coïtuswens. Iets wat niet altijd wordt herkend als twee te onderscheiden entiteiten, die prima los van elkaar kunnen bestaan en behandeld kunnen worden. Het kopje 'zwanger worden zonder gemeenschap' is helder, maar ik mis een opmerking over het, indien nodig, begeleiden van deze vrouwen naar de bevalling toe, wanneer er sprake is van angst voor de bevalling. Iets wat ik in de praktijk toch regelmatig tegenkom en voor de vrouwen helpend kan zijn. De behandeling van vaginisme wordt uitgebreid beschreven met nadruk op het leren doorbreken van vermijdingsgedrag. Ondersteuning door SSRI's wordt kort genoemd. Goed voor angstreductie, maar minder goed voor de seksuele functies. Ook de nieuwe behandeling zoals deze in het LUMC en in Maastricht wordt uitgevoerd wordt genoemd. Meer up-to-date kun je niet zijn.

En dan nu de mannen: verminderd seksueel verlangen. Hoe vaak komt het voor? Dat blijkt niet zo duidelijk. Het is immers minder gebruikelijk en geaccepteerd voor mannen om aan te geven dat er minder zin is dan voor vrouwen. Het mechanisme van seksueel verlangen wordt goed uitgelegd. Jammer dat er geen verwijzing is naar het hoofdstuk over vrouwen, waarin de modellen iets uitgebreider en met plaatjes worden uitgelegd.

Het werkingsmechanisme van testoteron en bij (symptomatic late onset) hypogonadisme wordt helder uitgelegd. In het rijtje met middelen die de werking van testosteron kunnen beïnvloeden worden bijvoorbeeld anabole steroïden genoemd. Opvallend is dat later in een paragraaf over bodybuilders alleen het eet- en beweegpatroon (ook een

belangrijke invloed) wordt genoemd en het gebruik van anabole steroïden wordt weggelaten. Iets wat toch vaak gebeurt en zoals gezegd veel invloed kan hebben. Naast medische, psychologische en relationele behandelonderdelen worden leefstijl adviezen belangrijk geacht. Immers het voorkomen of verbeteren van het metabool syndroom geeft gezondheids- en seksuele winst.

Erectiele disfunctie, misschien wel de vraag waarmee de meeste mannen zich melden bij een hulpverlener. Zeker sinds PDE5-remmers op de markt zijn. Direct wordt duidelijk gemaakt dat ook al is er een somatische factor die de erectieklachten kan verklaren dit niet betekent dat dat dan ook het enige mechanisme is dat een rol speelt bij oorzaak en instandhouding. Bovendien wordt direct aangegeven dat een erectiestoornis slechts zelden de voorbode is van onderliggend vaatlijden. Iets wat een deel van de mannen zorgen baart. Met een mooi plaatje en heldere uitleg wordt het cognitieve mechanisme van erectieklachten uitgelegd. Belemmerende gedachten en negatieve focus bevorderen het ontstaan of in stand blijven van een erectieprobleem. Los van dit mechanisme blijken depressie en erectieklachten elkaar wederzijds te beïnvloeden. Belangrijke opmerking dat als differentiaal diagnose altijd gedacht en gevraagd dient te worden naar voortijdige zaadlozing. Het relationele mechanisme wordt beperkt maar mooi beschreven; zeer waardevol. De behandeling wordt mooi beschreven in zowel cognitieve, medicamenteuze als lichamelijke factoren. Uit empirisch onderzoek blijkt dat ook hier pillen en praten de beste keus is.

Orgasmestoornissen bij mannen wordt onderverdeeld in te vroeg en geremd. Wat mij dan altijd opvalt, is dat te vroeg beschreven wordt met betrekking tot intravaginale ejaculatie. Met geen woord wordt er gesproken over voortijdige zaadlozing in andere situaties. Ik kan mij een congres herinneren (ik denk WVSD) waar hierover ook discussie gaande was. Mannen komen immers ook met deze klacht los van intravaginaal seksueel verkeer. Duidelijk is vervolgens het onderscheid naar levenslang, acquired, natural variable en premature-like vormen. Misschien niets nieuws inhoudelijk, maar het schept een duidelijk kader waarover je ook naar de patiënt kunt communiceren.

Etiologisch wordt besproken dat de levenslange vorm zeer waarschijnlijk neurobiologisch is ontstaan en de verworven vorm middels een conditioneringsproces. Echter, ook bij de levenslange versie wordt aangegeven dat behandeling gecombineerd kan worden met CGT ook als er medicamenteus wordt behandeld. Een medicamenteuze behandeling is geen garantie voor succes; 20% blijkt geen vertraging in IELT te behalen. Opvallend vind ik het voorstel om mannen met voortijdige zaadlozing én erectiele disfunctie te behandelen middels PDE5 + SSRI. Dit lijkt mij én nogal een gedoe én ook enigszins tegenstrijdig. Is het eerst behandelen van de erectiele disfunctie en vervolgens indien nodig of gewenst het behandelen van de voortijdige zaadlozing geen betere optie? Immers, het zou zo kunnen zijn dat de klacht van voortijdige zaadlozing minder als een probleem wordt ervaren indien de seksualiteit anders beleefd wordt door een betere erectie (die waar-

schijnlijk gepaard gaat met meer genieten). Het stuk over de geremde ejaculatie is beknopter. Er blijkt minder over bekend te zijn. Nadruk ligt dan ook op een goede anamnese en van daaruit de behandeling bepalen. Deze kan bestaan uit praktische adviezen, medicatie aanpassen of het leren toestaan van opwinding.

Tot slot urogenitale pijn bij mannen. Een interessant hoofdstuk over een soms ingewikkelde klacht. De verschillende factoren worden helder beschreven, alleen vind ik de indeling niet altijd even helder. Gestart wordt met een driedeling die verder in het hoofdstuk minder helder naar voren komt. Inhoudelijk wordt heel helder beschreven wat zowel fysiek als psychologisch of relationeel een rol kan spelen. De anamnese wordt helder in kaart gebracht in een kader, waardoor het ook voor een beginner op dit gebied heel duidelijk is wat belangrijk is om te weten. Zeer te spreken ben ik over de omschrijving van het lichamelijke onderzoek. Met name dat het vaak niet meer nodig is of vooral een educatief karakter dient te hebben. En mooi ook dat bij behandeling ook gesproken wordt over lichaamsbeleving en inzetten van mindfulness of haptotherapie. Bij mannen zijn of raken deze mogelijkheden en factoren nogal eens onderbelicht.

In sommige hoofdstukken ontbreekt het kader met anamnestiche vragen (zeker voor beginners erg handig) en de paragraaf diversiteit. Deze laatste lijkt soms er wat met de haren bijgesleept, alhoewel ik het idee er achter waardeer. We vervallen immers al makkelijk in blank, christelijk en heteroseksueel denken. Ook de state-of-the-art paragraaf is vaak kort, maar geeft wel een beknopt overzicht van de laatste inzichten en is eigenlijk een 'samenvatting' van het desbetreffende hoofdstuk. Jammer is dat er niet altijd naar andere hoofdstukken verwezen wordt, terwijl dit soms wel handig zou kunnen zijn. Immers, een deel van de lezers zal vooral het hoofdstuk over het onderwerp van interesse lezen en mist dan aansluitende informatie in een ander hoofdstuk. Hieraan dacht ik vooral bij het lezen over verminderd seksueel verlangen bij mannen. Verwijzen naar het hoofdstuk over dezelfde klacht bij vrouwen was zeker met betrekking tot de uitleg over de verschillende modellen een optie geweest.

Het beschrijven van de vragenlijsten is handig voor mensen die onderzoek willen doen of een lijst als screeningsmethode willen gebruiken. De medicatielijst is een handige aanvulling. Terecht wordt opgemerkt dat de bijwerkingen ook voor vrouwen kunnen gelden, alhoewel dan handiger was geweest als dit ook in de titel van de bijlage stond en er in plaats van 'erectiestoornis' 'verminderde opwinding' had gestaan. Enigszins onhandig vind ik de plaats van de literatuurreferenties. Het was handiger geweest ze bij elk hoofdstuk te hebben staan, maar ik snap dat dat voor de layout van het boek minder aantrekkelijk is.

De website en de boekenlijst zijn een goede aanvulling op het boek. Om te voorkomen dat het boek erg dik wordt, of op meerdere plekken dezelfde oefeningen te vinden zijn, werd gekozen voor de website met in het boek verwijzingen naar de oefeningen. Ik snap de keuze, maar merk ook

dat ik het omslachtig vind. Ben ik lekker even iets aan het opzoeken in het boek, moet ik de website er bij halen om de desbetreffende informatie of oefening te vinden. En ik zit zeker niet altijd te lezen met een computer in de buurt of met de computer aan. De oefeningen staan verder handig ingedeeld en helder omschreven op de website, dus dat is prima. Risico is denk ik wel dat bij beginners er een soort 'kookboek-idee' kan ontstaan, waarmee je je eigen recept schrijft door de oefeningen bij elkaar te zoeken. Dit zou kunnen leiden tot het idee dat je oefening op oefening kunt laten volgen, zonder er op te letten goed bij de patiënt en het verhaal aan te sluiten. Het overzicht van alle oefeningen en de verder aanvullende informatie met folders, boeken en websites is verder wel prettig. Nu staat het allemaal overzichtelijk bij elkaar. Jammer is wel dat het adres van de website slechts 1 maal genoemd wordt in de inleiding. Toen ik het boek bij een voor mij relevant hoofdstuk opensloeg, heb ik lang moeten zoeken om te vinden welke website het betrof. Ik vermoed dat meer mensen dat doen, gewoon openslaan bij het onderwerp dat ze zoeken. Dan is de website dus moeilijk te vinden.

Samenvattend: al met al een goed naslagwerk voor informatie maar ook behandeling van de meest voorkomende seksuele disfuncties. Voor beginnend seksuologen, maar ook voor andere disciplines, zoals huisartsen of psychologen, die seksuele problemen tegenkomen. De website is een goede aanvulling en garandeert een consistentie in behandelwijzen. Gefeliciteerd met deze prestatie.

Hester Pastoor, psycholoog