

Behandeling orgasmestoornis van de vrouw Is 'hands-on training' een optie?

dr. C.J.M. van Binsbergen, gynaecoloog

'Hands-on training is, of course, the best way to learn just about anything. There's only so far a manual can take you, and then you've got to simply plunge in, and make your own mistakes. However, sometimes a little help ain't bad.' (<http://www.handson.nu/>)

Inleiding

Anorgasmie bij vrouwen is een ondergerapporteerd probleem binnen de seksuologische hulpverlening, vooral omdat niet alle vrouwen een probleem maken van hun onvermogen om tot orgasme te komen. Van de verschillende behandelvormen zal in dit artikel ingegaan worden op de cognitief-gedragstherapeutische aanpak in de vorm van masturbatietraining. De rol van 'hands-on training' bij de behandeling van orgasmestoornissen zal worden toegelicht.

Definitie

Orgasmestoornissen bij vrouwen worden gezien als een seksuele dysfunctie en worden in de DSM-IV-TR als volgt gedefinieerd: er wordt gesproken van een geremd vrouwelijk orgasme wanneer er een aanhoudend of herhaaldelijk uitstel of uitblijven van het orgasme bestaat bij normale seksuele opwindingsgedurende de seksuele opwindingsfase^{1,2}. De orgasmestoornis kan primair zijn, dat wil zeggen de vrouw heeft nog nooit een orgasme beleefd, of secundair zijn. In plaats van primaire anorgasmie spreekt men liever van pre-orgasmie omdat in deze term meer ligt besloten dat de anorgasmie niet permanent hoeft te zijn. De secundaire anorgasmie, het feit dat de vrouw eerder wel maar thans geen orgasme kan krijgen, kan permanent zijn maar ook situatief dat wil zeggen in de ene situatie kan zij wel een orgasme bereiken en in de andere niet. Coïtale anorgasmie zou je een situatieve anorgasmie kunnen noemen, hoewel het overdreven is het een seksuele dysfunctie te noemen aangezien er meer vrouwen zijn die geen orgasme beleven tijdens de coïtus, dan vrouwen die dat wel ervaren.

Epidemiologie

Betrouwbare epidemiologische gegevens over orgasmestoornissen bij vrouwen zijn er niet. Uit de literatuur blijkt dat van de vrouwen die zich aanmelden met seksuele problemen 4-18% een orgasmestoornis als aanmeldingsklacht heeft^{2,3,4,5}. Waarschijnlijk is er een onderrapportage omdat er enerzijds veel vrouwen zijn die het toch nog moeilijk vinden om te praten over hun seksuele gevoelens en hun onvermogen tot orgasme te komen, anderzijds zijn er ook vrouwen die tevreden zijn over hun seksuele relatie ondanks het feit dat zij nog nimmer een orgasme hebben beleefd.

Etiologie

Volgens de strikte DSM-IV-TR definitie kan er alleen van een orgasmestoornis sprake zijn wanneer een orgasme uitblijft ondanks normaal verlopende seksuele opwindings tijdens de opwindingsfase. Het is dan ook denkbaar dat een aantal vrouwen orgasmeproblemen hebben omdat ze weinig seksuele opwindings kennen en wellicht ook moeite hebben die opwindings vast te houden.

Seksuele activiteit (seksuele lust en opwindings) in het algemeen en klaarkomen in het bijzonder kunnen gezien worden als een complexe interactie van psychologische, biologische en sociale factoren². Deze complexe interactie maakt het juist zo moeilijk om duidelijk aanwijsbare etiologische factoren aan te geven. Hier komt nog bij dat er nog betrekkelijk weinig bekend is over de neurofysiologie van het vrouwelijk orgasme en dat men ervan uit gaat dat deze in principe gelijk is aan die van de man. Het blijkt echter dat vrouwen met diabetes mellitus minder last hebben van hun aandoening dan mannen. Onderzoek wees uit dat er noch verschil is in vasocongestieve reacties op visuele erotische stimulatie noch in orgasme tussen vrouwen met diabetes mellitus en een controle groep^{6,7}. Daarentegen hebben vrouwen die lijden aan multiple sclerose, die een dwarslaesie hebben en die zenuwlaesies hebben ten gevolge van chirurgisch ingrijpen wel degelijk meer moeite om een orgasme te bereiken. Aandoeningen van psychische aard die de libido en opwindings remmen, zoals b.v. relatieproblemen of een depressie, hebben vanzelfsprekend een negatief effect op het bereiken van een orgasme.

Behoudens psychologische, biologische en sociale factoren en hun interactie kan de oorzaak van preorgasmie gelegen zijn in het feit dat de vrouw niet precies weet hoe ze een orgasme kan maken. Veel vrouwen ontdekken toevallig hoe ze een orgasme kunnen krijgen en maar weinig vrouwen krijgen in hun seksuele voorlichting mee dat ze zelf iets kunnen doen en hoe ze iets kunnen doen om een orgasme te bereiken.

Behandeling

Een farmacologische behandeling van orgasmestoornissen bij vrouwen is er niet. Uit onderzoek is gebleken dat noch sildenafil (Viagra) noch testosteron het bereiken van een orgasme vergemakkelijkt. Bupropion, een antidepressivum, zou dat eventueel wel doen⁸. Naast de psychoanalytisch georiënteerde therapie en de systeemtherapie die veel worden toegepast bij orgasmestoornissen bij vrouwen is er de cognitieve gedragstherapie waar in het kader van dit artikel verder op wordt ingegaan.

De cognitief-gedragstherapeutische aanpak is gebaseerd op leertheoretische principes en op informatie-verwerkingsprocessen⁹. De theorie verkondigt dat een gebrekkig leerproces ten grondslag ligt aan de orgasmestoornis en dat een adequaat leerproces alsnog doorlopen kan worden. De gedragsmatige aanpak bij orgasmestoornissen is masturbatietraining. De masturbatietraining van LoPiccolo en Stock is algemeen geaccepteerd door o.a. de American Psychological Association en de succespercentages zijn hoog (80% van de vrouwen bereikt een orgasme door masturbatie en 20-60% bereikt een orgasme met de partner)¹⁰. Vrouwen met orgasmenproblemen stellen zich meestal afhankelijk op van hun partner, zijn seksueel passief en wachten meestal tot hun partner opwindend en orgasme bij hen teweegbrengt. Deze vrouwen hebben de neiging tijdens het vrijen dermate gericht te zijn op hun partner dat zij zich niet kunnen concentreren op zichzelf om zich te kunnen laten gaan in de fase van het orgasme. Daarnaast kunnen angst voor controleverlies, schuld- en schaamtegevoelens een rol spelen bij het onvermogen om tot orgasme te komen. Dit gebrek aan autonomie en assertiviteit, deze angst voor controleverlies en dit schuld- en schaamtegevoel kunnen met behulp van masturbatietraining worden behandeld.

Door oefeningen en opdrachten wordt er gewerkt aan een systematische desensitisatie en aan het kwijtraken van inadequate cognities en verwachtingen. Dit kan in groepsverband of in een individuele setting al dan niet met partner. De groepsbehandeling bestaat uit tien twee uur durende sessies die wekelijks plaatsvinden en geleid worden door twee vrouwelijke therapeuten. Een goede indicatiestelling is essentieel voor het slagen van de therapie en hiervoor zijn duidelijke selectiecriteria opgesteld⁹. Het is een programma waarbij vrouwen leren tijd te maken voor zichzelf, voor ontspanning en waarin zij hun eigen lichaam en seksuele reacties ontdekken. Door thuis de huiswerkopdrachten uit te voeren en negatieve en positieve ervaringen terug te rapporteren in de groep leren vrouwen stap voor stap te masturberen en een orgasme te bereiken.

Beschouwing

In de praktijk blijkt dat een aantal pre-orgastische vrouwen onvoldoende kennis heeft van hun eigen lichamelijk functioneren. Zij hebben voldoende aan een goede handleiding waarin anatomie, fysiologie en hoe een orgasme te maken beschreven staat¹².

Andere factoren die het bereiken van een orgasme in de weg staan zoals angst voor controleverlies, schuld- en schaamtegevoel hebben een andere benadering nodig zoals o.a. de boven beschreven cognitief-gedrags-therapeutische aanpak. De combinatie van masturbatietraining, oefeningen thuis en het terugrapporteren van opgedane ervaringen aan therapeut en groepsleden is succesvol gebleken.

Blijft over de vraag: wat hebben orgasmestoornissen en 'hands-on training' met elkaar te maken? Deze vraag is snel beantwoord na een internet search met de steekwoorden 'hands-on training' en 'masturbation'. Hieruit blijkt dat deze twee begrippen in het Amerikaans Bargoens ('slang') synoniem van elkaar zijn. Dit gegeven werpt een geheel ander licht op het eerder genoemde citaat: 'Hands-on training is, of course, the best way to learn just about anything. There's only so far a manual can take you, and then you've got to simply plunge in, and make your own mistakes. However, sometimes a little help ain't bad.'

Literatuur

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.- text revision. Washington, DC: APA, 2000.
2. Moors JPC, Seksuele problemen en stoornissen bij vrouwen. In: Slob AK, Vink CW, Moors JPC, Everaerd W (red). Seksuologie voor de arts. Bohn Stafleu van Loghum; Houten 1995.
3. Bancroft J, Coles L. Three years experience in a sexual problems clinic. *Br Med J* 1976; 1: 1576-1577.
4. Mears E, Sexual problem clinics: an assessment of the work of 26 doctors, trained by the institute of psychosexual medicine. *Public Health (London)* 1978; 92: 218-223.
5. Vroege J, Nicolai L, Wiel H van de, Seksualiteitshulpverlening in Nederland. Eburon, Delft 2001.
6. Slob AK, Koster J, Radder JK, van der Werf ten Bosch JJ, Seksualiteit en psychofysiologisch functioneren bij vrouwen met diabetes mellitus. *Tijdschr Seksuol* 1991; 15: 30-40.
7. Jensen SB, Sexual dysfunction in younger insulin-treated diabetic females. *Diab Metab* 1985; 11: 278-282.
8. Modell JK, May RS, Katholi CR. Effects of bupropion_{SR} on orgasmic dysfunction in nondepressed subjects: a pilot study. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(3): 231-240.
9. Both S, de Groot E, Rossmark M. Orgasmestoornissen bij de vrouw. In: Hengeveld MW, Brewaeys A (red). Behandelingsstrategieën bij seksuele disfuncties. Bohn Stafleu van Loghum; Houten/Diegem 2001.
10. LoPiccolo J, Lobitz WC. The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Arch Sex Behav* 1972; 2: 163-171.
11. LoPiccolo J, Storck WE. Treatment of sexual dysfunction. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54: 158-167.
12. Yaffé M, Fenwick E. Seks, praktische handleiding voor de vrouw. Hengeveld MW (red). Zomer & Keuning; Ede/Antwerpen 1990.