

Seksuele disfuncties

De stoornis

Seksuele disfuncties zijn stoornissen die het vermogen om seksueel actief te zijn of seksueel plezier te ervaren belemmeren. De belangrijkste zijn:

- Verminderd seksueel verlangen (♂)
- Erectiestoornis (♂)
- Premature (voortijdige) zaadlozing (♂)
- Geremde zaadlozing of anorgasmie (♂)
- Seksuele interesse/opwindingsstoornis (♀)
- Genitopelviene pijn/penetratiestoornis (♀)
- Orgasmestoornis (♀)
- Seksuele disfunctie door een (genot)middel of medicatie (♂ en ♀)
- Seksuele aversiestoornis (in de DSM-5 geschaard onder 'andere gespecificeerde seksuele disfunctie') (♂ en ♀)

Daarnaast kan het gaan om klachten die niet in de DSM-5, maar wel elders in de literatuur beschreven worden. Bij mannen bijvoorbeeld om klachten waarbij er geen zaadlozing plaatsvindt (anejaculatie) of plaats lijkt te vinden (retrograde ejaculatie), waarbij orgasme geen gevoel van genot veroorzaakt (anhedonisch orgasme) of juist pijnlijk is (pijnlijke ejaculatie of orgasme), of waarbij ejaculatie voor langdurige lichamelijke en geestelijke klachten kan zorgen (post-orgasmic illness syndrome). Bij vrouwen kan er sprake zijn van ongewenste genitale opwinding in de afwezigheid van seksuele interesse en verlangen (stoornis met persistente genitale opwinding), waarbij orgasme geen gevoel van genot veroorzaakt (anhedonisch orgasme) of juist pijnlijk is, of het orgasme voor langdurige lichamelijke en geestelijke klachten kan zorgen (tegenwoordig samengevat als post-orgasmic illness syndrome).

Seksuele problematiek wordt vaak niet gesignaleerd en onvoldoende adequaat behandeld. Het gaat daarom vaak om verborgen problematiek, waar patiënten veel last van kunnen ondervinden. Het doel van de zorgstandaard is om (h)erkenning, diagnostiek en behandeling van mensen met seksuele klachten en disfuncties te optimaliseren.

De epidemiologische kenmerken

Uit vragenlijstonderzoek onder de Nederlandse bevolking blijkt dat seksuele klachten veel voorkomen. In totaal heeft 19% van de mannen en 27% van de vrouwen een of meerdere seksuele disfuncties. Of mensen met seksuele klachten hulp zoeken, hangt zowel samen met de last die zij van hun klachten ondervinden, als met de mate waarin zorgverleners bij diagnostiek en behandeling oog hebben voor seksualiteit en actief te vragen naar seksuele klachten.

Vroege onderkenning en preventie

De ervaring leert dat veel professionals in de anamnese wel naar seksuele traumata vragen, maar zelden naar seksueel functioneren. Het is altijd van belang om ook seksualiteit en seksueel functioneren te bevragen of te benoemen in een anamnese of behandeling. Wachten niet tot de patiënt zelf een seksuele

klacht ter sprake brengt, maar neem bij elke patiënt een proactieve houding aan, ongeacht diens leeftijd en culturele achtergrond. De volgende formuleringen kunnen hierbij helpen:

- Bij deze aandoening/klachten hebben sommige patiënten ook seksuele klachten. Is dat bij u ook het geval?
- Mag ik u iets vragen over seksualiteit/ het vrijen/uw relatie?
- Bent u seksueel actief/in hoeverre speelt seksualiteit in uw leven een rol?
- Heeft uw aandoening/behandeling/situatie geleid tot verandering van seksualiteit/ het vrijen/uw relatie?
- In hoeverre heeft u daar last van?
- Wilt u hier hulp voor?

Preventie

Seksuele gezondheidsbevordering kan veel klachten voorkomen en bestaande klachten verbeteren. Het heeft vier doelen: positieve gezondheid (voorlichting over seksuele en relationele vorming); primaire preventie (voorlichting, campagnes); secundaire preventie (herkennen van signalen die kunnen duiden op problemen) en tertiaire preventie (voorlichting over seksualiteit bij ziekte en/of behandeling zoals medicatie, chirurgie, chemo- en radiotherapie).

Diagnostiek

Aandachtspunten

- Vrijwel altijd spelen somatische, psychische én contextuele factoren een rol.
- In veel gevallen is sprake van meer dan 1 seksueel probleem (vooral bij vrouwen) en in de klinische praktijk kan vaak geen duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende disfuncties.
- Seksuele disfuncties veranderen in de tijd vaak van karakter.
- Betrek zo mogelijk ook de partner bij de diagnostiek.

Anamnese

Vraag bij de anamnese naar de volgende aspecten:

- Wat is het probleem?
- Hoe ernstig is de klacht?
- Hoe is het beloop in de tijd?
- Wat is de rol van de partner?
- Is er sprake van lichamelijke en/of psychische comorbiditeit?
- Is er sprake van middelengebruik? (medicijnen, alcohol, roken, andere genotsmiddelen)
- Gebruikt de patiënt anticonceptie?
- Wat zijn de wensen en verwachtingen ten aanzien van eventuele behandeling?

Bij de intake door zorgverleners binnen de ggz kan gebruik gemaakt worden van vragenlijsten over seksuele disfuncties.

Medisch-seksuologisch onderzoek

- Overweeg of en wanneer er medisch-seksuologisch onderzoek uitgevoerd moet worden. Dit onderzoek kan bestaan uit lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en/of psychofysiologisch onderzoek.
- Realiseer u dat een genitaal onderzoek een emotioneel belastende situatie kan zijn, waarin bij de onderzochte gevoelens van machteloosheid en controleverlies kunnen overheersen. Verder zijn er onder patiënten met seksuele klachten relatief veel mensen met een traumatische seksuele ervaring in de voorgeschiedenis. Voor deze groep patiënten brengt elk genitaal onderzoek het risico van herbeleving, dissociatie en retraumatisering mee. Het belangrijkste bij lichamelijk onderzoek is dat een situatie wordt gecreëerd waarbij de onderzochte een gevoel van controle over de situatie heeft en waarin zijn of haar grenzen worden gerespecteerd en bewaakt.

Behandeling en begeleiding

Bij de opstelling van een behandelplan kan worden gekozen uit het geven van informatie en advies, psychologische interventies en/of biomedische interventies. Als een seksuele disfunctie zich voordoet binnen een partnerrelatie, wordt bij voorkeur ook de partner betrokken.

PLISSIT-model

Uitgangspunt voor de behandeling is PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions en Intensive Therapie).

Stap 1 - Permission & Limited Information. Psycho-educatie. Met psycho-educatie krijgt de patiënt informatie over de factoren die een rol spelen bij het ontstaan en de instandhouding van het seksuele probleem. Deze informatie kan al direct voor een positief therapeutisch effect zorgen. Psycho-educatie wordt gezien als een belangrijke eerste stap in het therapeutisch proces.

Stap 2 - Specifieke Suggesties. Specifieke Suggesties op de persoon en diens context toegesneden interventies. Enkele voorbeelden van specifieke suggesties zijn: aanpassing van de seksuele stimulatie, vrijen op een ander tijdstip (bij vermoeidheid) of het aanpassen van de coïtus-houding, of niet coïtus-gericht vrijen.

Stap 3 - Intensieve Therapie. Wanneer intensievere behandeling aangewezen is, bijvoorbeeld bij een ernstige stoornis met psychische, somatische en/of relationele comorbiditeit, zijn zowel psychologische als medicamenteuze interventies mogelijk. Ook kan een combinatiebehandeling gestart worden (door een of meerdere zorgverleners). Intensieve therapie bevat meestal ook ingrediënten van de vorige twee beschreven PLISSIT-stappen, gericht op voorlichting over hoe seks 'werkt' (juiste kennis over anatomie en fysiologie; voor het optreden van een seksuele respons (opwinding, verlangen, orgasme) zijn altijd adequate seksuele prikkels nodig, etc.)

Behandeling van specifieke disfuncties

De behandeling van seksuele disfuncties in een biopsychosociaal kader bestaat uit een combinatie van psychologische en somatische (medicamenteuze) behandelvormen. In de zorgstandaard wordt de behandeling per seksuele disfunctie beschreven.

Herstel, participatie en re-integratie

Mensen met een seksuele disfunctie kunnen, naast lijdensdruk door de stoornis, in bredere zin beperkingen ervaren in hun emotioneel en relationeel functioneren. Seksualiteit is voor veel mensen een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van leven.

Hoewel seksuele disfuncties over het algemeen geen invloed hebben op dagelijkse activiteiten, zoals bij andere psychische problemen, kan herstel ook bij seksuele disfuncties om meer gaan dan alleen het reduceren van de lijdensdruk.

Organisatie van zorg

Van elke zorgverlener mag worden verwacht dat hij of zij seksuele klachten signaleert, bespreekbaar maakt, en waar nodig eenvoudige informatie geeft. Het is belangrijk dat professionals getraind worden in vaardigheden die nodig zijn voor het bespreken van het thema seksualiteit.

In de huisartsenzorg kunnen huisartsen (soms gecombineerd met de POH-GGZ en/of zorgverlener die ervaring heeft met of gespecialiseerd is in seksuele klachten) en, bij jongeren tot 25 jaar, de GGD (Sense) in eerste instantie eenvoudige seksuele problemen behandelen. De GGD kan ingezet worden op het terrein van voorlichting en preventie en waar nodig seksuele gezondheidsbeleid ontwikkelen binnen instellingen.

Het diagnostisch onderzoek kan, afhankelijk van de klacht en indicatie, worden gedaan door een huisarts, arts- seksuoloog NVVS, gynaecoloog, uroloog of een bekkenfysiotherapeut. Daarnaast kan laboratorium-onderzoek en psychofysiologisch onderzoek gedaan worden.

In het algemeen zal bij eenvoudige seksuele disfuncties verwezen worden naar een zorgverlener in de vrijgevestigde generalistische basis ggz. De patiënt zal de hulp in dat geval wel zelf moeten betalen. Bij (ernstige) psychische comorbiditeit kan verwezen worden naar een multidisciplinair seksuologisch team in een ggz-instelling (generalistische basis ggz of gespecialiseerde GGZ), danwel naar een professioneel netwerk van (vrijgevestigde) behandelaren. Bij (ernstige) somatische comorbiditeit kan verwezen worden naar een polikliniek seksuologie in een algemeen ziekenhuis of een universitair medisch centrum.

Samenhang met standaarden

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Diversiteit- Zelfmanagement- eHealth- Bijwerkingen- Comorbiditeit- Psychische klachten in de huisartsenpraktijk | <ul style="list-style-type: none">- Vroege opsporing psychische klachten- Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB)- Psychotherapie- Ouderen met psychische aandoening |
|--|---|