

SEKSUELE ANAMNESE

Versie 2.0

Omschrijving van het probleem

Definities

Van seksuele moeilijkheden wordt gesproken als iemand ten aanzien van seks niet beleeft wat hij of zij zou willen beleven en/of niet kan wat hij of zij zou willen kunnen. Wanneer de seksuele respons of de lichamelijke reacties bij seksuele activiteit ondanks adequate stimulatie ontbreken of in mindere mate optreden, wordt gesproken over een seksuele disfunctie. Volgens de DSM-IV-TR [1] bestaat er een seksuele stoornis wanneer de persoon en/of de partner lijdt onder de seksuele disfunctie.

Doel van de anamnese

De seksuele anamnese van de gynaecologische patiënt heeft tot doel betrouwbare en relevante gegevens te verzamelen over seksualiteitsbeleving en het bestaan van eventuele seksuele moeilijkheden. Door het bespreken van seksueel functioneren en (eventuele) seksuele problemen geeft de gynaecoloog aandacht aan de hele patiënt, resp. aan de persoonlijke context of achtergrond van de gynaecologische problematiek. Hij/zij verhoogt daardoor de kwaliteit van het medisch handelen. De gynaecoloog brengt ook aan de patiënt over dat hij/zij bereid is seksuele problematiek te onderkennen en eventueel te behandelen of voor een goede verwijzing te zorgen. Tevens kunnen zo de gevolgen van de gynaecologische klacht en het gynaecologisch handelen (nadere diagnostiek, medicamenteuze en/of operatieve behandeling) voor het seksueel functioneren van de patiënt en haar partner expliciet besproken worden.

Analyse van de beschikbare kennis

Voorkomen

Er zijn slechts beperkte empirische gegevens over de incidentie van seksuele moeilijkheden en seksuele disfuncties. In een representatieve steekproef van de algemene Amerikaanse bevolking wordt het voorkomen van seksuele problemen door 43% van de vrouwen gemeld [2]. In het recent verschenen onderzoek van de RutgersNissogroep [3] rapporteert bijna 1 op de 5 van de ondervraagde Nederlandse vrouwen een seksueel probleem, waarbij met name orgasme- en genitale opwindingsproblemen genoemd worden. Het melden van een disfunctie wil echter nog niet zeggen dat iemand hinder ervan ervaart en er hulp voor zou zoeken [4]. Sporadisch is onderzoek gedaan naar risicofactoren. Wat betreft de Nederlandse situatie ontbreken betrouwbare epidemiologische gegevens. Op basis van de resultaten uit een onderzoek in een Nederlandse gynaecologische polikliniek van een academisch ziekenhuis wordt het voorkomen van seksuele problematiek in de gynaecologenpraktijk enigszins duidelijk. Ruim een derde van de nieuwe patiënten rapporteerde seksuele klachten [5], en dan met name dyspareunie. 15% van de patiënten had ervaringen met seksueel geweld en ruim 7% had ervaringen met fysiek geweld. Van degenen met deze klachten en ervaringen wilde ruim 18% hulp hiervoor. De patiënten presenteerden deze klachten zelf aan de arts, of meldden deze op rechtstreekse vragen van de arts, die aan het einde van elk consult het seksuele functioneren ter sprake bracht indien de patiënt dit zelf nog niet had gedaan. Bachmann [6] vond een belangrijk verschil in de incidentie van seksuele klachten tussen uitsluitend zelfrapportage door de patiënt en een door de gynaecoloog geïnitieerd gesprek over seksualiteit.

Om seksuele moeilijkheden, seksuele disfuncties en (vroegere) grensoverschrijdende ervaringen op het spoor te komen zal er dus gericht naar moeten worden gevraagd.

Overwegingen

Een gynaecologische klacht, nadere diagnostiek en/of behandeling heeft mogelijk gevolgen voor het seksueel functioneren en de beleving van seksualiteit van de patiënt (en haar partner). Het lijkt zinnig van meet af aan bij elke (nieuwe) patiënt expliciet te vragen naar het seksuele leven, het bestaan van seksuele moeilijkheden en mogelijk negatieve ervaringen op seksueel gebied en/of fysiek geweld. Een verzoek tot sterilisatie kan zo bijvoorbeeld een aangrijpingspunt zijn om de seksuele relatie van patiënt en haar partner te bespreken. Soms is seksuele problematiek 'verborgen' achter een andere gynaecologische klacht zoals bijvoorbeeld fluorklachten of vulvaire jeuk. De gynaecoloog dient de patiënt door de wijze van vraagstelling duidelijk te maken dat niet a priori uitgegaan wordt van het bestaan van een seksuele relatie, van een heteroseksuele voorkeur, of van waardeoordelen over verschillende aspecten van seksualiteit, seksuele handelingen of seksuele belevingen. Seksuele moeilijkheden zijn ingebed in een somatische, psychische, relationele en maatschappelijke context. Bij het afnemen van een seksuele anamnese dienen deze contextuele aspecten te worden betrokken om tot adequate diagnostiek en eventuele hulp of verwijzing te kunnen besluiten.

Minimaal vereiste zorg

De volgende vragen dienen in het consult aan elke patiënt gesteld te worden.

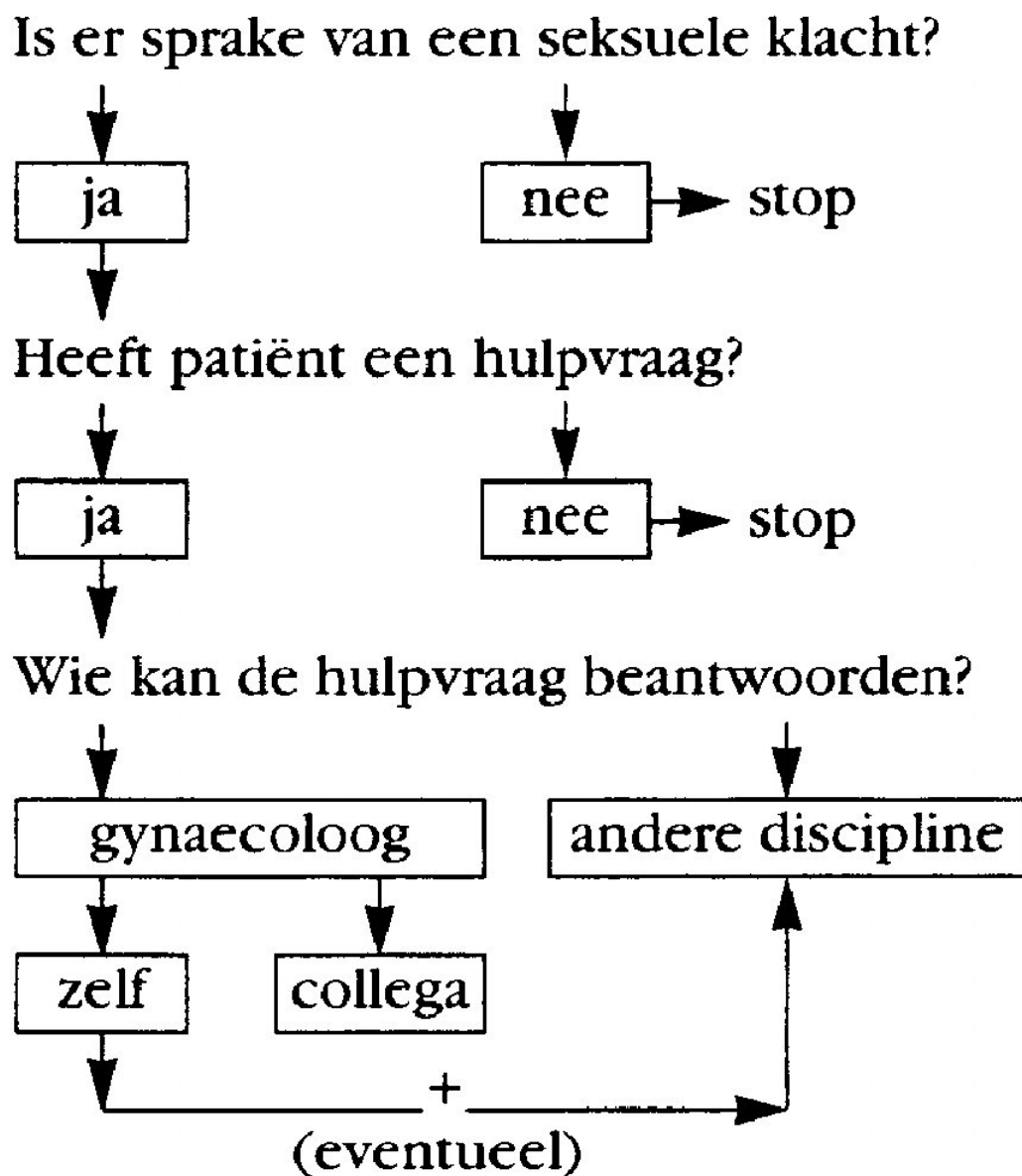
1. Heeft het gynaecologische probleem gevolgen voor de beleving van seksualiteit van de patiënt, of voor de seksualiteit binnen haar relatie? *Wordt uw seksuele relatie beïnvloed door uw gynaecologische klacht?*
2. Zijn er negatieve ervaringen op seksueel gebied? *Hebt u ervaringen met seksualiteit tegen uw zin of ervaringen met (seksuele) handelingen die u als gevolg van lichamelijk en/of emotioneel overwicht niet kon weigeren?*
3. Wanneer een seksuele klacht wordt genoemd wordt hier verder op doorgevraagd. Zo kunnen de volgende problemen aan de orde komen: verminderd zin in seksueel contact/verschil in zin; verminderde lubricatie tijdens het vrijen, wat een vaak pijnlijke coïtus tot gevolg heeft of waardoor gemeenschap niet meer goed mogelijk is; orgasmeprobleem; erectie- en/of ejaculatieproblemen van de partner. Desgewenst kan de seksuele anamnese verder uitgebreid worden (zie bijlage 1). Indien een patiënte zich met een primair seksuologisch probleem aanmeldt, kan de vraag 'Waarom komt u nu met dit probleem?' verhelderend zijn of een aanwijzing geven over de last van de klacht op dat moment.
4. Heeft de patiënt een hulpvraag? Het ervaren van een seksuele klacht impliceert niet dat de patiënt hiervoor ook (gynaecologische) hulp verlangt. De hulpvraag hangt af van diverse factoren, zoals bijvoorbeeld de reactie van de gynaecoloog op de gepresenteerde seksuele klacht. Sommige patiënten zullen na adequate informatie, eventueel aangevuld met schriftelijke voorlichting, goed in staat zijn zelf hun probleem op te lossen. *Wilt u hulp ontvangen voor dit seksuele probleem? Hebt u ooit (andere) psychologische en/of psychiatrische hulp gehad?*
5. Wie kan de hulpvraag beantwoorden? Het op elkaar afstemmen van de hulpvraag en het hulpverleningsaanbod vergt van de arts enerzijds een zorgvuldige inventarisatie en verheldering van de seksuele klacht binnen zijn individuele, relationele, en maatschappelijke context, en anderzijds een heldere kijk op de eigen deskundigheid en hulpverleningsmogelijkheden, c.q. de deskundigheden en beschikbaarheid van hulp bij collegae en andere disciplines, zowel binnen de eigen werkomgeving als daarbuiten. Bij een aantal gynaecologische problemen met gevolgen voor de beleving van seksualiteit voor de patiënt heeft het de voorkeur een behandeling aan te bieden die zowel aangrijpt op de somatische als op de psychoseksuele aspecten ('twee sporen'). Sommige seksuele problemen zijn een signaal van achterliggende psychiatrische problematiek [8]. Adequate verwijzing is dan noodzakelijk (zie bijlage 2 voor algemene informatie). Binnen iedere polikliniek dienen daartoe specifieke lokale verwijzadressen beschikbaar te zijn.
6. Nader onderzoek. Lichamelijk onderzoek draagt zelden bij aan het opsporen van een seksuele disfunctie. Bij vaginisme en dyspareunie heeft het zorgvuldig verrichten van onderzoek van de genitalia vaak ook een educatieve functie. Bij deze indicaties dient in het algemeen het speculumonderzoek achterwege gelaten te worden. Laboratoriumonderzoek, met name hormonale bepalingen, levert geen aanvullende informatie op, behalve bij verdenking op hyperprolactinemie en schildklierandoeningen. Samenhang tussen androgenen en seksuele disfuncties bij vrouwen is voorsnog onduidelijk.
7. Rapportage/ Zowel in de status als in de brief aan de huisarts en/of een andere verwijzer dient kort en zakelijk de met de patiënt besproken informatie over eventuele seksuele problematiek en het voorkomen van traumatische ervaringen (in het verleden) te worden beschreven. Alleen op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt wordt hiervan afgezien.

Vuistregels

Zie figuur 1

Figuur 1

Vuistregels voor de seksuele anamnese



Literatuur

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4th ed. Text Revision, 2000.
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunctions in the United States. Prevalence and Predictors. JAMA 1999;281:537-44.
3. Seksuele gezondheid in Nederland 2006. Utrecht: RutgersNissogroep, 2006.
4. Bancroft J, Loftus J, Long SJ. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav 2003;32:193-208.
5. Lankveld JJDM van, Kuile MM ter, Kenter GG, Hall EV van, Weijnenborg PhThM. Seksuele klachten en ervaringen met seksueel en fysiek geweld bij gynaecologische patiënten. Ned Tijdschr Geneeskd 1996; 140(38): 1903-6.
6. Bachmann GA, Leiblum SR, Grill J. Brief sexual inquiry in gynecologic practice. Obstet Gynecol 1989; 73: 425-7.
7. Kaplan HS. The evaluation of sexual disorders. New York: Brunner/Mazel, 1983.
8. Gijs L, Gianotten W, Vanwesenbeeck I, Weijnenborg Ph. Seksuologie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.

Colofon

© 2007 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie Deze richtlijn, namens de Werkgroep Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie (WPOG) ontwikkeld door de Commissie Kwaliteit NVOG onder eindverantwoordelijkheid van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, is vastgesteld in de 593e ledenvergadering d.d. 9 november 2007 te Arnhem. De richtlijn is opgesteld door prof. dr. J.J.D.M. van Lankveld, klinisch psycholoog/psychotherapeut/ seksuoloog NVVS, Ph.Th.M. Weijnenborg, gynaecoloog/seksuoloog NVVS, en prof.dr. W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog/seksuoloog NVVS. NVOG-richtlijnen beschrijven een minimum niveau van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Zij hebben een adviserend karakter. Een gynaecoloog kan geargumenteed afwijken van een richtlijn wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog tegemoet moet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënt. Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing van een richtlijn niet mogelijk is. De geldigheid van deze richtlijn eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening.

Dagtekening november 2007

NEDERLANDSE VERENIGING
VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE
Postbus 20075, 3502 LB Utrecht
<http://www.nvog.nl>

Bijlagen

Uitgebreide seksuele anamnese

1. Laat het seksuele probleem omschrijven in eigen woorden. Vraag verheldering door directe vragen. Ondersteun en bemoedig.
2. Hoe lang bestaat het probleem al? Is het een primair of een secundair probleem? Heeft het probleem ook gevolgen voor andere facetten van de seksuele-responscyclus?
3. Vraag de seksuele-responscyclus gericht uit (subjectief gevoel van opwinding, lubricatie, orgasme, pijn bij coïtus en/of coïtus niet (meer) mogelijk). Is er überhaupt nog (niet) seksueel lichamelijk contact? Hoe verloopt de communicatie over seksueel functioneren?
4. Heeft het seksuele probleem gevolgen voor de relatie in zijn algemeenheid?
5. Inventariseer lichamelijke aspecten/factoren die tot mogelijk een rol spelen bij het ontstaan en/of onderhouden van het seksuele probleem (chronische vermoeidheid, chronische ziekte zoals Parkinson, MS, diabetes mellitus, hartfalen, androgeentekort door o.a. POF etc., maligniteit, medicatiegebruik als antihypertensiva, antidepressiva, antipsychotica, antiandrogenen, anti-epileptica).

Verwijsadressen en zelfhulpboeken

Verwijsadressen

Seksuologen

- www.nvvs.info

Psychologen

- www.psynip.nl
- www.lve.nl/openbaar_pages/openb_adrespsych.htm
- <http://www.vgct.nl>

Fysiotherapeuten

- www.fysiotherapie.nl

Zelfhulpboeken

Gils C van. De gesloten vrouw; 8e dr. Amsterdam: Ambo, 2007.

Lankveld JJDM van. Naar de zevende hemel. Verbeter zelf je seksuele relatie. Haarlem: Aramith, 2004.

Lankveld JJDM van. Omgaan met een seksueel probleem. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007.

Luyens M. Liever vrijen. Gids voor een betere seksuele relatie. Arnhem: Terra-Lannoo, 2007.

Rijsingen H van. Zin in vrijen voor mannen. Haarlem: Aramith, 2002.

Rijsingen H van. Zin in vrijen voor vrouwen. Haarlem: Aramith, 2002.

Slob K, Vink I. Mannen, vrouwen en vrijen. Rijswijk: Elmar, 1998.

Figuur 1

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: info@nvog.nl).