SEKSUELE RESPONSCYCLUS — MASTERS & JOHNSON

VIER FASEN VAN FYSIOLOGISCHE RESPONS

FYSIOLOGISCHE GRONDSLAGEN EN FASERING

Het klassieke responscyclusmodel van **Masters en Johnson** (1966) beschrijft de menselijke seksuele reactie als een opeenvolging van neurovasculaire en spiergerelateerde veranderingen. De cyclus rust op twee fundamentele fysiologische processen: vasocongestie (toegenomen doorbloeding en stuwing van genitale en extragenitale weefsels) en myotonie (toegenomen willekeurige en onwillekeurige spierspanning).

- **Vasocongestie:** stuwing van bloedvaten in clitoris, labia en vagina (transudaat/lubricatie) of zwellichamen van de penis (erectie).
- **Myotonie:** verhoogde spiertonus in bekkenbodem en skeletspieren naarmate de opwinding toeneemt.
- **Autonome regulatie:** wisselwerking tussen het parasympathische zenuwstelsel (initiatie/opwinding) en het sympathische zenuwstelsel (emissie/orgasme).

Onderwijskundige Status

Dit model vormt een historisch en fysiologisch basiskader voor psycho-educatie (PLISSIT Stap 2 / Limited Information). Het is educatief bedoeld en vervangt geen individuele klinische of seksuologische diagnostiek.

DE VIER OPEENVOLGENDE FASEN

De respons verloopt lineair door vier fysiologisch herkenbare fasen bij zowel mannen als vrouwen:

1. OPWINDING (EXCITEMENT)

Initiële neurovasculaire stimulatie: transudatie, zwellingsreacties en stijgende spiertonus.

2. PLATEAU

Stabilisatie op een hoog niveau van fysiologische spanning en maximale bekkenstuwing.

Cyclisch & sequentieel

3. ORGASME

Korte, onwillekeurige ritmische contracties van de bekkenbodem en extragenitale ontlading.

4. HERSTEL

Geleidelijke detumescentie; mannelijke refractaire fase versus potentieel multiorgastische vrouwelijke respons.

Refractaire periode (bij mannen)

> *"De vier fasen vormen samen een dynamisch en samenhangend proces van seksuele respons."*

KLINISCHE TOEPASSING & DIFFERENTIAALDIAGNOSTIEK

Kennis van de afzonderlijke fasen helpt zorgprofessionals om seksuele klachten doelgericht in kaart te brengen conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en het PLISSIT-kader. Belangrijk is dat het lineaire model fysiologische veranderingen beschrijft, maar minder rekening houdt met subjectief verlangen of relationele intimiteit (zoals later beschreven door Kaplan en Basson).

- **DSM-5 differentiatie:** verifieer of een klacht toe te schrijven is aan ontoereikende stimulatie in focus, intensiteit of duur alvorens een disfunctie te diagnosticeren.
- **PLISSIT-inzet:** bruikbaar in stap 2 (Limited Information) om lichamelijke fysiologie te normaliseren en faalangst te de-escaleren.
- **Somatische invloeden:** vaatlijden, zenuwbeschadiging (bijv. MS, neuropathie) en medicatie (bijv. SSRI's, antihypertensiva) beïnvloeden selectief opwinding of orgasme.
- **Terminologiecontrole:** domeinspecifieke medische terminologiecontrole door een vakdeskundige is vereist voorafgaand aan definitief protocollaire implementatie.

Klinisch Aandachtspunt

Onderzoek altijd comorbide psychosociale spanningen en bekkenbodemhypertonie bij aanhoudende opwindings- of orgasme-problemen. Gebruik dit model in consultaties louter ter verheldering van fysiologische mechanismen.

Is er sprake van een primaire fase-gebonden fysiologische hapering of relationeel/stimulatiegebrek?

Klacht treedt op ondanks adequate stimulatie, context en partnerinteractie	Klacht hangt samen met beperkt repertoire, haast of relationele frictie
Evalueer somatische factoren (zenuwstelsel, vaatstelsel, medicatie) en screen op specifieke DSM-5 disfuncties binnen opwinding of orgasme.	Bied psycho-educatie over stimulatievereisten (DSM-5 uitsluitingscriterium) en overweeg communicatie- of sensate-focusinterventies conform PLISSIT stap 3.

SEKSUELE RESPONSCYCLUS — CIRKELMODEL VAN BASSON

Biopsychosociaal en responsief responsmodel in de klinische seksuologie

THEORETISCH KADER & GRONDBEGINSELEN

Het cirkelmodel van Rosemary Basson biedt een niet-lineair, biopsychosociaal alternatief voor traditionele responscycli. Het model erkent dat seksuele activiteit vaak start vanuit een toestand van seksuele neutraliteit, gedreven door de behoefte aan emotionele intimiteit en nabijheid, in plaats van louter spontane fysiologische drift.

- Seksuele neutraliteit als valide en veelvoorkomend startpunt voor seksuele interactie.
- **Primaire motivatie:** verlangen naar emotionele verbinding, affectie en intimiteit.
- Verschil met Masters & Johnson / Kaplan: verlangen volgt vaak pas ná effectieve stimulatie (responsief) in plaats van eraan vooraf te gaan (spontaan).

KLINISCHE DIFFERENTIATIE

Het ontbreken van spontaan verlangen is pathologisch noch disfunctioneel indien responsieve opwinding en bevrediging intact blijven bij adequate stimulatie.

FASEN VAN DE CYCLISCHE SEKSUELE RESPONS

De dynamiek verloopt cyclisch via onderling versterkende biologische, psychologische en contextuele feedbacklussen.

1. **Intimiteitsbehoefte:** wens tot verbinding creëert openheid voor seksuele toenadering.
2. **Seksuele stimuli & verwerking:** contextuele ontvankelijkheid en subjectieve beoordeling bepalen of een stimulus seksueel betekenisvol wordt.
3. **Responsieve opwinding:** fysiologische en subjectieve excitatie ontstaat tijdens adequate stimulatie.
4. **Geactiveerd verlangen:** seksueel verlangen ontwikkelt zich als respons op ervaren opwinding en genot.
5. **Emotionele en fysieke bevrediging:** versterkt de relatie en bevestigt intimiteit, wat teekomstige ontvankelijkheid faciliteert.

Stap 1: Emotionele Intimiteit en Bereidheid
De persoon bevindt zich in seksuele neutraliteit maar is gemotiveerd door relationele nabijheid om open te staan voor seksuele prikkels.

- **Stap 2: Prikkelverwerking en Receptiviteit**
  Voldoende biologische en contextuele veiligheid maakt positieve cognitieve appraisal van seksuele stimuli mogelijk.
- **Stap 3: Responsieve Opwinding en Verlangen**
  Fysiologische responsen treden op en roepen het subjectieve gevoel van opwinding en verlangen naar continuering op.
- **Stap 4: Uitkomst en Positieve Terugkoppeling**
  Fysieke en emotionele satisfactie (met of zonder orgasme) voedt de intimiteitscirkel voor toekomstige interacties.

KLINISCHE TOEPASSING & PLISSIT-INBEDDING

In de klinische praktijk dient het Basson-model als psycho-educatief anker binnen de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid, met name binnen het PLISSIT-kader.

- **Permission (P):** Normaliseer seksuele neutraliteit en neem schuldgevoelens rond het uitblijven van 'spontane lust' weg.
- **Limited Information (LI):** Bied psycho-educatie over het biopsychosociale model en het onderscheid tussen responsief en spontaan verlangen.
- **DSM-5 Context:** Sluit inadequate stimulatie (focus, intensiteit, duur) en relationele frictie uit alvorens een interesse/opwindingsstoornis te classificeren.
- **Differentiaaldiagnostiek:** Onderzoek de wisselwerking tussen pijnklachten (dyspareunie), verminderde lubricatie en secundair vermijdingsgedrag.

DISCLAIMER PROFESSIONELE CONSULTATIE

Deze educatieve kaart dient als naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele diagnostiek, medisch onderzoek of specialistische behandeling. Vóór definitief klinisch gebruik is domeinspecifieke toetsing aanbevolen.

PLISSIT-TOEPASSING (P & LI)

In de klinische praktijk dient het Basson-model als psycho-educatief anker binnen de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid, met name binnen het PLISSIT-kader.

- **Permission (P):** Normaliseer seksuele neutraliteit en neem schuldgevoelens rond het uitblijven van 'spontane lust' weg.
- **Limited Information (LI):** Bied psycho-educatie over het biopsychosociale model en het onderscheid tussen responsief en spontaan verlangen.
- **DSM-5 Context:** Sluit inadequate stimulatie (focus, intensiteit, duur) en relationele frictie uit alvorens een interesse/opwindingsstoornis te classificeren.
- **Differentiaaldiagnostiek:** Onderzoek de wisselwerking tussen pijnklachten (dyspareunie), verminderde lubricatie en secundair vermijdingsgedrag.

DISCLAIMER PROFESSIONELE CONSULTATIE

Deze educatieve kaart dient als naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele diagnostiek, medisch onderzoek of specialistische behandeling. Vóór definitief klinisch gebruik is domeinspecifieke toetsing aanbevolen.

DSM-5 DIFFERENTIAALDIAGNOSTISCHE UITSLUITINGSCRITERIA

BESLISBOOM: RESPONSIEF VERSUS SPONTAAN VERLANGEN

Voldoet het gerapporteerde verminderde seksuele verlangen aan de criteria voor een klinische disfunctie?

1 Cliënt ervarart opwinding en plezier zodra adequate stimulatie plaatsvindt, maar initieert zelden spontaan.

→ Bied psycho-educatie (PLISSIT Stap 2: LI) over responsief verlangen en het Basson-cirkelmodel; normaliseer dit patroon zonder pathologische classificatie.

2 Klachten zijn toe te schrijven aan inadequate stimulatie in focus, intensiteit of duur, of aan relationele disharmonie.

→ Conform DSM-5 geen diagnose van seksuele functiestoornis toekennen; verken seksueel repertorie en relationele communicatie.

3 Persisterend gebrek aan responsiviteit, subjectieve opwinding en satisfactie met significant lijden (> 6 maanden), niet verklaard door andere factoren.

→ Differentiaaldiagnostiek verdiepen naar seksuele interesse-/opwindingsstoornis; overweeg specifieke suggesties of verwijzing naar gespecialiseerde seksotherapie (PLISSIT Stappen 3 en 4).

DUAL CONTROL MODEL: SEI & SIS

Neurobiologische balans tussen seksuele excitatie en inhibitie (Bancroft & Janssen)

1. Grondslagen van het Dual Control Model

Het Dual Control Model (Bancroft & Janssen) postuleert dat seksuele respons afhankelijk is van een dynamisch **neurobiologisch evenwicht** tussen twee onafhankelijke systemen in het centrale zenuwsteslel: seksuele excitatie **(SES)** en seksuele inhibitie **(SIS)**. Individuele variatie in de gevoeligheid van beide systemen verklaart zowel adaptieve seksuele responsen als het ontstaan van seksuele disfuncties of risicogedrag.

- **Seksuele Excitatie (SES):** responsiviteit op seksuele prikkels (visueel, tactiel, auditief, mentaal).
- **Seksuele Inhibitie (SIS):** neurobiologisch remsysteem dat seksuele opwinding onderdrukt.
- **SIS-1 (Inhibitie wegens dreigend prestatiefalen):** remming geactiveerd door faalangst, monitoring of zorgen over prestatie en erectie/lubricatie.
- **SIS-2 (Inhibitie wegens dreigende negatieve gevelgen):** remming geactiveerd door gevaar, detectie van bedreiging, soa-angst of sociale sancties.
- **Onafhankelijke schalen:** een individu kan gelijktijdig een hoge SES en een hoge SIS hebben.

Wetenschappelijke context & disclaimer

Dit model dient voor psycho-educatie en casusconceptualisatie binnen de seksuologische praktijk en vervangt geen medische of psychiatrische diagnostiek. Vóór publicatie dient formele verificatie van seksuologische vakterminologie plaats te vinden.

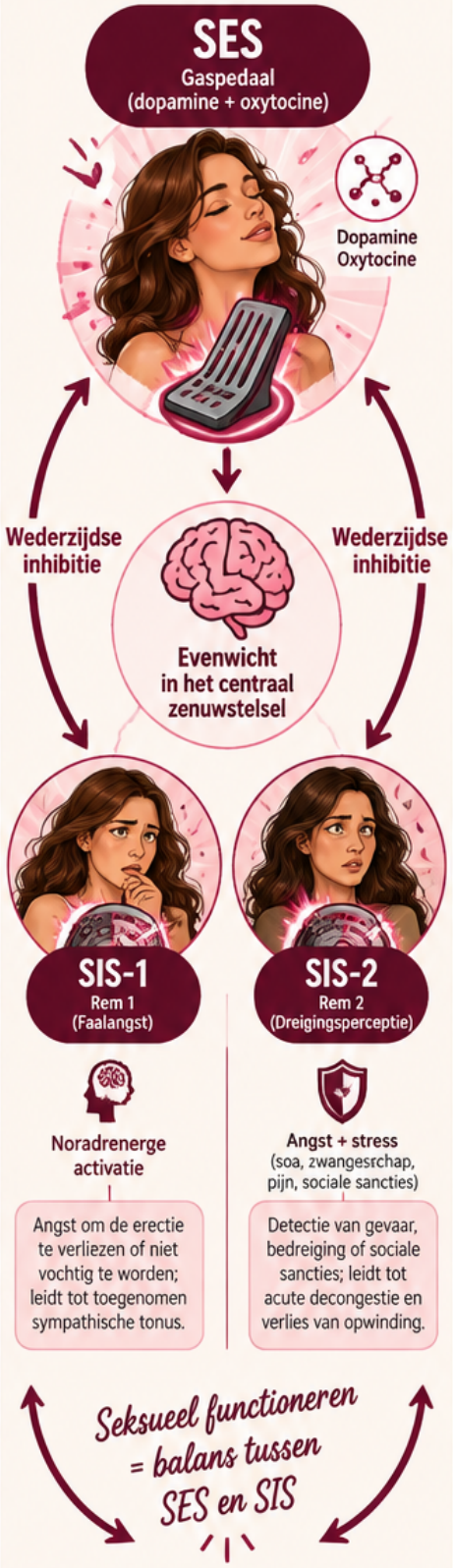
2. Neurobiologische Dynamiek: Balans tussen Gas en Rem

In de klinische praktijk wordt het Dual Control Model vaak metaforisch uitgelegd als een veretuig met een gaspedaal (SES) en twee afzonderlijke rempedalen (SIS-1 en SIS-2). Seksueel functioneren ontstaat niet louter door voldoende stimulatie, maar door de afwezigheid van remmende signalen.

- **Gaspedaal (SES):** dopaminerge en oxytocinerge activatie die toenaderingsgedrag en genitale vasocongestie aanstuurt.
- **Rem 1 (SIS-1: Faalangst):** noradrenerge activatie die optreedt bij angst om de erectie te verliezen of niet vochtig te worden; leidt tot toegenomen sympathische tonus.
- **Rem 2 (SIS-2: Dreigingsperceptie):** angst voor ontdekking, soa, zwangerschap, pijn of fysieke onveiligheid.
- **Interactie-effect:** zelfs bij maximale SES-stimulatie leidt een geactiveerde SIS-1 of SIS-2 tot acute decongestie en verlies van opwinding.

Klinische vuistregel

Wanneer een cliënt opwindingsproblemen ervaart, ligt de therapeutische sleutel vaker in het onderzeehen en loslaten van de actieve rem (SIS) dan in het simpelweg verhogen van de stimulatie (SES).



3. Klinische Toepassing via het PLISSIT-model

Interventies gericht op het Dual Control Model sluiten naadloos aan bij de getrapte zorgbenadering conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid.

- **P (Permission):** normaliseer individuele rem- en gasdrempels en bespreek zorgen over prestatiemeting.
- **LI (Limited Information):** geef psycho-educatie over SES/SIS en leg uit dat erectie- of lubricatieverlies een biologisch logische reactie is op waargenomen dreiging of faalangst.
- **SS (Specific Suggestions):** introduceer sensate focus om toeschouwersgedrag (spectatoring) te deactiveren en prestatiedruk weg te nemen (SIS-1 verlaging).
- **IT (Intensive Therapy):** exploreer dieperliggende trauma's, relatieconflicten of angststoornissen die SIS-2 chronisch triggeren.

De 4 stappen in de praktijk

1. **Stap 1: Anamnestische exploratie van SES en SIS**
   Verken situaties waarin opwinding spontaan ontstaat (SES) versus momenten waarop opwinding plotseling wegvalt (SIS-1/SIS-2).
2. **Stap 2: Identificatie van toeschouwersgedrag**
   Breng in kaart of de cliënt zihzzelf cognitief monitort tijdens intiem contact, wat wijst op SIS-1 activatie via sympathische dominantie.
3. **Stap 3: Differentiatie contextuele factoren**
   Onderzoek de fysieke, relationele en omgevingscondities die als onveilig worden ervaren (SIS-2).
4. **Stap 4: Herstel van evenwicht door stimulus- en stressreductie**
   Zet gerichte oefeningen in (zoals non-demand sensate focus) om de rempedalen te ontlasten voordat seksuele prikkels worden verhoogd.

Beslisalgoritme: differentiaaldiagnose

Welk subtype inhibitie domineert het gerapporteerde opwindingsprobleem?

Cliënt rapporteert piekeren over prestatie, erectieduur of verlies van orgasme.	Cliënt rapporteert angst voor pijn, relationeel wantrouwen of angst voor ontdekking/traumabeleving.
Focus op SIS-1: zet psycho-educatie in rond faalangst, bouw prestatiedoelen af en start sensate focus zonder genitaal einddoel.	**Focus op SIS-2:** waarborg basale emotionele en fysieke veiligheid, adresseer pijn/trauma en overweeg intensieve psychotherapie (IT).

PLISSIT-MODEL: GESTRUCTUREERDE INTERVENTIENIVEAUS

PLISSIT-model: Overzicht & Stepped Care

Het **PLISSIT-model** (Annon, 1976) structureert seksuologische zorg in vier getrapte niveaus (**stepped care**). Elke zorgverlener dient ten minste de eerste trede te beheersen, waarna complexere interventies worden ingezet op basis van de specifieke hulpvraag en deskundigheid.

- **Stepped care:** Interventies variëren van laagdrempelig en voorlichtend tot gepecialiseerd en psychotherapeutisch.
- **Toepasbaar in alle echelons** van de gezondheidszorg, van eerstelijnszorg tot gepecialiseerde centra.
- **Biopsychosociale benadering:** Erkenning van somatische, psychologische en interactionele dimensies.

Klinische disclaimer & Verantwoording

Dit schema dient ter psycho-educatie en methodische consultvoorbereiding voor professionals conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid. Het vervangt geen individuele multidisciplinaire diagnostiek. Domeinspecifieke terminologiecontrole door een vakdeskundige blijft aanbevelen vóór definitieve implementatie.

De Vier Getrapte Niveaus

Het rmodel differentieert interventies op basis van complexiteit, benodigde competenties en indringendheid:

1 Permission (P) — Toestemming & Normalisatie

Proactief openen van het gesprek ovor seksualiteit en intimiteit. Luisterend oor bieden, thema legitimeren en klachten normaliseren (bijvoorbeeld: 'Bij deze aandoening zien we vaker seksuele klachten, herkent u dat?').

2 Limited Information (LI) — Gerichte Psycho-educatie

Feitelijke voorlichting over anatomie, fysiologische respons, effecten van ziekte, veroudering of medicatie (bijvoorbeeld SSRI's of antihypertensiva) en het wegnemen van basale mythen.

3 Specific Suggestions (SS) — Gerichte Adviezen & Oefeningen

Toegespitste aanbevelingen rondom leefstijl, aanpassing van houdingen, hulpmiddelen (zoals glijmiddel) of gestructureerde sensate-focusoefeningen (fase 1 en 2 zonder coitusdwang).

4 Intensive Therapy (IT) — Gespecialiseerde Sekstherapie

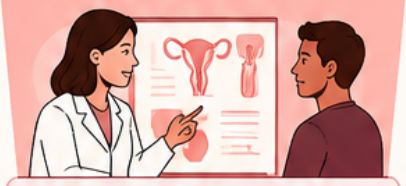
Diepgaande psychologische, relationele en seksuologische behandeling bij complexe problematiek, trauma of hardnekkige disfuncties, uitgevoerd door een geregistreerd seksuoloog NVVS of specialist.

De Vier Getrapte Niveaus

1 Permission (P)
Toestemming & Normalisatie

Proactief openen van het gesprek over seksualiteit en intimiteit. Luisterend oor bieden, thema legitimeren en klachten normaliseren (bijvoorbeeld: 'Bij deze aandoening zien we vaker seksuele klachten, herkent u dat?').

2 Limited Information (LI)
Gerichte Psycho-educatie



Feitelijke voorlichting over anatomie, fysiologische respons, effecten van ziekte, veroudering of medicatie (bijvoorbeeld SSRI's of antihypertensiva) en het wegnemen van basale mythen.

3 Specific Suggestions (SS)
Gerichte Adviezen & Oefeningen

Toegespitste aanbevelingen rondom leefstijl, aanpassing van houdingen, hulpmiddelen (zoals glijmiddel) of gestructureerde sensate-focusoefeningen (fase 1 en 2 zonder coitusdwang).

4 Intensive Therapy (IT)
Gespecialiseerde Sekstherapie

Diepgaande psychologische, relationele en seksuologische behandeling bij complexe problematiek, trauma of hardnekkige disfuncties, uitgevoerd door een geregistreerd seksuoloog NVVS of specialist.

Klinische Triagestructuur & Verwijzing

Beslisboom voor bepaling van het benodigde interventieniveau en passende verwijzing volgens de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

Welk interventieniveau sluit aan bij de zorgvraag en complexiteit van de patiënt?

Patiënt heeft behoefte aan geruststelling of verkennend gesprek zonder complexe pathologie	→ Interventie op niveau P (Permission) en LI (Limited Information): voer verkennend gesprek, verstrek voorlichting en evalueer.
Klachten blijven persisteren ondanks basisvoorlichting, of vereisen specifieke gedragsmatige oefeningen	→ Start SS (Specific Suggestions): introduceer gerichte leefstijladviezen of sensate focus door geschoold behandelaar.
Complexe psychologische etiologie, relatiecrisis, trauma of refractaire seksuele disfunctie	→ Verwijs door naar IT (Intensive Therapy): multidisciplinair team, seksuoloog NVVS of gespecialisserde GGZ.

Klinische Check & Consultvoorbereiding

Gebruik dit praktijkkader om het afnemen van de seksuele anamnese en verslaglegging te borgen binnen professionele kaders.

- ☐ Toestemming expliciet geverifieerd voor bespreken intieme details en verslaglegging richting huisarts/verwijzer.
- ☐ Recht van de patiënt op weigering van antwoorden gerespecteerd en privacy geborgd ten opzichte van partner.
- ☐ **Inclusieve** en neutrale bewoording gehanteerd zonder vooroordelen over seksuele oriëntatie of relatievorm.

Praktijknotitie

Bij vermoeden van traumatische ervaringen of grensoverschrijdend gedrag: kondig elke vraag of fysiek onderzeek zorgvuütting aan en bewaak te allen tijde de autonomie van de cliënt.

Gepresenteerde hulpvraag / klacht (P/LI fase)

Geformuleerde specifieke suggesties of oefenafspraken (SS fase)

Verwijsindicatie of multidisciplinair vervolgbeleid (IT fase)

BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL IN DE SEKSUOLOGISCHE DIAGNOSTIEK

BIOPSYCHOSOCIALE DETERMINANTEN IN KAART

Seksuele klachten ontstaan zelden geïsoleerd. Een biopsychosociale inventarisatie brengt somatische kwetsbaarheden, intrapsychische patronen en relationeel-culturele contexten samen in een samenhangend verklaringsmodel.

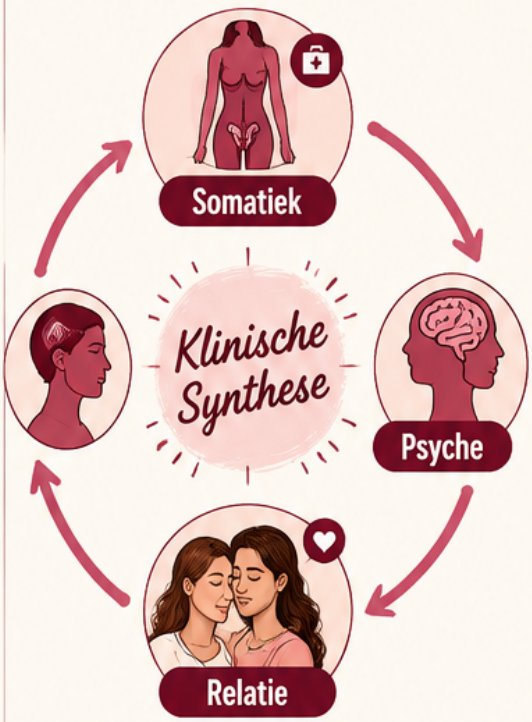
- **Biologische dimensie:** vasculaire status, medicatiebijwerkingen, hormonale balans, neurogene functies en bekkenbodemtonus.
- **Psychologische dimensie:** faalangst, toeschouwersgedrag ("spectatoring"), negatieve seksuele cognities, stemmingsstoornissen en hechtingsgeschiedenis.
- **Sociaal-relationele dimensie:** communicatiepatronen, dyadische stress, intimiteitsvermijding, religieuze of culturele overtuigingen en genderrolverwachtingen.

Klinische Differentiatie

Onderzoek systematisch predisponerende, luxerende en onderhoudende factoren binnen elk van de drie domeinen om overbehandeling of somatische fixatie te vermijden.

KLINISCH INTEGRATIEPROCES: VAN ANAMNESE NAAR WERKMODEL

Het biopsychosociale integratieproces verloopt via een vaste cyclus waarin somatische bevindingen en relationele observaties worden samengebracht.



1 Stap 1: Somatische en Farmacologische Screening
Breng actuele comorbiditeiten (zoals diabetes, hart- en vaatziekten), operaties in het bekkengebied en medicatiegebruik (o.a. SSRI's, antihypertensiva) systematisch in kaart.

2 Stap 2: Psychologische en Relationele Exploratie
Onderzoek prestatiedruk, eerdere seksuele trauma's, partnerdynamiek en dyadische intimiteit via een open, proactieve exploratie.

3 Stap 3: Formuleren van de Werkdiagnose en Differentiaaldiagnostiek
Synthetiseer biologische, psychologische en sociale componenten conform DSM-5-criteria en toets onderhoudende vicieuze cirkels.

4 Stap 4: Trajectbepaling via het PLISSIT-Model
Bepaal het passende interventieniveau (Permission, Limited Information, Specific Suggestions of Intensive Therapy) op geleide van de hulpvraag en draagkracht.

DIFFERENTIATIE EN HANDELINGSKADER: PLISSIT-GELAAGDHEID

De vertaling van diagnostische determinanten naar een concrete praktijkinterventie vraagt om een duidelijke trapsgewijze beandering conform de **Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.**

Professionele Afbakening & Disclaimer

Deze educatieve mindmap dient als diagnostisch naslagwerk en vervangt geen individuele medische of psychiatrische diagnostiek. Vóór definitief klinisch gebruik wordt domeinspecifieke terminologiecontrole door een vakdeskundige geadviseerd.

Welk niveau van het PLISSIT-model is primair geïndiceerd op basis van de biopsychosociale synthese?

1 Klacht betreft lichte onzekerheid, gebrek aan feitelijke kennis of behoefte aan normalisatie.

↓

Pas niveau P (Permission) en LI (Limited Information) toe: bied psycho-educatie over fysiologie, normaliseer fluctuaties en versterk seksuele communicatie.

2 Klacht wordt onderhouden door verkeerde gewoonten, milde prestatiedruk of veranderd lichaamsbeeld na ziekte.

↓

Intervenieer op niveau SS (Specific Suggestions): introduceer gerichte leefstijlaanpassingen, communicatieopdrachten of basale sensate-focustechnieken.

3 Complexe vicieuze cirkel met diepgewortelde intrapsychische conflicten, hechtingsproblemen of ernstige dyadische verstoring.

↓

Verwijs of schakel op naar IT (Intensive Therapy): start specialistische psychotherapie, uitgebreide sensate-focustherapie of gespecialiseerde seksuologische behandeling.

MODULE 02 — KAART 06 — KLINISCHE SEKSUOLOGIE

KERNCONCEPT & DIAGNOSTISCHE CRITERIA DSM-5

Hypoactive Sexual Desire Dysfunction (HSDD) bij mannen wordt gekenmerkt door aanhoudend of recidiverend tekort aan seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit, beoordeeld door de clinicus rekening houdend met leeftijd en sociaal-culturele context.

1. **Criterium A:**
   Aanhoudend of herhaaldelijk afwezige of verminderde seksuele/erotische gedachten of fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit.

2. **Criterium B:**
   De symptomen bestaan minimaal 6 maanden en veroorzaken klinisch significante lijdensdruk bij het individu.

3. **Criterium C & D:**
   Niet beter verklaard door een niet-seksuele psychische stoornis, ernstige relatieproblemen of partnerveeld, substantie-/medicatiegebruik of een somatische aandoening.

4. **Subtypering:**
   Levenslang versus verworven; gegeneraliseerd versus situationeel; actuele ernst (licht, matig, ernstig).

Klinische Disclaimer

Dit schema dient voor psycho-educatieve en consultatieve ondersteuning van zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische of seksuologische diagnostiek.

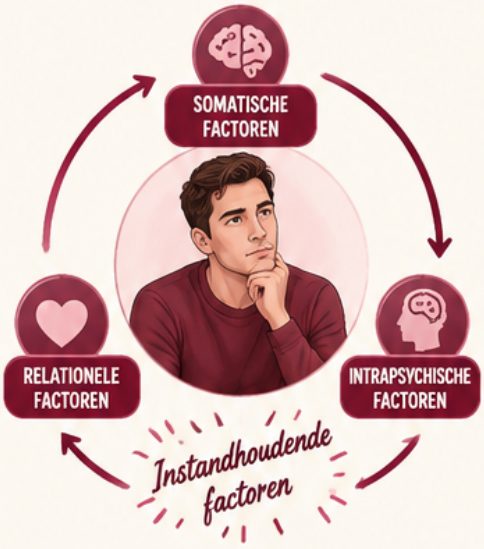
Differentiaaldiagnose & Biopsychosociale Evaluatie

Een zorgvuldige stapsgewijze verkenning voorkomt foutieve classificatie en adresseert onderliggende somatische, relationele en intrapsychische dynamieken.

Endocriene en somatische screening:
evalueer testosteron (totaal/vrij), prolactine, schildklierfunctie en chronische aandoeningen.

Medicatie- en middelengebonden factoren:
controleer gebruik van SSRI's, anti-androgenen, 5-ARI's, alcohol of opioïden.

Psychologische en relationele context:
screen op depressieve stoornis, chronische werkstress, vermijdingsgedrag en partnerconflicten.



1. **Stap 1: Anamnese & Uitsluiting**
   Breng de duur en context van het verminderde verlangen in kaart; sluit somatische factoren en medicatie-effecten uit conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

2. **Stap 2: Lijdensdruk & Beleving**
   Evalueer of er sprake is van personolijke lijdensdruk versus uitsluitend relationele discrepantie in verlangen.

3. **Stap 3: Interventiekeuze (PLISSIT)**
   Bepaal het vereiste niveau van interventie: van normalisering en psycho-educatie (P/LI) tot gerichte opdrachten of intensieve seksstherapie (SS/IT).

Klinische Toepassing & PLISSIT-Interventieniveaus

Methodisch handelen bij HSDD bij mannen vraagt om afstemming op het passende PLISSIT-gespreksniveau en gerichte doorverwijzing.

P — (Permission):
Geef expliciete toestemming om wisselend seksueel verlangen en prestatiedruk open te bespreken.

LI — (Limited Information):
Verstrek psycho-educatie over responsief versus spontaan verlangen en de impact van stress.

SS — (Specific Suggestions):
Pas leefstijladviezen toe en introduceer niet-eisende intimiteitsoefeningen (sensate focus fase 1).

IT — (Intensive Therapy):
Verwijs bij complexe intrapsychische conflicten of hardnekkige relatieproblemen naar een gekwalificeerd seksuoloog NVVS.

Aandachtspunt Domeintoetsing

Voor implementatie in formele behandelprotocollen wordt domeinspecifieke terminologieafstemming door een geregistreerd seksuoloog NVVS aanbevolen.

Voldoet de mannelijke cliënt aan de criteria voor HSDD conform DSM-5?

Klachten < 6 maanden of geen persoonlijke lijdensdruk	Klachten >> 6 maanden met lijdensdruk, zonder somatische/substantie-oorzaak
Classificeer niet als HSDD; normaliseer situatiefluctuaties, bied relationele psycho-educatie aan en volg beloop.	Stel werkdiagnose HSDD, breng instandhoudende factoren in kaart en start gerichte interventie (SS/IT).

MODULE 02 — KAART 06 — KLINISCHE SEKSUOLOGIE

FEMALE SEXUAL INTEREST/AROUSAL DISORDER (FSIAD) — DSM-5

OVERZICHTSKAART KLINISCHE SEKSUOLOGIE

KERNCONCEPT & DSM-5 POLYTHETISCHE CRITERIA

Female Sexual Interest/Arousal Disorder (FSIAD) verenigt hypoactieve seksuele verlangens en opwindingsproblemen bij vrouwen tot één diagnostische entiteit in de DSM-5. Voor de classificatie moeten minimaal **3** van de **6** polythetische indicatoren gedurende ten minste **6** maanden aanwezig zijn en klinisch significante lijdensdruk veroorzaken:

1. Afwezige of verminderde interesse in seksuele activiteit.
2. Afwezige of verminderde seksuele/erotische gedachten of fantasieën.
3. Geen of verminderd initiatief nemen tot seksuele activiteit en doorgaans niet ontvankelijk voor initiatieven van de partner.
4. Afwezige of verminderde seksuele opwinding of genot tijdens seksuele activiteit bij vrijwel alle seksuele interacties (ongeveer 75-100%).
5. Afwezige of verminderde seksuele respons op interne of externe seksuele/erotische prikkels (geschreven, verbaal, visueel).
6. Afwezige of verminderde genitale of niet-genitale gewaarwordingen tijdens seksuele activiteit bij vrijwel alle interacties (75-100%).

Klinische Differentiatie

Onderscheid FSIAD altijd van tijdjelije contextuele vermoeidheid of relationele ontstemming. Bepaal of de klacht levenslang dan wel verworven is, en gegeneraliseerd dan wel situationeel.

CYCLISCHE RESPONS & ETIOLOGISCHE DYNAMIEK

Bij FSIAD ontbreekt of stokt vaak de cyclische overgang van neutrale receptiviteit naar seksuele opwinding volgens het circulaire model (Basson). Biologische, psychologische en relationele factoren grijpen continu op elkaar in.

- **Seksuele neutraliteit:** Gebrek aan intrinsieke drang hoeft niet pathologisch te zijn mits receptiviteit voor adequate stimulatie resteert.
- **Wisselwerking verlangen en opwinding:** Subjectieve opwinding bekrachtigt fysieke lubricatie en vice versa; verstoring breekt de respons vroegtijdig af.
- **Belemmerende factoren:** Angst voor pijn, prestatiedruk, vermoeidheid of relationele distantiëring blokkeren de sensate focus.
- **Onderhoudende cirkel:** Vermijdingsgedrag versterkt anticiperende spanning en vermindert de frequentie van bevredigende erotische prikkels.

Aandachtspunt Exclusiecriteria

Symptomen mogen niet beter verklaard worden door een niet-seksuele psychische stoornis, ernstige relatietwijfel/intiem partnergeweld, of de directe fysiologische effecten van medicatie of somatische aandoeningen.

BASSONS CIRCULAIR RESPONSMODEL

Van neutraliteit naar responsief verlangen

Biologische, psychologische en relationele factoren grijpen continu op elkaar in.

Voldoet de cliënt aan de drempel voor FSIAD conform de multidisciplinaire Zorgstandaard?

- ✓ Minstens 3 criteria ≥ 6 maanden aanwezig met subjectief lijden, zonder somatische/medicatie-oorzaak
  - → Classificeer als FSIAD; verhelder subtypen (verworven/levenslang, gegeneraliseerd/situationeel) en start gefaseerde interventie (PLISSIT/Sensate Focus).
- Klachten uitsluitend verklaard door medicatie (bijv. SSRI's, anticonceptie) of bekende endocriene pathologie
  - → Classificeer als door medicatie/substantie geïnduceerde seksuele disfunctie; consulteer voorschrijvend arts voor farmacotherapeutische evaluatie.
- Klachten primair gebonden aan pijn bij penetratie of ernstig relationeel conflict zonder individueel substantiële drempel
  - → Evalueer differentiaaldiagnostisch op Genito-Pelviene Pijn/Penetratiestoornis (GPPPD) of verwijs door naar relatietherapie.

KLINISCHE AANPAK: PLISSIT-INTERVENTIELADDER

De professionele begeleiding van FSIAD volgt de getrapte methodiek van de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn, waarbij zorgverleners handelen naar eigen scholingsniveau:

P — P (Permission):
Normaliseer en valideer seksuele klachten binnen het consult met gerichte open vragen.

LI — LI (Limited Information):
Psycho-educatie over seksuele anatomie, de circulaire respons en het onttrachten van de mythe van spontaan verlangen.

SS — SS (Specific Suggestions):
Gerichte technieken, communicatie-oefeningen en sensate-focus fase 1 (niet-genitale aanraking zonder prestatiedoel).

IT — IT (Intensive Therapy):
Gespecialiseerde psychotherapie, cognitieve gedragstherapie en integratieve seksuologische partnerbehandeling door gergoistreerde professionals.

Verantwoord Disclaimer

Deze geplastificeerde consultatiekaart dient uitsluitend ter ondersteuning van klinische besluitworming door bevoegde zorgprofessionals en vervangt geen specialistisch diagnostisch onderzoek.

STAPPENPLAN

1. **Stap 1: Anamnestische Screening**
   Breng de duur, context, lijdensdruk en eventuele comorbide pijn of stemmings-problemen systematisch in kaart.
2. **Stap 2: Somatische & Farmaceutische Check**
   Controleer hormoonstatus, medicatiegebruik (o.a. psychofarmaca, hormonale anticonceptie) en lichamelijke gezondheid.
3. **Stap 3: Psycho-educatie & Herkadering**
   Bespreek het model van Basson; vervang de verwachting van spontane zin door aandacht voor receptiviteit en arousal.
4. **Stap 4: Gefaseerde Oefentherapie**
   Start sensate focus om druk weg te nemen en sensorische ontvankelijkheid te herstellen; verwijs tijdig voor intensieve therapie bij hardnekkige blokkades.

ERECTIESTOORNIS (ED) – MINDMAP KAART

KLINISCHE DEFINITIE & DSM-5 CRITERIA

Volgens de DSM-5 en de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties betreft een erectiestoornis het aanhoudend of recidiverend onvermogen om een erectie te verkrijgen of te behouden die toereikend is voor bevredigende seksuele activiteit. De klachten moeten minimaal 6 maanden bestaan en gepaard gaan met significant klinisch lijden.

- **Minstens 1 van 3 kernsymptomen** in 75–100% van de situaties: moeite met erectie verkrijgen, moeite met erectie behouden, of afname in rigiditeit
- **Duurcriteria:** aanhoudend aanwezig gedurende minimaal 6 maanden
- **Significante lijdensdruk** of relationele belemmering als expliciete diagnostische voorwaarde
- **Subtypering:** levenslang versus verworven, gegeneraliseerd versus situationeel

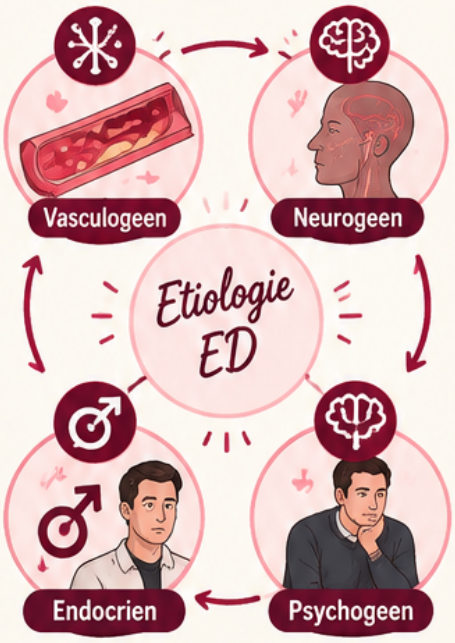
Klinische Verantwoording

Deze educatieve mindmap vormt geen individueel medisch behandeladvies. Voor diagnostiek en interventie is een volledige medische en seksuologische intake vereist.

ETIOLOGISCH SPECTRUM: VIER HOOFDDOMEINEN

De pathogenese van erectiestoornissen is multifactorieel. Bij de differentiatie worden vier centrale somatische en psychologische domeinen systematisch in kaart gebracht.

- **Vasculogeen:** arteriële insufficiëntie (o.a. atherosclerose, hypertensie) en veneuze lekkage (veno-occlusieve disfunctie)
- **Neurogeen:** neuropathieën (o.a. diabetes mellitus, MS) en letsel aan caverneuze zenuwen (bekkenchirurgie, prostatectomie)
- **Endocrien:** hypogonadisme (verlaagd testosteron), hyperprolactinaemie en schildklierafwijkingen
- **Psychogeen:** prestatieangst, toeschouwers-gedrag ('spectatoring'), depressie, relatieconflicten en conditionering



DIFFERENTIAALDIAGNOSTISCHE BESLISBOOM

Gebruik het patroon van nachtelijke erecties en contextuele variabiliteit om richting te geven aan het vervolgtraject.

Zijn er spontane ochtend- of nachtelijke erecties aanwezig en varieert de erectie per situatie?

Aanwezig en situatie-afhankelijk (bijv. wel bij masturbatie, niet bij partner)	**Afwezig in alle situaties en geleidelijk progressief ontstaan**
Etiologie is primair psychogeen of relationeel; start psycho-educatie en seksuologische interventies gericht op faalangst.	Verdenking op somatische (vasculogene, neurogene of endocriene) component; indiceer aanvullend laboratorium- en vaatonderzoek.

KLINISCH HANDELINGSPROTOCOL (PLISSIT & V&VN)

Gefaseerde interventiestappen conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid voor zorgprofessionals.

1 Permission (Toestemming)
Maak seksuele gezondheid actief en genormaliseerd bespreekbaar met open vragen over ervaren veranderingen in stijfheid of seksueel plezier.

2 Limited Information (Gerichte Voorlichting)
Bied psycho-educatie over de wisselwerking tussen autonome prikkeling, vaatfunctie en de ontkrachtende rol van prestatiedruk.

3 Specific Suggestions (Specifieke Suggesties)
Geef gerichte leefstijladviezen en introduceer niet-penetratieve sensate focus oefeningen om toeschouwersgedrag te de-escaleren.

4 Intensive Therapy & Verwijzing
Verwijs bij persisterende klachten door naar gespecialiseerde seksuologische zorg (NVVS-gecertificeerd) of urologie.

Mindmap Vroegtijdige Ejaculatie (PE) — IELT en Behandelprotocollen

Concept & Diagnostische Criteria (DSM-5 & IELT)

Vroegtijdige ejaculatie (ejaculatio praecox) kenmerkt zich door een persisterend of recidiverend patroon waarbij de ejaculatie binnen circa 1 minuut na vaginale penetratie optreedt en vóór het gewenste moment, leidend tot subjectief lijdensdruk. Volgens de DSM-5 en de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties mooten klachten minimaal 6 maanden bestaan en aanwezig zijn in ten minste 75% van de seksuele interacties.

- **Levenslang (primair):** aanwezig sinds het eerste seksuele contact; IELT doorgaans kleiner dan 60 seconden.
- **Verworven (secundair):** ontwikkeld na een periode van adequaat functioneren; IELT vaak onder 3 minuten.
- **Variabele PE & Premature-like disfunctie:** subjectieve klachten met normale of wisselende ejaculatietijd.
- **Differentiatie met erectiele disfunctie (ED):** vaststellen of premature ejaculatie secundair is aan het forceren van penetratie bij beginnend erectieverlies.

Klinische Differentiatie

Onderzoek altijd of een erectieprobleem voorafging aan de klacht; bij gelijktijdige aanwezigheid vereist erectiele dysfunctie vaak primaire aanpak om penetratiedruk te verlagen.

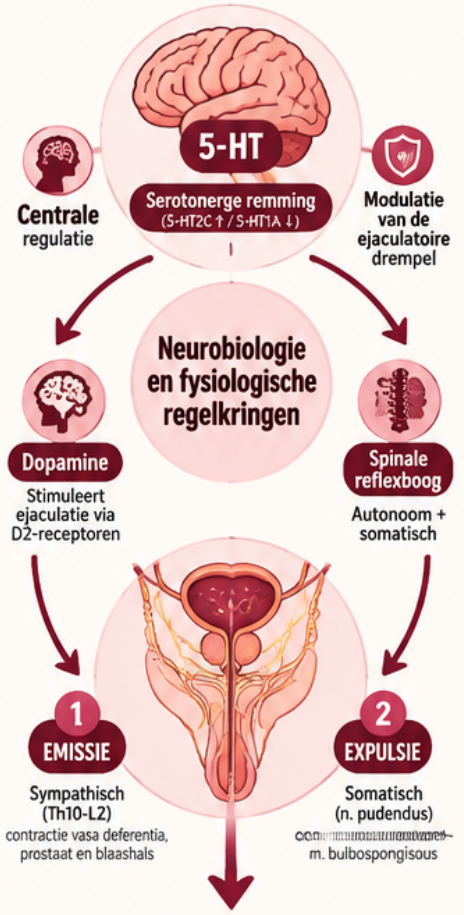
Neurobiologie en Fysiologische Regelkringen

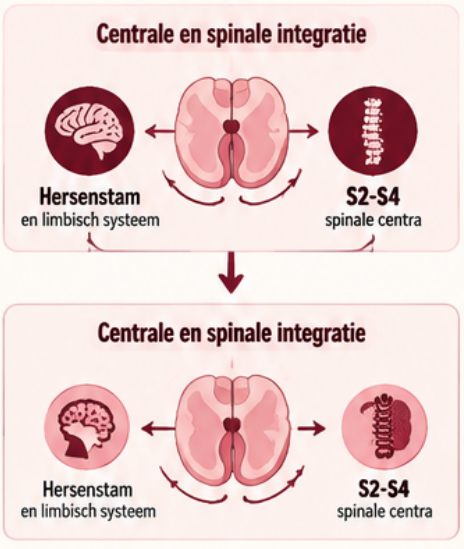
De ejaculatiereflex staat onder strakke centrale neurotransmitterregulatie en spinale modulatie. Centrale serotonerge tonus via 5-HT receptoren (met name 5-HT2C stimulatie versus 5-HT1A remming) speelt een remmende rol op de ejaculatoire drempelwaarde.

- **Centrale regulatie:** 5-HT remt ejaculatie; verminderde receptorgevoeligheid verlaagt de ejaculatoire drempel.
- **Dopaminerge invloed:** dopamine stimuleert ejaculatie via D2-receptoren.
- **Autonome spinale boog:** sympatische contractie van vasa deferentia, prostaat en blaashals (emissie).
- **Somatische fase:** ritmische contracties van de musculus bulbospongiosus via nervus pudendus (expulsie).

Fasen en Regelkringen

1. **Sensorische Input**
   Tast- en temperatuurstimulatie van de glans penis via nervus dorsalis penis naar spinale centra S2-S4.
2. **Centrale Integratie**
   Modulatie in de mediale preoptische kern en nucleus paragigantocellularis onder invloed van serotonine en dopamine.
3. **Emissiefase (Sympathisch)**
   Th10-L2 activatie leidt tot afgifte van sperma en prostaatvocht in de posterieure urethra.
4. **Expulsiefase (Somatisch/Motorisch)**
   Reflectoire contractie van de bekkenbodemmusculatuur met onomkeerbaar orgastisch ontladingspunt.





"Begrip van de biologie maakt gerichte behandeling mogelijk."

Gedragsmatige Interventies & Oefenprotocollen

Conform de Zorgstandaard en PLISSIT-fasering (Specific Suggestions & Intensive Therapy) vormen gedragsmatige oefeningen en bekkenbodemcoördinatie de niet-medicamenteuze pijlers om gewaarwording van het pre-orgastische plateau te versterken.

- **Stop-Start technick (Semans):** stimulatie staken bij opwinding 7-8 op schaal van 10 totdat prikkeling wegebt.
- **Squeeze-methode (Masters & Johnson):** gerichte druk op glans en sulcus coronarius om de erectiele ontladingsdrang te temperen.
- **Bekkenbodemfysiotherapie:** trainen van actieve ontspanning van de m. levator ani ter preventie van reflectoire hypertonie.
- **Sensate Focus:** herstructurering van intieme interacties zonder penetratiedruk ter verlaging van faalangst.

Klinische Beslisboom & Behandelprotocol

Behandelkeuzes worden trapsgewijs bepaald op basis van IELT, persistentie en onderliggende relatie- of individuele psychologische factoren conform het stepped-care model.

- **Stap 1 (Permission/Limited Info):** psycho-educatie over normale responscyclus en fysiologie.
- **Stap 2 (Specific Suggestions):** gedragsmatige oefeningen solo, gevolgd door partneropbouw.
- **Stap 3 (Intensive Therapy):** combinatie met farmacotherapie (off-label SSRI / on-demand) en/of cognitieve sekstherapie.

Medisch-ethische Disclaimer & Vakbeoordeling

Deze gevisualiseerde kaart dient als naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische consultatie of diagnostiek. Domeinspecifieke medische verificatie van voorschrijfrichtlijnen blijft vereist voorafgaand aan farmacologische teepsasing.

Welk subtype en welke klachtenpresentatie staan op de voorgrond bij de patiënt?

IELT < 1 minuut, primair (levenslang amwezig)

Psycho-educatie over neurobiologische drempelwaarde; combineer gedragsmatige oefeningen (Stop-Start) met overweging van farmacotherapeutische onderstuening via arts.

IELT variabel of > 2-3 minuten met uitgesproken faalangst

Focus op Limited Information en Cognitieve Sekstherapie; herijk onrealistische prestatienormen en pas partnergerichte Sensate Focus toe.

Secundair ontstaan bij comorbiditeit of erectieverlies

Behandel eerst het onderliggende somatische of erectieprobleem; screen op relatiestressoren en bekkenbodemhypertonie.

VERTRAAGDE OF AFWEZIGE EJACULATIE: DIAGNOSTIEK EN AANPAK

Klinische Definitie & DSM-5 Criteriacontext

Vertraagde ejaculatie (delayed ejaculation) kenmerkt zich door een aanzienlijke **vertraging** van of het geheel **ontbreken** van de zaadlozing tijdens seksuele activiteit met een partner, gedurende minimaal zes maanden en leidend tot significant subjectief lijden. Volgens de DSM-5-criteria en de GGZ Zorgstandaard mag de diagnose pas gesteld worden indien de klacht niet uitsluitend verklaard wordt door ontoereikende seksuele stimulatie in focus, intensiteit of duur, of door een andere niet-seksuele psychische stoornis.

- **Verworven versus levenslang:** onderscheid tussen primair ontbreken van ejaculatie en secundair ontstaan na een periode van normaal functioneren.
- **Gegeneraliseerd versus situationeel:** analyse van het optreden (bv. wel mogelijk bij solomasturbatie met specifieke manuele druk, maar geremd bij partnervrijen).
- **Subjectief versus objectief criterium:** niet elke langdurige coïtus is pathologisch; lijdensdruk en partnerimpact zijn doorslaggevend.

Klinische Disclaimer & Terminologieverificatie

Dit leermiddel dient uitsluitend voor professionele deskundigheidsbevordering en vervangt geen medische consultatie of individuele diagnostiek. Domeinspecifieke medische terminologie vereist periodieke verificatie door een bevoegd specialist conform geldende transmurale richtlijnen.

Etiologie & Multidisciplinaire Differentiaaldiagnostiek

De pathogenese van geremde ejaculatie en anejaculatie is biopsychosociaal van aard. Differentiatie tussen neurogene, endocriene, **medicamenteuze** en psychoseksuele factoren is noodzakelijk vóór het initiëren van therapeutische stappen.

- **Medicamenteus:** serotonerge antidepressiva (SSRI's/SNRI's), antipsychotica, antihypertensiva en alfacomponenten remmen de spinale ejaculatoire reflexboog.
- **Neurogeen & Somatisch:** diabetische neuropathie, multipele sclerose, caudasyndroom, bekkenchirurgie of ruggenmerglaesies die de autonome bezenuwing (sympathisch Th10–L2 en parasympathisch S2–S4) verstoren.
- **Psychogeen & Idiosyncratisch:** idiosyncratische masturbatiestijl (zeer specifieke snelheid of harde druk), toeschouwersrol (spectatoring), prestatieangst, strikte morele conditionering of relatieconflicten.

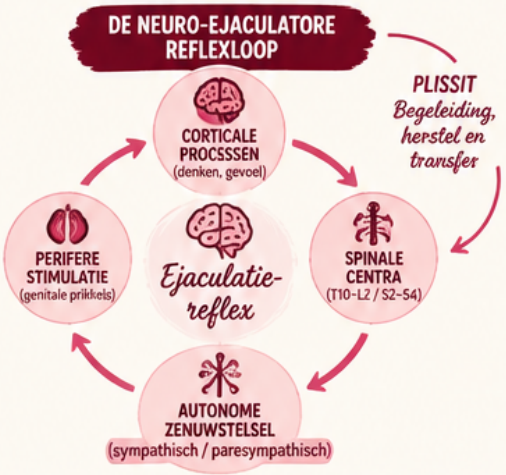
Is er sprake van retrograde ejaculatie of anejaculatie versus puur geremde/ vertraagde ejaculatie?

Orgasmegevoel is intact, maar er treedt geen extern ejaculaat op (droog orgasme)

→ **Verwijs voor somatisch urineondersoek direct na orgasme op spermatzoa** (uitsluiten van retrograde ejaculatie door blaashalsinsufficiëntie of alfa-blokkers).

Normale ejaculatie bij solomasturbatie, maar afwezig of sterk vertraagd bij partnerseks

→ **Differentieer richting idiosyncratbatie masturbatiegewoonten, relationele context of cognitieve alleiding; start stapsgewijze gedragstherapeutische transfer.**



Klinisch Stappenplan conform PLISSIT & Zorgstandaard

Begeleiding volgt de gelaagde structuur van het PLISSIT-model, afgestemd op de diagnostische bevindingen uit de uitgebreide seksuologische anamnese.

- **Normaliseer** de variabiliteit van ejaculatietijd en ontkracht pornografische prestatienormen.
- Bespreek de impact van 'toeschouwersgedrag' en stimuleer zintuiglijke herfocussering tijdens intieme interacties.
- Overweeg in multidisciplinair overleg met de voorschrijvend arts dosisreductie of medicatieswitch bij bewezen farmacologische remming.

Aandachtspunt Partnerbetrokkenheid

Betrek de partner vroegtijdig in het traject om gevoelens van afwijzing ('ik maak hem niet opgewonden genoeg') om te buigen naar gezamenlijke sensate-focusexploratie.

1 Stap 1: Permission (P) & Verheldering

Geef [illegible] ejaculatievertraging bespreekbaar te maken en normaliseer angst en schaamtegevoelens bij de patiënt en eventuele partner.

2 Stap 2: Limited Information (LI) & Psycho-educatie

Bied anatomische en neurofysiologische voorlichting over de ejaculatiereflex en verklaar de negatieve invloed van cognitieve zelfmonitoring op de reflexdrempel.

3 Stap 3: Specific Suggestions (SS) & Sensate Focus

Introduceer gerichte oefeningen: **bridging**-technieken, aanpassen van masturbatiedruk en sensate focus zonder prestatiedruk om de sensorische responsiviteit te herstellen.

4 Stap 4: Intensive Therapy (IT) & Terugvalpreventie

Start protocollaire seksuologische CGT voor hardnekkige psychogene blokkades en integreer een gestructureerd terugvalpreventieplan (TVP) bij behandelafsluiting.

VROUWELIJKE ORGASMESOORNIS (FOD) — TYPOLOGIE EN TRIAGE

KLINISCHE DEFINITIE & KERNCRITERIA

Volgens de geautoriseerde Zorgstandaard Seksuele Disfuncties (conform DSM-5-classificatie) betreft de Vrouwelijke **Orgasmesoornis (Female Orgasmic Disorder)** een aanzienlijke vertraging van, zeldzaamheid van of het velledig ontbreken van een orgasme, dan wel een opvallend verminderde intensiteit van orgastische sensaties.

- **Duur & Frequentie:** Klachten treden op in minimaal 75% tot 100% van de seksuele situaties gedurende ten minste 6 maanden.
- **Subjectief Lijden:** Veroorzaakt klinisch significant lijden of interperesonlijke spanningen bij de cliënt.
- **Contextualisering:** Niet uitsluistend toe te schrijven aan inadequate seksuele stimulatie; anatomische clitorale stimulatie is voor de meerderheid noodzakelijk.
- **Exclusiecriteria:** Symptomen zijn niet beter verklaarbaar door een niet-seksuele psychische stoornis, ernstige relatieproblemen, middelengebruik of medicatiebijwerkingen.

Klinische Context

Het bereiken van een orgasme uitsluitend via vaginale coïtus zonder directe clitorale prikkeling is fysiologisch geen normatieve vereiste. Het uitblijven van een orgasme bij afwezigheid van clitorale stimulatie rechtvaardigt op zichzelf geen DSM-5-classificatie.

TYPOLOGIEËN & ETIOLOGISCHE FACTOREN

Voor een gerichte triage binnen de seksuologische praktijk dient het orgasmaprobleem systematisch te worden onderverdeeld naar verwervingspatroon en contextuele gebondenheid, ondersteund door een biopsychosociale analyse.

- **Levenslang (Primair):** Het orgasme is onder geen enkele omstandigheid (nóch solitair noch met partner) ooit ervaren.
- **Verworven (Secundair):** De problemateik is ontstaan na een periode van adequaat orgastisch functioneren.
- **Gegeneraliseerd:** Onvermogen doet zich voor in alle situaties en bij alle stimulatievormen.
- **Situationeel:** Beperkt tot specificke partners, contexten of vormen van stimulatie (bijvoorbeeld wel bij masturbatie, niet relationeel).
- **Biomedisch:** Invloed van SSRI's/antidepressiva, neuropathie, endocriene afwijkingen of bekkenbodemdisfuncties.
- **Psychosociaal:** Prestatiedruk ('spectatoring'), angstvermijding, relationele interactiepatronen of gebrekkige erotische focus.

GESTRUCTUREERD TRIAGE- & BESLISMODEL

Stapsgewijze besluitvorming om te differentiëren tussen biologische verstoringen, voorlichtingstekorten en indicaties voor specialistische sekstherapie.

SSRI-SCREENING

Welk subtype en onderliggend mechanisme domineert het klachtenbeeld?

Aanvang direct na start farmacotherapie (bijv. SSRI) of somatische aandoening	Levenslang orgasme-onvremegen (primair), wel adequate opwinding en masturbatie-pogingen	Situationeel: orgasme lukt solitair probleemloos, maar blokkeert bij partnercontact	Ontbreken van voldoende seksuele opwinding of aanwezigheid van pijnklachten
Classificeer als middel-/medicatie-geïnduceerde disfunctie of somatische complicatie. Overleg met voorschrijver/arts over dosering, medicatiewissel of somatische exploratie.	Zet in op psycho-educatie clitorale anatomie en gefaseerd masturbatie-trainingsprogramma (evt. met vibratie-stimulatie) conform PLISSIT-niveau SS/IT.	Differentieer op spectatoring, relationele veiligheid en communicatie. Indicatie voor partnerbegeleiding en sensate focus oefeningen.	Prioriteer evaluatie van seksuele interesse/opwindings-stoornis of genitopelviene pijn/penetratiestoornis alvorens orgasme als primair doel te stellen.

INDICATIE VOOR PLISSIT TRAJECT

PLISSIT Traject & Differentiaaldiagnostiek

Stapsgewijze toepassing van interventies langs de PLISSIT-niveaus gekoppeld aan differentiaaldiagnostische uitsluiting.

Disclaimer Professioneel Handelen

Deze geautorioeerde kaart dient als klinisch naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele diagnostiek of interdisciplinair medisch-seksologisch behandelplan.

PLISSIT Traject & Differentiaaldiagnostiek

Stapsgewijze toepassing van interventies langs de PLISSIT-niveaus gekoppeld aan differentiaal-diagnostische uitsluiting.

P — Permission (Toestemming)

Expliciet normaliseren en bespreekbaar maken van orgasmeproblematiek. Valideren dat clitorale stimulatie biologisch gangbaar en noodzakelijk is voor het merendeel van de vrouwen.

LI — Limited Information (Informatieoverdracht)

Psycho-educatie over clitorale anatomie (inclusief crura en bulbi), orgasmediversiteit, de invloed van vermoeidheid, en het wegnemen van de coïtale orgasmenorm.

SS — Specific Suggestions (Gerichte Suggesties)

Introductie van sensate focus oefeningen ter vermindering van toeschouwersgedrag, integratie van erotische hulpmiddelen en concrete clitorale stimulatietechnieken tijdens gemeenschap.

IT — Intensive Therapy (Gespecialiseerde Sekstherapie)

Verwijzing naar geregistreerd NVVS Seksuoloog voor protocollaire cognitieve gedragstherapie, traumaverwerking, of behandeling van complexe relationele dynamieken.

Klinische Checklist & Verwijsoverwegingen

Aandachtspunten voor de zorgprofessional tijdens intake en evaluatie conform de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid en Zorgstandaard.

- Controleer gebruik van antidepressiva, antihypertensiva of hormonale anticonceptie.
- Evalueer de bekkenbodemtonus (overactiviteit versus onderactiviteit; overweeg bekkenfysiotherapie).
- Sluit genitopelviene pijn- of penetratiestoornis (dyspareunie/vaginisme) uit.
- Verifieer of partnercommunicatie en relationele veiligheid voldoende gewaarborgd zijn.
- Onderzoek de aanwezigheid van belemmerende cognities, schuldgevoelens of prestatiedruk.

GPPPD: Pijn- en Bekkenbodemcyclus

CONCEPT & CLASSIFICATIE VAN GPPPD

Onder de DSM-5 zijn vaginisme en dyspareunie samengevoegd tot de overkoepelende diagnose **Genito-Pelviene Pijn/Penetratiestoornis (GPPPD)**. Klinische observaties tonen aan dat angst voor pijn en onwillekeurige contractie van de bekkenbodemspieren zelden scherp van elkaar te scheiden zijn.

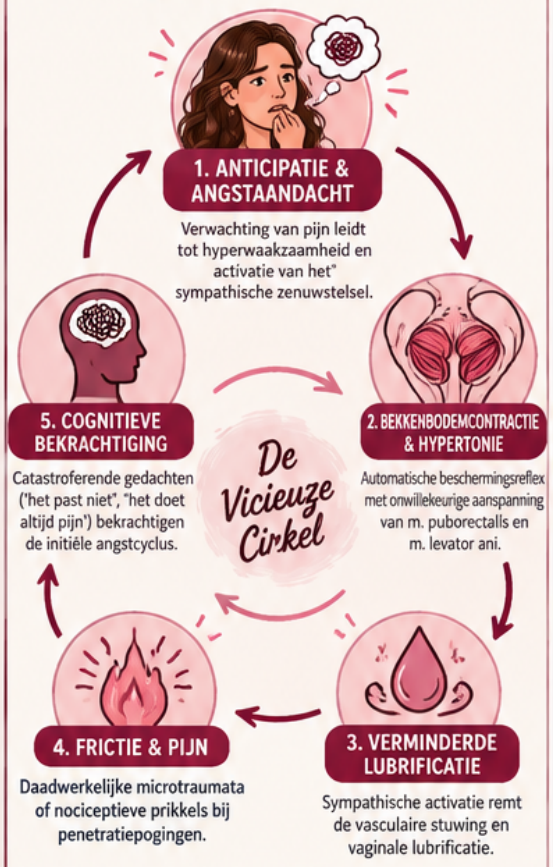
- **Samenvoeging in DSM-5:** Pijnbeleving, angst en spiertonus vormen één klinisch spectrum in plaats van strikt gescheiden entiteiten.
- **Kernsymptomen:** Aanhoudende of recidiverende moeilijkheden met penetratie, duidelijke vulvovaginale of pelviene pijn tijdens pogingen tot penetratie, en uitgesproken anticipatieangst.
- **Bekkenbodemrespons:** Hypertonie en verhoogde contractiliteit van de levator ani musculatour bij aanraking of anticipatie.
- **Differentiële context:** Uitsluiten van primaire infectieuze, dermatologische of gynaecologische oorzaken conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

Professionele Disclaimer & Differentiaaldiagnostiek

Dit educatieve overzicht vervangt geen medisch onderzoek of individuele seksuologische diagnostiek. Somatische oorzaken zoals vulvaire vestibulitis, infecties of atrofie dienen conform de Zorgstandaard eerst medisch geëvalueerd te worden.

DE VICIEUZE CIRKEL VAN PIJNVERWACHTING EN HYPERTONIE

GPPPD wordt gekenmerkt door een zichzelf versterkend neurobiologisch en cognitief mechanisme waarin anticipatieangst direct leidt tot motorische hyperreactiviteit van het bekkengebied.



1. **Anticipatie & Angstaandacht:** Verwachting van pijn leidt tot hyperwaakzaamheid en activatie van het sympathische zenuwstelsel.
2. **Bekkenbodemhypertonie:** Automatische beschermingsreflex met onwillekeurige aanspanning van m. puborectalis en m. levator ani.
3. **Verminderde Lokale Exsudatie:** Sympathische activatie remt de vasculaire stuwing en vaginale lubrificatie.
4. **Frictie & Nociceptie:** Daadwerkelijke microtraumata of nociceptieve prikkels bij penetratiepogingen.
5. **Cognitieve Bevestiging:** Catastroferende gedachten ('het past niet', 'het doet altijd pijn') bekrachtigen de initiële angstcyclus.

KLINISCHE TOEPASSING & INTERVENTIENIVEAUS

De therapeutische aanpak volgt een gelaagd model (PLISSIT en multidisciplinaire samenwerking) om de vicieuze cirkel stapsgewijs te doorbreken.

P — Permission (P)
Valideren van de pijnklacht en normaliseren van het stoppen van pijnlijke penetratiepogingen.

LI — Limited Information (LI)
Psycho-educatie over bekkenbodemanatomie, reflexmatige spierspanning en lubrificatiefysiologie.

SS — Specific Suggestions (SS)
Bekkenfysiotherapeutische myofeedback, ademhalingsoefeningen, sensate-focus en penetratiedruk wegnemen.

IT — Intensive Therapy (IT)
Cognitieve gedragstherapie (CGT), exposure in vivo met pelviene pelottes/dilatatoren, en traumabehandeling indien geïndiceerd.

Multidisciplinaire samenwerking

- Gynaecoloog
- Bekkenfysiotherapeut
- Seksuoloog
- Psycholoog / GZ-psycholoog

Verificatienota

Voor toepassing in de gespecialiseerde praktijk wordt aanbevolen de terminologie periodiek af te stemmen op de vigerende revisies van de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en V&VN-richtlijnen.

VULVODYNIE EN VULVAIRE VESTIBULITIS
– DIFFERENTIATIE EN MANAGEMENT –

BEGRIPSBEPALING EN ETIOLOGISCHE FACTOREN

Vulvodynie betreft chronische vulvaire pijn of een branderig gevoel van minimaal 3 tot 6 maanden zonder duidelijke zichtbare etiologie of infectie. Het biopsychosociale model vormt de basis voor het begrijpen van de complexe wisselwerking tussen perifere neurogene sensitisatie, centrale pijnverwerking en psychosociale stressoren.

- **Provocatiegebonden vulvodynie** (PVD): pijn treedt uitsluitend op bij aanraking, druk of penetratiepogingen (voorheen vestibulitis vulvae genoemd).
- **Gegeneraliseerde vulvodynie:** constante of intermitterende pijn over het gehele vulvaire gebied zonder directe provocatie.
- **Hyperalgesie en allodynie:** verhoogde zenuwdichtheid en overgevoelige nociceptoren in het vestibulum.
- **Bekkenbodemhypertonie:** secundaire of primaire verhoogde spiertonus die pijncirkels in stand houdt of verergert.

Klinische Differentiatie

Sluit vóór de werkdiagnose vulvodynie altijd actieve infecties (Candida, bacteriële vaginose, HSV), dermatosen (Lichen Sclerosus, Lichen Planus) en hormonale atrofie uit.

De Vicieuze Cirkel van Vulvaire Pijn en Bekkenbodemrespons

Het beloop van vulvodynie wordt veelal gekenmerkt door een zichzelf versterkende fysiologische en psychologische respons.

1 Prikkeling en Pijnervaring

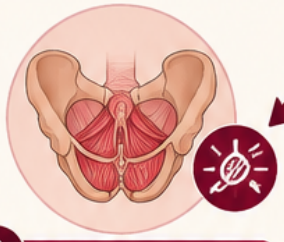
Aanraking, tampongebruik of penetratiepoging triggert scherpe nociceptieve impulsen via overprikkelde zenuwuiteinden in het vestibulaire weefsel.

2 Anticiperende Angst en Sympathicusactivatie

Verwachting van pijn leidt tot verhoogde alertheid, angst voor intimiteit en verlies van seksuele opwinding en lubricatie.

3 Bekkenbodemoveractiviteit

Reflectoire contractie en chronische hypertonie van de musculus levator ani ter bescherming tegen weefselbelasting.



4 Weefselischemie en Versterkte Sensitisatie

Microvasculaire constrictie door spierspanning verlaagt de pijndrempel verder en bevordert perifere en centrale sensitisatie.

Multidisciplinair Management conform PLISSIT en Richtlijnen

Het zorgpad integreert medische, bekkenfysiotherapeutische en seksuologische behandelinterventies conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

- ✓ **Permission (P):** Proactief bespreken en valideren van de pijnervaring zonder oordeel of bagatellisering.
- ✓ **Limited Information (LI):** Psycho-educatie over neurogene pijnmechanismen en het ontkoppelen van penetratiedruk.
- ✓ **Specific Suggestions (SS):** Geregistreerde bekkenfysiotherapie voor myofasciale ontspanning en sensate-focustherapie gericht op niet-pijnlijke intimiteit.
- ✓ **Intensive Therapy (IT):** Gespecialiseerde seksuologische cognitieve gedragstherapie (CGT) gericht op catastroferen, vermijding en relationele dynamiek.

Vakdeskundige Controle en Disclaimer

Deze educatieve kaart vervangt geen individuele medische diagnose of specialistisch consult. Vóór eindpublicatie dient domeinspecifieke medische en seksuologische terminologie gecontroleerd te worden door een bevoegd vakdesskundige.

Klinische Beoordeling en Observatie

Wattenstokjestest (Q-tip test):
Lokalisatie en Pijnscore (NRS 0-10)

Bekkenbodemstatus (tonus in rust / relaxatievermengen na contractie)

Psychosociale factoren (anticiperende angst, relatie-impact, vermijding)

Welk subtype vulvaire pijn staat klinisch op de voorgrond?

Pijn strikt gelokaliseerd bij lichte aanraking van het vestibulum (Q-tip positief)

↓

Classificeer als **Provocatiegebonden Vulvodynie (PVD):** start met lokale barrièrebescherming, ontspannende bekkenfysiotherapie en sensate focus.

Diffuse, brandende pijn zonder mechanische aanraking in combinatie met hyperalgesie elders

↓

Classificeer als **Gegeneraliseerde Vulvodynie;** verken centrale sensitisatiemechanismen, onterweeg farmacotherapie in overleg met arts/gynaecoloog en specialistische CGT.

BEKKENBODEMDISFUNCTIES — HYPERTONIE, HYPOTONIE EN COÖRDINATIE

ANATOMIE EN RUSTTONUS VAN DE BEKKENBODEM

De **musculus levator ani** vormt samen met het omliggende bindweefsel de dynamische bodem van het bekken. Deze spiergroep (bestaande uit onder meer de m. puborectalis, m. pubococcygeus en m. iliococcygeus) levert structurele steun aan de bekkenorganen en speelt een fundamentele rol in continentie en seksueel functioneren. De rustonus van deze spieren moduleert genitale doorbloeding, weefselcompliantie en het comfort bij penetratie of seksuele stimulatie.

- **M. puborectalis:** lusvormige spierstrook rond het anorectum en de vagina, essentieel voor hoekvorming en afsluiting.
- **M. pubococcygeus en m. iliococcygeus:** dragen bij aan de basale bekkensteun en ritmische contracties.
- **Basale tonus:** zorgt voor continentie in rust en dient tijdig te inhiberen bij opwinding en penetratie.
- **Innervatie:** voornamelijk via de nervus pudendus (S2-S4) en directe takken van de sacrale plexus.

ONDERZOEKS- EN DIFFERENTIATIEPUNT

Domeinspecifieke seksuologische en bekkenfysiotherapeutische terminologie dient per klinische setting multidisciplinair afgestemd te worden. Een educatieve weergave van anatomie vervangt geen individuele bekkenfysiotherapeutische palpatietoetsing of medische evaluatie.

CYCLISCHE RESPONS EN FUNCTIEVERSCHUIVINGEN

De functionele toestand van de m. levator ani varieert dynamisch over de verschillende fasen van de seksuele responscyclus. Waar opwinding vraagt om actieve reciproke relaxatie en verhoogde weefselperfusie, vereist het orgasme gecontroleerde ritmische contracties.

- **Rust en continentie:** willekeurige en onwillekeurige rusttonus behoudt steun en continentie.
- **Seksuele opwinding en plateau:** fysiologische bekkenbodemontspanning faciliteert intravaginale of anorectale compliantie en veneuze stuwing.
- **Orgasme:** onwillekeurige, ritmische contracties van de levator ani en omliggende perineale spieren met tussenpozen van circa 0,8 seconde.
- **Resolutie:** geleidelijke terugkeer naar de basale rustspanning en normalisatie van de doorbloeding.

1. **Basale rustfase**
   Normale rustspanning handhaaft orgaanondersteuning zonder overmatige druk op de hiatus genitalis.
2. **Vasocongestieve relaxatie**
   Tijdens toememende genitale opwinding relaxeert de oppervlakkige en diepe bekkenbodem om penetratie en verhoogde doorbloeding toe te laten.
3. **Orgasmecontracties**
   Ritmische, gecoördineerde samentrekkingen treden autonoom op in de perineale en levatorspieren.
4. **Herstel naar homeostase**
   De tonus herstelt zich naar basaal niveau zonder aanhoudende kramp of restspanning.

KLINISCHE PRESENTATIES: HYPERTONIE, HYPOTONIE EN DYSCOÖRDINATIE

Afwijkingen in spanning of aansturing manifesteren zich op uiteenlopende manieren in de seksuologische en bekkenbodempraktijk. Een nauwkeurige categorisering ondersteunt de interdisciplinaire samenwerking tussen seksuoloog, bekkenfysiotherapeut en arts.

- **Hypertonie (overactiviteit):** onvolledige relaxatie, verhoogde contractietoestand; vaak geassocieerd met genito-pelviene pijn/penetratiestoornis, dyspareunie, erectiepijn of anhedonie.
- **Hypotonie (onderactiviteit):** verminderde spierkracht en tonus; kan leiden tot verminderd frictiegevoel, urineverlies tijdens coitus of orgasme (climacturie) en verminderde orgasmische intensiteit.
- **Dyscoördinatie / niet-ontspannende bekkenbodem:** paradoxale aanspanning tijdens pogingen tot penetratie of mictie, wisselende coactivatie en gebrekkige proprioceptie.

KLINISCHE DISCLAIMER

De educatieve kaart dient als overzicht voor zorgverleners en studenten en is geen vervanging voor een individuele klinische anamnese of medisch consult. Diagnose en behandeling geschieden volgens geldende richtlijnen.

PLISSIT-TRAJECT EN BESLISBOOM VOOR BEKKENBODEMINTERVENTIE

Binnen de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid verloopt de seksuologische aanpak stappewijs via het PLISSIT-model. Bij vermoeden van bekkenbodemproblematiek bepaalt de differentiatie tussen ontspanningsonvrenogen, krachtverlies en coördinatieverstoring het zorgtraject.

- **Permission (P):** bespreekbaar maken van pijn, continentieproblemen en bekkengevoel.
- **Limited Information (LI):** psycho-educatie en functionele anatomie-uitleg van de m. levator ani.
- **Specific Suggestions (SS):** bekkenbodembewustwording, ademhalingsoefeningen en gerichte bekkenfysiotherapeutische consultatie.
- **Intensive Therapy (IT):** gespecialiseerde seksuologische combinatietherapie of cognitieve gedragstherapie bij aanhoudende vermijding of traumasporen.

Welk dominant functioneel patroon toont de patiënt bij bekkenbodemgerelateerde seksuele klachten?

1 Aanhoudende hypertonie of onvermogen tot penetratie/ frictie door kramp en pijn	→ Start met **Permission** en **Limited Information**; verwijs naar een geregistreerd bekkenfysiotherapeut voor manuele ontspanningstechnieken en biofeedback, gecombineerd met sensate-focusinterventies zonder penetratiedruk.
2 Hypotonie met verminderde sensatie of inspannings-gebonden urineverlies tijdens seksuele activiteit	→ Bied specifieke instructie over versterkende en stabiliserende bekkenbodemoefeningen; evalueer co-morbiditeit en overweeg gerichte functionele elektrostimulatie of training.
3 Dyscoördinatie of paradoxale contractie bij penetratiepogingen	→ Richt interventie op proprioceptieve training, ademhalingssynchronisatie en graduele desensitisatie binnen een multidisciplinaire setting (bekkenfysiotherapie en seksuologie NVVS).

SEKSUELE DISFUNCTIES DOOR MEDICATIE

— PSYCHOFARMACA EN ANTIHYPERTENSIVA —

FARMACOLOGISCHE MECHANISMEN EN SIGNAALPADEN

Iatrogene seksuele disfuncties ontstaan veelal door interferentie met centrale neurotransmittersystemen en perifere vasculaire mechanismen. SSRI's stimuleren 5-HT2A- en 5-HT2C-receptoren, wat leidt tot remming van dopamine in mesolimbische beloningscircuits en inhibitie van spinale ectiie- en orgasmesoortige reflexen. Antipsychotica veroorzaken dopaminerge D2-receptorblokkade, resulterend in hyperprolactinemie, daling van testosteron en verlies van verlangen en lubricatie/erectie. Bètablokkers verlagen centrale sympatische tonus en perifere perfusiedruk in caverneuze lichamen.

1. **SSRI/SNRI:** Verhoogde serotonerge tonus remt dopaminerge activiteit en ruggenmergreflexen (anorgasmie, vertraagde ejaculatie, verminderd libido).
2. **Klassieke en atypische antipsychotica:** D2-antagonisme induceert hyperprolactinemie en onderdrukt de hypothalamus-hypofyse-gonadale as.
3. **Antihypertensiva:** Bètablokkers verminderen genitale vaatverwijding; thiazidediuretica kunnen neurovasculaire prikkeloverdracht beïnvloeden.
4. **Anti-androgenen:** Remmen androgeenreceptoren of blokkeren testosteronsynthese, met directe reductie van seksueel verlangen en responsiviteit.

KLINISCHE DIFFERENTIATIE

Differentiëer steeds tussen de onderliggende somatische of psychiatrische aandoening (bijv. depressieve affectieve afvlakking) en de farmacologische nevenwerkingen via een nauwkeurige tijdlijn van klachten versus medicatiestart.

CYCLISCHE INTERACTIE: FARMACOLOGISCHE EFFECTEN EN COPING

De wisselwerking tussen farmacologische neurobiologische remming en intrapsychische reacties vormt een vicieuze cirkel die het herstel van seksueel functioneren belemmert.

1. FARMACOLOGISCHE REMMING

D2-blokkade of 5-HT stimulatie veroorzaakt vertraagde opwinding of anorgasmie.

2. VERLIES VAN RESPONS

Afname van genitale vasocongestie en verminderde sensaties tijdens seksuele stimulatie.

3. COGNITIEVE FRAMING & ANGST

Faalangst, toeschouwersrol (spectatoring) en verlies van seksueel zelfvertrouwen treden op.

4. VERMIJDING EN ADHERENTIERISCO

Vermijding van intimiteit of het eigenmachtig staken van noodzakelijke medicatie.

Vicieuze cirkel

STAPPENPLAN

1. **Exploratie farmacologisch beloop**
   Breng medicatiehistorie, doseringswijzigingen en het tijdstip van ontstaan van de seksuele klachten systematisch in kaart.
2. **Evaluatie seksuele cyclus**
   Onderzoek welke fasen (verlangen, opwinding, orgasme) direct beïnvloed worden volgens de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.
3. **Bespreken therapietrouw**
   Evalueer of seksuele nevenwerkingen leiden tot medicatie-ontrouw en normaliseer de klachten openhartig.
4. **Multidisciplinaire afstemming**
   Overweeg in overleg met de voorschrijvend arts dosisaanpassing, switch naar alternatieven of gerichte adjuvante therapie.

KLINISCH STAPPENPLAN BIJ MEDICATIE-GEÏNDUCEERDE KLACHTEN

Praktische handvatten voor seksuologen, artsen en psychologen conform het PLISSIT-model en de multidisciplinaire richtlijnen.

1. **Toepassing PLISSIT:**
   Geef expliciete toestemming (P) en limited information (LI) over farmacologische effecten.
2. **Medicamenteuze switches:**
   Bespreek met voorschrijver opties met een gunstiger seksueel profiel (bijv. bupropion of mirtazapine bij antidepressiva).
3. **Symptomatische ondersteuning:**
   Evalueer indicaties voor PDE-5-remmers bij persisterende erectiele of voruwelijke genitale opwindingsproblemen.
4. **Relatietherapeutische ondersteuning:**
   Herkadering van seksuele verwacthingen en drukverlaging met behulp van sensate-focustechnieken.

VEILIGHEIDSWAARSCHUWING

Wijzig of staak psychotrope of cardiovasculaire medicatie nooit zonder direct overleg met de behandelend arts of psychiater. Deze educatieve kaart vervangt geen medisch consult.

BESLISBOOM

Is de medicatie-geïnduceerde seksuele disfunctie tolerabel voor de patiënt en blijft de therapietrouw gewaarborgd?

Ja, therapietrouw intact en lichte hinder

Bied psycho-educatie (PLISSIT Stap LI), pas seksuologische sensate-focusinterventies toe en hanteer een afwachtend beleid voor spontane tolerantie.

Nee, erntiige lijdensdruk of risico op eigenmachtig staken

Consulteer de voorschrijver voor dosisreductie, preparaatwissel (switch) of teevoeging van gerichte symptomatische farmacotherapie.

CHRONISCHE ZIEKTEN EN SEKSUELE BELEVING

Somatische Impact: Pathofysiologie en Ziektebeelden

Chronische aandoeningen interfereren rechtstreeks met de neurovasculaire, endocriene en musculoskeletale mechanismen van de seksuele respons (V&VN Richtlijn Seksuele Gezondheid; Zorgstandaard Seksuele Disfuncties).

Diabetes Mellitus:

- Autonome en perifere neuropathie vermindert genitale sensibiliteit; microangiopathie remt erectiele vullingsdruk en vaginale lubricatie.

Reumatische aandoeningen:

- Gewrichtsstijfheid, ontstekingspijn en mechanische bewegings-beperkingen hinderen seksuele interactie en fysieke posities.

Neurologische aandoeningen:

- Aantasting van centrale of perifere zenuwbanen (zoals MS, CVA, dwarslaesie) moduleert opwinding, reflexmatige erectie/zwelling en orgasmevermogen.

Medicatiebijwerkingen:

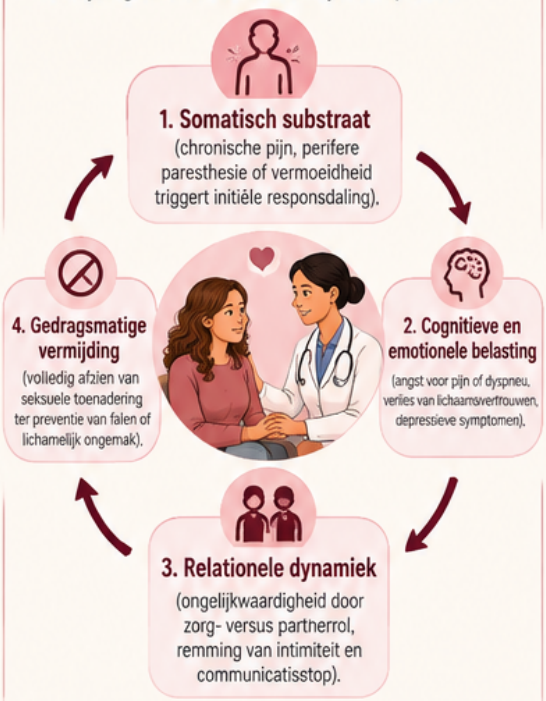
- Negatieve effecten van antihypertensiva, DMARDs, opioïden en psychofarmaca op verlangen, vochtproductie en ejaculatie; ontremming bij dopomine-agonisten.

Klinische Differentiatie

Onderscheid primaire neurovasculaire tekorten altijd van indirecte somatische complicaties zoals chronische uitputting, urogenitale infecties of postoperatieve adhesies.

De Biopsychosociale Terugkoppelingslus

Fysieke beperkingen en psychologische reacties grijpen continu op elkaar in en versterken seksuele vermijding en distress via een cyclisch proces.



Attentiepunt Partnerrelatie

Wanneer een partner mantelzorgtaken vervult, verschuift de seksuele intimiteit vaak onbedoeld naar een asymmetrische verzorgersrelatie.

Klinische Beslissing: Is er sprake van progressieve neurologische uitval of refractaire somatische pijn?

Ja: structurele neurogene stoornis of niet-gereguleerde ontstekingspijn

Verwijs primair naar medisch specialist (neuroloog, reumatoloog) voor medicatieoptimalisatie; begrens seksuologische interventie tot comfortgerichte aanpassingen.

Nee: stabiele chronische conditie met overwegend adaptatie- en vermijdings-problemen

Start sensate focus conform stap SS/IT, stimuleer partnercommunicatie en introduceer ergonomische ondersteuningsmiddelen.

Methodische Begeleiding: PLISSIT en Aanpassingen

Inzet van het gestrapte PLISSIT-kader (V&VN / Zorgstandaard Seksuele Disfuncties) gecombineerd met gerichte leefstijl- en comfortaanpassingen.

P — Permission (P):

- Expliciet openen van het gesprek; normaliseer dat chronische ziekte seksualiteit beïnvloedt ("Bij uw aandoening zien we dit vaak, herkent u dat?").

LI — Limited Information (LI):

- Gerichte psycho-educatie over neurovasculaire grenzen, vermoeidheidscurves en het belang van niet-genitale intimiteit.

SS — Specific Suggestions (SS):

- Ergonomische hulpmiddelen (kussens, wiggen), glijmiddelen op siliconenbasis, timing rond analgetica en energiepieken, sensate-focus.

IT — Intensive Therapy (IT):

- Multidisciplinaire verwijzing naar NVVS-geregistreerde seksuoloog of bekkenfysiotherapeut bij hardnekkige parentherapiebehoefte of verwerkingsstagnatie.

Verificatie en Disclaimer

Educatief naslagwerk. Beoogd voor professionnel gebruik; vervangt geen individuele medische diagnostiek. Domeinspecifieke medische verificatie is noodzakelijk voorafgaand aan formele publicatie.

Praktische Interventies – Stappenplan

1 — Stap 1: Verkenning & Toestemming (P)
Vraag actief naar seksuele veranderingee tijdens reguliere somatische controleafspraken en normaliseer mogelijke klachten.

2 — Stap 2: Energie- en Pijntiming (SS)
Instrueer cliënten om seksuele activiteit te plannen op piektijden van analgesie en met behoud van voldoende energetische reserves.

3 — Stap 3: Ergonomie & Substitutie (SS)
Adviseer steunkussens ter ontlasting van aangedane gewrichten en integreer alternatieve stimulatie technieken zonder penetratiedruk.

4 — Stap 4: Gespecialiseerde Verwijzing (IT)
Schakel bij complexe relationele vervlechting of ernstige autonome dysfunctie tijdig een geregistreerd seksuoloog NVVS in.

ONCOLOGIE EN SEKSUELE REVALIDATIE — PELVIENE KANKERS EN BEHANDELING

FYSIEKE EN ONCOLOGISCHE BEHANDELIMPACT (CONCEPTPANEEL LINKS)

Oncologische interventies grijpen direct in op de neurovasculaire en hormonale structuren die essentieel zijn voor de seksuele responscyclus.

PROSTAATCARCINOOM

(Radicale prostatectomie, RTx, ADT)

- Beschadiging van de nervi erigentes en arteriae cavernosae leidt frequent tot erectiestoornissen, afwezige ejaculatie (aspermie), peniele retractie en incontinentie tijdens seksuele stimulatie of orgasme (climacturie).

CERVIXCARCINOOM

(Wertheim-Okabayashi, RTx/Brachytherapie)

- Vaginaal fibrosering, verkorting en vernauwing van het vaginale kanaal, verminderde transsudatie (lubricatietekort), tractiepijn en dyspareunie.

MAMMACARCINOOM

(Mastectomie, Chemotherapie, Hormoontherapie)

- Plotselinge iatrogene menopauze door tamoxifen of aromataseremmers leidt tot vulvovaginale atrofie (genitourinair syndroom), verminderd libido en veranderde erogene beleving na borstreconstructie of amputatie.

KLINISCH KADER: PSYCHOSEKSUËLE REVALIDATIE BIJ PELVIENE ONCOLOGIE

Behandelingen voor pelviene kankers en mammacarcinoom veroorzaken ingrijpende anatomische, hormonale en psychoseksuele veranderingen. Dit klinische referentiediagram biedt zorgprofessionals een gestructureerd overzicht voor het tijdig signaleren, bespreken en multidisciplinair begeleiden van seksuele revalidatie conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn.

- **Proactieve signalering:** vroegtijdige bespreekbaarheid voorkomt chronische lijdensdruk en vermijding bij patiënt en partner.
- **Multimodale etiologie:** interactie tussen neurovasculaire schade, hormonale depletie, veranderd lichaamsbeeld en relationele dynamiek.
- **Klinische richtlijnintegratie:** toepassing van het stepped-care PLISSIT-kader (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy).

Klinische disclaimer & Verantwoording

Deze educatieve kaart dient als naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische diagnostiek of specialistische seksuologische behandelplannen. Vóór definitieve kiinische publicatie is vakinhoudelijke terminologievalidatie door een beveegd seksuoloog NVVS/arts noodzakelijk.

PSYCHO-EMOTIONELE EN RELATIONELE DYNAMIEK (CYCLISCH DIAGRAM MIDDEN)

Het cyclische interactiemodel toont hoe somatische schade kan cumuleren in een negatieve psychoseksuele spiraal:

Aandachtspunt Partnerdynamiek

De partner ervaart dikwijls angst om de patiënt fysiek te belasten of pijn te doen, wat kan leiden tot onbedoelde emotionele en tactiele afstand.

REVALIDATIE-INTERVENTIES EN STEPPED CARE (PRAKTIJKPANEEL RECHTS)

Stapsgewijze seksuologische interventies en biomedische hulpmiddelen conform het PLISSIT-model en de Zorgsartdaard Seksuele Disfuncties:

1 PERMISSION

(Expliciete toestemming)

- ☐ Actief navragen naar veranderingen in intimiteit tijdens intake en oncologische follow-up met open vragen ("Veel mensen met deze behandeling ervaren veranderingen in seksualiteit; hoe verloopt dat bij u?").

2 LIMITED INFORMATION

(Gerichte psycho-educatie)

- ☐ Duidelijke uitleg over neurovasculaire schade, hormonale effecten op weefsels en de scheiding tussen orgasmebeleving, erectie en ejaculatie.

3 SPECIFIC SUGGESTIONS

(Praktische hulpmiddelen)

- ☐ Vroegtijdige erectierevalidatie (PDE5-remmers, vacuümpomp), pelviene bekkenfysiotherapie, pelote-/dilatatiebehandeling na cervixbestraling, neutrale glijmiddelen op siliconenbasis en lokale vaginale hydraterende gels of oestrogenen (in nauw overleg met oncoloog).
- ☐ Sensate focus ter ontspanning van prestatiedruk.

4 INTENSIVE THERAPY

(Multidisciplinaire verwijzing)

- ☐ Verwijzing naar een registerseksuoloog NVVS of gespecialiseerd psycholoog bij hardnekkige genito-pelviene pijn (dyspareunie), ernstige relatiecrisis of trauma.

KLINISCHE BESLUITVORMING IN DE ONCOLOGISCHE SEKSUOLOGIE

Gestructureerd beslismodel voor de oncologieverpleegkundige, consulent seksuele gezondheid en arts.

Welk type klacht staat op de voorgrond bij de oncologische patiënt tijdens follow-up?

1	Fysieke pijn, vaginale stenose of erectie-onvermogen met directe somatische oorzaak	→ Bied anatomische uitleg (LI), adviseer fysieke ondersteuning (bekkenfysiotherapeut, dilatatietherapie, vacuümpomp/ medicatie) en evalueer binnen 6-8 weken.
2	Verminderd verlangen, verstoord lichaamsbeeld of vermijdingsgedrag zonder acute dyspareunie	→ Start sensate focus oefeningen, verken relationele interactie-patronen en geef gerichte relationele opdrachten (SS); verwijs bij stagnering naar Seksuoloog NVVS (IT).
3	Geen actuele seksuele hulpvraag, maar patiënt start met zware chemotherapie of bekkenbestraling	→ Bied preventieve informatie (tertiaire preventie conform Zorgstandaard) en heropen het gesprek laagdrempelig bij volgende consulten.

SEKSUALITEIT ROND ZWANGERSCHAP, POSTPARTUM EN MENOPAUZE

HORMONALE EN FYSIOLOGISCHE TRANSITIES

Tijdens zwangerschap, postpartum en perimenopauze vinden ingrijpende endocriene verschuivingen plaats. Dalingen in circulerend oestrogeen en androgeen beïnvloeden de vaginale vascularisatie, weefselelasticiteit en centrale opwinding, terwijl prolactine-verhoging bij lactatie de responscyclus dempt.

- **Eerste trimester:** schommelingen in humaan choriongonadotrofine (hCG) en progesteron verovzaken vermoeidheid, misselijkheid en veranderde borstsensitiviteit.
- **Postpartum en lactatieperiode:** verhoogde prolactinespiegels onderdrukken de gonadotrope as, met relatieve hypo-oestrogenemie en verminderde fysiologische lubricatie tot gevolg.
- **Perimenopauze en postmenopauze:** structurele afname van oestrogeen leidt tot epitheelverdunning, pH-verschuiving en urogenitale atrofie binnen het Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM).

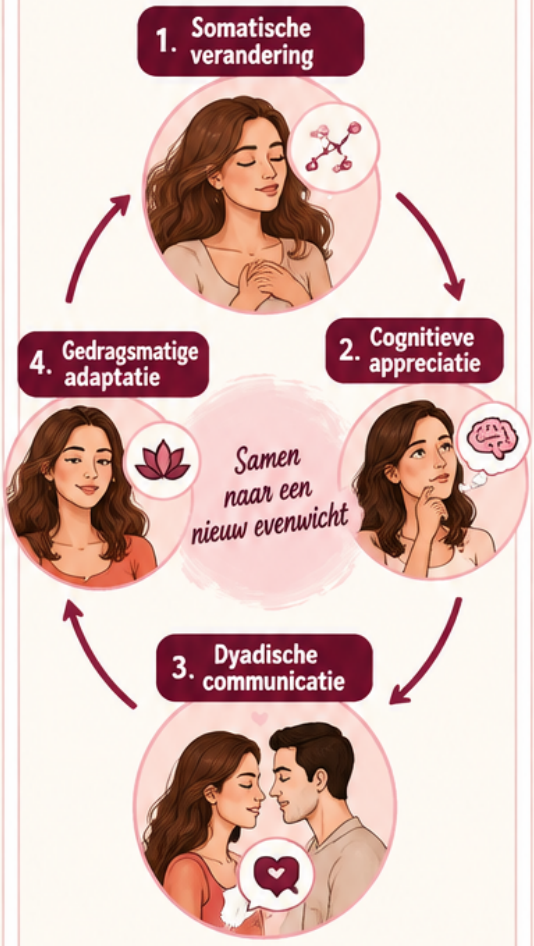
Klinische Context

Dit naslagwerk biedt psycho-educatieve structuur volgens de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en vervangt geen individuele medische diagnostiek of behandeling. Domeinspecifieke terminologie dient conform richtlijnen multidisciplinair te worden geëvalueerd.

Cyclisch Model: Psychoseksuele Adaptatie en Transities

Biologische transities interageren voortdurend met intrapsychische verwerking, lichaamsbeleving en de dyadische dynamiek. Een veranderende respons vraagt om adaptieve heroriëntatie van de seksuele interactie.

- **Fase 1: Somatische verandering** (hormonale shift, weefselverandering, perineumherstel of atrofie).
- **Fase 2: Cognitieve en affectieve verwerking** (zelfbeeld, vrees voor dyspareunie, veranderde seksuele verlangenscyclus).
- **Fase 3: Dyadische communicatie en** partnerinteractie (verwachtingsmanagement, aanpassing van intimiteitsvormen).
- **Fase 4: Integratie en gedragsmatige adaptatie** (verbreden van het seksueel repertoire, gebruik van lubricatie of medische ondersteuning).



Klinische Evaluatie en PLISSIT-Interventie

Zorgprofessionals integreren het getrapte PLISSIT-model en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid om klachten over intimiteit tijdig te signaleren, bespreekbaar te maken en doelgericht te interveniëren.

- **P (Permission):** Normaliseer veranderde beleving tijdens routineconsulten ("Rondom deze transitie ervaren velen veranderingen in intimiteit; hoe is dat voor u?").
- **LI (Limited Information):** Bied gerichte psycho-educatie over fysiologische hersteltijd, vaginale atrofie en responsveranderingen.
- **SS (Specific Suggestions):** Geef concrete adviezen omtrent niet-pijnlijke prikkeling, ontlastende houdingen, bekkenbodemontspanning en kwalitatieve glijmiddelen.
- **IT (Intensive Therapy):** Verwijs bij persisterende dyspareunie, bekkenbodemhypertonie of partnerconflicten naar een geregistreerd seksuoloog NVVS of bekkenfysiotherapeet.

Verwijscriterium

Bij persisterende genito-pelviene pijn of urogenitale bloeding is altijd somatische uitsluiting door huisarts of gynaecoloog geïndiceerd alvorens gedragsmatige oefentherapie te continueren.

1. **Signalering en Toestemming**
   Expliciet exploderen van het taboe door proactief te informeren naar seksueel functioneren binnen de perinatale of overgangsanamnese.
2. **Differentiaaldiagnostiek**
   Onderscheid maken tussen fysiologische oestrogeendeficiëntie (GSM), littekenweefsel na ruptuur/episiotomie, en secundaire bekkenbodemoveractiviteit.
3. **Interventie en Terugvalpreventie**
   Opstellen van een stapsgewijs plan met **sensate-focusprincipes**, educatie over glijmiddeler op siliconen- of waterbasis, en **gerichte opvolging.**

? Is er sprake van aanhoudende oppervlakkige pijn of branderigheid bij penetratie?

Aanwezigheid van weefselatrofie, droogheid of perineale pijn	Afwezigheid van somatische afwijkingen, vrees voor pijn staat centraal
Evalueer lokale oestrogeentherapie met arts/gynaecoloog en verwijs zo nodig naar geregistreerd bekkenfysiotherapeut voor spiertonusbeoordeling.	Start psycho-educatie en sensate focus gericht op ontspanning, niet-penetratieve intimiteit en verlaging van seksuele prestatiedruk.

SENSATE FOCUS — GRADUELE HERSTELMETHODE
van Masters en Johnson

THEORETISCH KADER & WERKINGSMECHANISME

Sensate Focus is een gedragstherapeutische methodiek ontwikkeld door Masters en Johnson binnen de sekstherapie. Het doel is het doorbreken van de vicieuze cirkel van prestatieangst, toeschouwersgedrag ('spectatordom') en autonome overactivatie door middel van gestructureerde, graduele aanrakingsoefeningen in een veilige context.

- **Inbedding in het PLISSIT-model:** toepasbaar als Specific Suggestions (SS) of binnen een Intensive Therapy (IT) traject conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.
- **Systematische desensitisatie:** stapsgewijze blootstelling aan tactiele stimuli zonder prestatiedoel reduceert angst en sympathische overprikkeling.
- **Aandachtsverschuiving:** transitie van doelgericht presteren (coïtus, erectie, orgasme) naar sensorische gewaarwording in het hier-en-nu (mindfulness-component).
- **Herstel van veilige non-verbale communicatie** en duidelijke begrenzing tussen partners.

Klinische Disclaimer & Context

Dit educatieve overzicht vervangt geen specialistisch klinisch oordeel of individuele medische diagnostiek. Vóór publicatie dient domeinspecifieke terminologie geverifieerd te worden door een gekwalificeerd seksuoloog NVVS.

De Fasen van Sensate Focus

Het protocol verloopt stapsgewijs waarbij strikte coïtus- en prestatieverboden gelden om de anticipatieangst te elimineren. Pas wanneer een fase ontspanden en zonder dwang verloopt, wordt de volgende fase geïnitieerd.

- **Coïtusverbod:** essentieel randvoorwaarde gedurende de gehele initiële en intermediaire fase om faalangst te neutraliseren.
- **Wederzijdse feedback:** de ontvangende partner stuurt aan via hand-over-hand techniek of neutrale verbale aanwijzingen.
- **Normalisatie van afleidende gedachten:** opmerken zonder oordeel en rustig terugkeren naar de fysieke sensatie.

FASE 1: NIET-GENITALE AANRAKING

Wederzijdse streling van het gehele lichaam met strikte uitsluiting van borsten en genitaliën. Doel: tactiele exploratie van warmte, textuur en druk zonder seksueel oogmerk of prestatiedruk.

Vier fasen, één doel: ontspanning en verbinding

FASE 2: GENITALE AANRAKING ZONDER COÏTUS

Uitbreiding van aanraking naar borsten en genitaal gebied. Verkenning van sensaties zonder het doel een erectie, bevochtiging of orgasme te forceren of te behouden.

FASE 4: GELEIDELIJKE INTEGRATIE VAN PENETRATIE

Voorzichtige niet-doelgerichte introductie van coïtus (aanvankelijk bewegingsloos 'bevatten'), met behoud van ontspanning en onmiddellijke terugvaloptie naar eerdere fasen bij spanning.

FASE 3: AANRAKING MET OPWINDING & VARIATIE

Gerichte stimulatie met wederzijdse feedback en dosering van intensiteit ('stop-start' of modulatie) zonder penetratieve dwang; acceptatie van wisselende opwindingsniveaus.

Hoe te handelen bij optreden van prestatieangst of spierspanning tijdens een oefenfase?

Acute spanning, vermijdingsdrang of bekkenbodemhypertonie treedt op	→ Oefening direct pauzeren, ademhaling reguleren en terugkeren naar de voorgaande ontspannen fase (bijv. niet-genitaal strelen).
Aanhoudende weerstand of relationele frictie over deelname	→ Oefeningen tijdelijk staken; bespreek relationele dynamiek en disfunctionele cognities in een consult (conform IT-niveau).

KLINISCHE TOEPASSING & CHECKLIST CONSULTATIE

Implementatie van Sensate Focus binnen de klinische praktijk vereist heldere randvoorwaarden, systematische psycho-educatie en een veilige gespreksopening conform de richtlijnen van GGZ en V&VN.

- **Verken relationele veiligheid:** contra-indicaties omvatten actueel relationeel geweld, dwingende controle of ernstige niet-behandelde depressie.
- **Gebruik het PLISSIT-kader** om toestemming te vragen (Permission) alvorens specifieke opdrachten (Specific Suggestions) mee te geven.
- **Differentiaaldiagnostische screening** op somatische en medicamenteuze interferenties (bijv. bekkenbodemdysfunctie of zenuwletsel).

Aandachtspunt Evaluatie

Evalueer niet of de sessie 'succesvol' was in termen van lust of erectie, maar endorreek de mate van opgemerkte spanning, comfort en open communicatie.

Geadviseerde Oefenfase (1, 2, 3 of 4)

Geïdentificeerde Vermijdingspatronen / Cognitieve Remmers

Gemaakte Partnerafspraken & Frequentie

Evaluatie- en Terugkoppeldatum Consult

Mindmap Kaart: Cognitieve Sekstherapie en Spectatoring

Kerntheorie: Cognitieve Factoren en Zelfobservatie

Seksuele opwinding en bevrediging vereisen gerichte aandacht voor erotische en sensorische prikkels. Disfunctionele seksuele cognities (irrationele overtuigingen, prestatie-eisen en catastroferende gedachten) leiden tot verhoogde autonome spanning en verplaatsen de aandacht van sensaties naar prestatiebeoordeling.

- **Spectatoring** (Masters & Johnson): het innemen van een afstandelijke toeschouwersrol waarin de eigen lichamelijke respons continu kritisch wordt gemonitord.
- **Prestatiedruk** (Performance Anxiety): irreële normen over erectieduur, coïtuslengte, orgasmeverplichting of fysieke aantrekkelijkheid.
- **Automatische negatieve gedachten:** anticiperend falen ('het gaat weer mislukken", 'ik stel mijn partner teleur') inhibeert de parasympathische balans die essentieel is voor opwinding.
- **Vermijdingsgedrag:** uit angst voor vermeend seksueel falen worden intimiteit en lichamelijke aanraking systematisch ontweken.

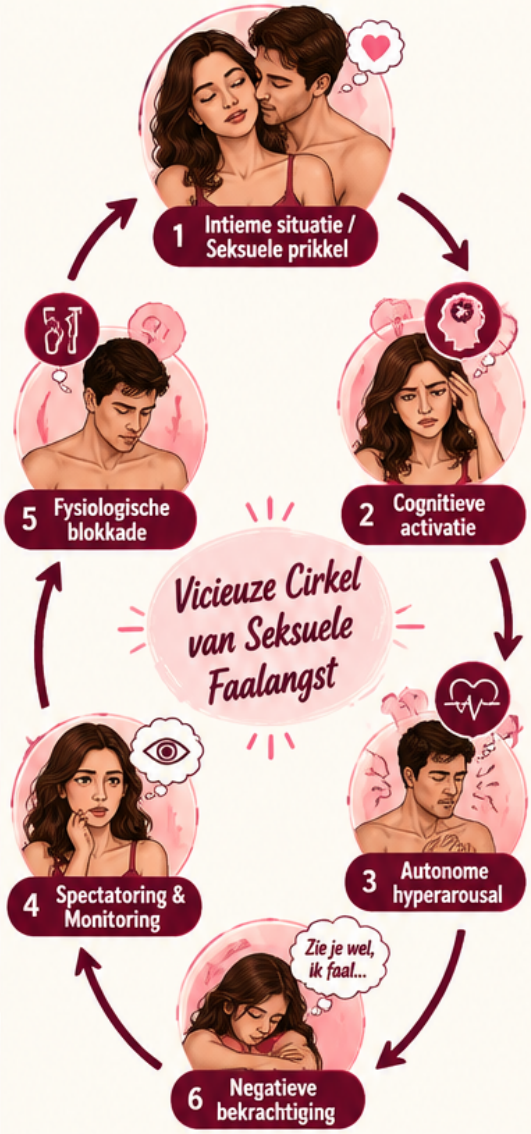
Klinische Context

Conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties richt cognitieve herstructurering zich op het signaleren, uitdagen en ombuigen van remmende cognities rondom lichamelijk initiatief, faalangst en negatieve zelfwaardering.

De Vicieuze Cirkel van Seksuele Faalangst

Het onderhouden van seksuele disfuncties volgt veelal een zelfversterkende cyclische dynamiek waarin cognitieve interpretaties de fysiologische respons direct blokkeren.

1. **Intieme situatie / Seksuele prikkel:** aanraking of intentie tot fysieke intimiteit.
2. **Cognitieve activatie:** opduiken van disfunctionele overtuigingen ('ik moet nu persteren", 'mijn lichaam laat me in de steek').
3. **Autonome hyperarousal:** toename van sympathische activiteit (verhoogde hartslag, spierspanning, angst) ten koste van vasodilatatie.
4. **Spectatoring & Monitoring:** continue focus op erectiestijfheid of vaginale bevochtiging in plaats van erotische stimuli.
5. **Fysiologische blokkade:** afname van genitale respons (erectieverlies of verminderde lubricatie).
6. **Negatieve bekrachtiging:** 'Zie je wel, ik faal', leidend tot schaamte, schuldgevoel en hernieuwd vermijdingsgedrag.



Klinisch Stappenplan: Cognitieve Interventies & Herstructurering

Binnen de sekstherapeutische praktijk (PLISSIT-niveaus Specific Suggestions en Intensive Therapy) worden CGT-interventies gecombineerd met gedragsmatige opdrachten om de vicieuze cirkel te doorbreken.

1. **Psycho-educatie over Seksuele Respons**
   Normaliseer fluctuaties in opwinding. Leg het mechanisme van sympathische remming (vecht-vlucht) en parasympathische facilitering uit. Verduidelijk het fenomeen spectatoring.
2. **Gedachtenregistratie & Identificatie**
   Laat de cliënt concrete automatische gedachten voorafgaand aan en tijdens intieme momenten bijhouden (G-schema: Gebeurtenis, Gedachte, Gevoel, Gedrag, Gevolg).
3. **Socratisch Uitdagen van Mythen**
   Onderzoek de evidentie: "Welke harde bewijzen zijn er dat een erectie ononderbroken aanwezig moet blijven?" Toets rigide assumpties en perfectionistische standaarden.
4. **Formulogren van Helpende Alternatieven**
   Vervang disfunctionele eisen door accepterende cognities: "Opwinding komt in golven; als mijn focus verslapt, breng ik mijn aandacht vriendelijk terug naar de aanraking."
5. **Gedragsexperimenten met Sensate Focus**
   Introduceer sensate focus vonder prestatiedoel (verbod op coïtus en orgasme) om spectatoring actief te ontmoedigen en zintuiglijke gewaarwording te herstellen.

Klinische Differentiatie & Beslisboom: Focus & Zelfobservatie

Evalueer tijdiens de intake of de spectatoring primair van aard is of onderhouben wordt door somatische factoren of bredere psychiatrische comorbiditeit.

Wat is de primaire aanjager van de zelfobservatie en prestatiedruk?

Geïsoleerde seksuele faalangst bij afwezighied van somatische pathologie
→ Zet sensate focus in combinatie met cognitieve herstructurering en psycho-educatie in conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

Fysieke pijnklachten (bijv. dyspareunie of bekkenbodem-hypertonie)
→ Prioriteer somatische diagnostiek en consulteer/verwijs naar een geregistreerd bekkenfysiotherapeut of arts alvorens cognitieve exposure te starten.

Gegeneraliseerde angststoornis, depressie of traumatische voorgeschiedenis
→ Behandel of verwijs voor de onderliggende As-I problematiek; sekstherapie integreren binnen een breder stepped-care GGZ-behandelkader.

Seksuologische Casusregistratie: Cognitieve Analyse

Gebruik onderstaande werkvelden voor het systematisch vastleggen van disfunctionele cognities en opgestelde helpende overtuigingen tijdens de consultvoering.

Disclaimer & Domeincontrole

Dit leermiddel dient als consultatie- en studiemateriaal voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische of psychologische diagnostiek. Domeinspecifieke terminologie dient conform richtlijnen multidisciplinair geëvalueerd te blijven.

Geïdentificeerde disfunctionele kerngedachte / prestatie-eis:

Mate van spectatoring (frequentie en focus van zelfobservatie):

Socratisch geformuleerde helpende alternatieve cognitie:

Gekozen gedragsmatige oefening (bijv. Sensate Focus fase I/II):

MODULE 01 — KAART 21 — KLINISCHE SEKSUOLOGIE

Biopsychosociale Intake: Conceptuele Pijlers

Een seksuologische intake vereist een systematische verkenning van biologische factoren, psychologische dynamieken en relationele contexten om de precieze hulpvraag te verhelderen.

Somatische screening: medicatiegebruik, comorbiditeit, hormonale status en pelviene chirurgie

Psychologische factoren: prestatiedruk, angst, lichaamsbeeld en cognities

Relationele context: partnerdynamiek, hechtingsstijl, intimiteitsbeleving en dyadische communicatie

PLISSIT-Gespreksstructuur in de Intake

Het PLISSIT-model structureert het intake- en exploratietraject van laagdrempelig bespreekbaar maken tot gerichte verwijzing.

1. **Permission** (Toestemming)
   Proactief normaliseren en expliciet toestemming vragen om seksualiteit en intimiteit als regulier gezondheidsthema te exploreren.
2. **Limited Information** (Gerichte Psycho-educatie)
   Verstrekken van gerichte fysiologische feiten, anatomische uitleg en het ontkrachten van seksuele mythes.
3. **Specific Suggestions** (Gerichte Suggesties)
   Concentreer adviezen op praktische communicatieafspraken, leefstijl of sensate focus binnen de grenzen van de basiscompetentie.
4. **Intensive Therapy** (Gespecialiseerde Behandeling)
   Tijdige verwijzing naar geregistreerde sekstherapeut of multidisciplinair bekkenbodemteam bij complexe problematiek.

1. PERMISSION (Toestemming)

Proactief normaliseren en expliciet toestemming vragen om seksualiteit en intimiteit als regulier gezondheidsthema te exploreren.

2. LIMITED INFORMATION (Gerichte Psycho-educatie)

Verstrekken van gerichte fysiologische feiten, anatomische uitleg en het ontkrachten van seksuele mythes.

3. SPECIFIC SUGGESTIONS (Gerichte Suggesties)

Concentreer adviezen op praktische communicatieafspraken, leefstijl of sensate focus binnen de grenzen van de basiscompetentie.

4. INTENSIVE THERAPY (Gespecialiseerde Behandeling)

Tijdige verwijzing naar geregistreerde sekstherapeut of multidisciplinair bekkenbodemteam bij complexe problematiek.

Gesprekstechnieken & Klinische Verdieping

Klinische communicatiestrategieën voor het exploreren van seksuele gezondheid conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn.

- **Normaliserende openingsvraag:** *"Bij uw klachten zien we geregeld veranderingen in intimiteit of seksualiteit; hoe ervaart u dit zelf?"*
- Actieve verkenning van de partnerdimensie en onderlinge verwachtingen
- Heldere taakafbakening: blijf binnen de eigen professionele deskundigheid en verwijs tijdig door bij complex trauma of aanhoudende pijnklachten

Klinische Disclaimer & Domeinreview

Dit educatieve overzicht vervangt geen formele klinische diagnostiek of gespecialiseerd behandelplan. Terminologie en protocollen dienen vóór publicatie aan externe domeincontrole door een seksuoloog NVVS te worden getoetst.

Is er sprake van aanhoudende genito-pelviene pijn of ernstige psychische lijdensdruk?

Ja

Verwijs direct door voor gespecialiseerde medische en seksuologische diagnostiek (stap IT in PLISSIT).

Nee

Bied psycho-educatie en gerichte leefstijl- en communicatieadviezen binnen de eerste- of tweedelijnszorg.

MODULE 01 — KAART 21 — KLINISCHE SEKSUOLOGIE

Betrokkenheid van de Partner – Interactionele Dynamiek en Circulaire Bevraging

Systeemgericht Perspectief: Partnerbetrokkenheid in de Seksuologie

Seksuele disfuncties manifesteren zich vrijwel altijd binnen een relationele context. Conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn is actieve partnerbetrokkenheid essentieel voor probleemhelderheid, differentiatie en het behandelplan. Verkeerde aannames over wat de partner voelt of verlangt houden seksuele klachten dikwijls ongemerkt in stand.

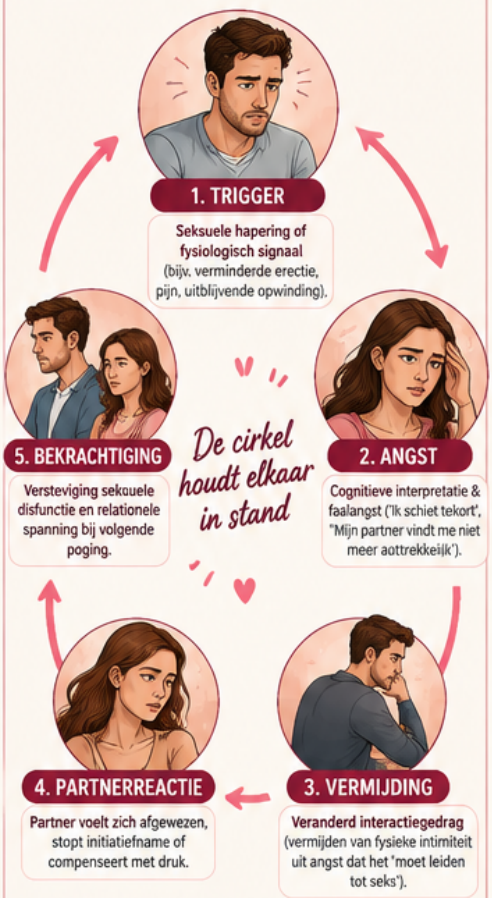
- **Relationele inbedding:** De seksuele klacht van partner A beïnvloedt direct de beleving, respons en satisfactie van partner B.
- **Discrepantie in perceptie:** Cliënten schatten gedachten, afwijzing en teleurstelling van de partner dikwijls somberder of anders in dan de werkelijkheid.
- **Systemische instandhouding:** Vermijding, pleasen of prestatiedruk fungeren als onbedoelde bekrachtigers van de disfunctie.
- **Contra-indicaties partnerbetrokkenheid:** Intieme partnergeweld/misbruik, actuele geheime derdenrelatie of acute onveiligheid.

Klinische Disclaimer

Dit leermiddel dient ter psycho-educatie en professionele reflectie binnen consultvoering. Het vervangt geen individuele klinische diagnostiek of multidisciplinaire indicatiestelling.

De Instandhoudende Interactiecirkel (Circulaire Feedbackloop)

Interactiepatronen bij seksuele problemen verlopen circulair. Een initiële somatische of cognitieve hapering leidt tot intrapsychische spanning, relationele terugtrekking en wederzijdse vermijding, wat de disfunctie bij een volgend initiatief verder bekrachtigt.



Aandachtspunt Interactie

Vermijding van niet-seksuele affectie (zoals knuffelen of zoenen) is vaak het eerste teken dat de circulaire angstloop actief is.

Circulaire Bevraging & Gesprekprotocol

Circulaire vraagstelling helpt partners elkaars perspectief, reacties en aannames zonder oordeel te expliciteren. Ondersesande stappenstructuur volgt de relationele intake en afstemming binnen de PLISSIT-niveaus (Permission & Limited Information).

1. **Stap 1: Toestemming & Normalisatie (P)**
   Vraag expliciet toestemming aan beide partners om seksualiteit en de onderlinge interactie te bespreken. Normaliseer dat relationele wrijving en spanning frequent voorkomen bij intieme klachten.
2. **Stap 2: Circulaire Exploratie van Percepties**
   Verken wederzijdse interpretaties via circulaire vragen: "Wat denkt u dat er in uw partner omgaat wanneer het vrijen stopt?" en "Wat merkt uw partner op dat moment aan uw reactie?"
3. **Stap 3: Deductie van de Vermijdingsketen**
   Breng in kaart hoe affectie en aanrakingen zijn veranderd. Brengt het stel nog tijd samen door zonder dat er impliciet seksuele prestatie-verwachting heerst?
4. **Stap 4: Herkadering & Psycho-educatie (LI)**
   Herkader de disfunctie van een individueel 'falen' naar een relationele dans die beiden beinvoledt. Introduceer desgewenst ontpsansen intimiteit zonder doelgerichtheid.

Klinische Beslisboom: Partnerbetrokkenheid bij Intake

Leidraad voor de zorgprofessional bij de afweging om de partner direct uit te nodizen voor gezamenlijke sessies conform Zorgstandaard en veiligheidscriteria.

Is gezamenlijke consultatie met de partner op dit moment veilig en geïndiceerd?

Aanwijzingen voor intieme partner-onveiligheid, geweld of dwingende controle	Er is sprake van actuele geheimhouding (bijv. een buitenechtelijke relatie) of extreme schaamte rond trauma	Wederzijdse bereidheid en een veilige basisrelatie aanwezig
Nodig de partner NIET uit. Garandeer individuele veiligheid, verhelder grenzen en verwijs zonodig door naar gespecialiseerde hulpverlening.	Voer eerst individuele gesprekken met de indexcliënt om behandeldoelen, autonomie en de gewenste communicatie naar de partner toe te verhelderen.	Nodig beide partners uit voor een gezamenlijk consult; inventariseer interactiepatronen en start circulaire diagnostiek conform het PLISSIT-model.

Praktijknotities & Interactie-inventarisatie

Veldobservaties en notities ten behoeve van het gezamenlijke consult en overleg.

Geïdentificeerde interactielus (initiator/terugtrekker)

Geregistreerde discrepantie tussen aanname en werkelijk partnergevoel

Afgesproken relationeel doel of oefenkader (bijv. sensate focus)

MODULE 06 — KAART 23 — KLINISCHE SEKSUOLOGIE:
Parafiele Stoornissen
DSM-5 Criteria en Differentiatie met Parafiel Gedrag

Conceptueel Onderscheid: Parafilie versus Parafiele Stoornis

Conform de DSM-5 en seksuologische richtlijnen is een parafilie op zichzelf geen psychiatrische stoornis. Een parafilie betreft elke intense en aanhoudende seksuele interesse in andere zaken dan genitale stimulatie of relationele voorbereiding met fenotypisch normale, instemmende volwasssen partners. Pas wanneer een parafilie leidt tot klinisch significante lijdensdruk, functionele beperkingen of schade/gevaar aan derden (of niet-instemmenden), kwalificeert dit als een parafiele stoornis.

- **Parafilie:** atypische seksuele interesse of voorkeur (zoals voyeurisme, fetisjisme, sadomasochisme) zonder dat er sprake is van subjectief lijden, dwangmatigheid of schending van instemming.
- **Parafiele Stoornis:** vereist conform DSM-5 zowel criterium A (specifieke parafiele focus gedurende minstens 6 maanden) als criterium B (aantoonbare lijdensdruk, beperkingen in sociaal/beroepsmatig functioneren, of direct gevaar/schade voor anderen).
- **Klinische consensus:** consensusgerichte BDSM of fetisjistische praktijken tutssen instemmende volwassenen zijn geen pathologie zolang wederzijdse instemming en welzijn behouden blijven.

Kader Differentiatie & Normalisatie

Onderzoek binnen de seksuele gezondheidszorg benadrukt dat non-conformistische seksuele variaties niet automatisch gepsychopathologiseerd mogen worden. Vraag actief naar lijdensdruk en relationele context.

Klinisch Evaluatiemodel: Van Atypisch Verlangen tot Beoordeling

De beoordeling verloopt systematisch via vier fasen om seksuele variatie zorgvuldig af te bakenen van klinische stoornissen en forensische risico's.

1 Karakterisering van het seksuele verlangen

Breng de aard, frequentie en duur van de seksuele fantasieën, drang of gedragingen in kaart. Controleer of de specifieke focus minstens 6 maanden consistent aanwezig is.

Van variatie naar juiste beoordeling

2 Beoordeling van instemming en contextualisering

Evalueer of de uiting plaatsvindt met instemmende volwassenen (bijv. BDSM) dan wel gericht is op niet-instemmende individuen (bijv. exhibitionisme, frotteurisme, pedofilie).

4 Differentiatie en Classificatie

Stel vast of er sprake is van een goedaardige parafiele interesse, een behandelbare parafiele stoornis, of een situatie met forensische meldingsplicht/veiligheidsrisico.

3 Toetsing van Lijdensdruk (Criterium B)

Onderzoek of het individu lijdt onder de eigen drang (egodystoon) versus uitsluliend lijdt onder maatschappelijke veroordeling of schaamte (sociale afwijzing).

Beslisboom: Parafiele Interesse versus Parafiele Stoornis

Volg deze beslisstructuur tijdens de intake of diagnostische fase om te bepalen of een seksuologische of psychiatrische indicatiestelling noodzakelijk is.

Is er sprake van een parafiele interesse gedurende minimaal 6 maanden?

Geen schade aan derden, geen niet-instemmenden, geen subjectieve lijdensdruk of functionele beperking	Wederzijdse instemming aanwezig, maar de cliënt ervaart ernstige innerlijke schuld, angst of partnerconflicten (egodystonie)	Gedrag richt zich op niet-instemmende personen, verorzzabst direct fysiek/psychisch gevaar of resulteert in wetsovertredingen
Goedaardige parafiele interesse / seksuele variatie	**Evalueer Criterium B**	**Parafiele stoornis**
Bied eventueel psycho-educatie (PLISSIT niveau LI) en normalisatie; geen psychiatrische stoornisclassificatie vereist.	Onderzoek of het lijden voorttomt uit geinternaliseerd stigma dan wel dwangmatig verlies van controle. Bied gerichte sekstherapie of cognitieve gedragstherapie.	Voldoet aan DSM-5 criteria voor parafiele stoornis. Borg direct de veiligheid van betrokkenen, overweeg forensisch-seksuologische doorverwijzing en multidisciplinaire interventie.

Klinische Toepassing & Checklist voor Seksuologische Consultatie

Gebruik onderstaande checklist tijdens de klinische anamnese conform de kwalitietsrichtlijnen en de Zorgstandaard.

- **Toestemming & Exploratie** (PLISSIT-P): Creëer een veilige, niet-veroordelende setting om seksuele voerkeuren expliciet bespreekbaar te maken.
- **Anamnese van Consent:** Controleer of alle handelingen berusten op geinformeerde, continue en vriwillige instemming.
- **Beoordeling van Beheersing:** Breng in kaart in hoeverre de cliënt controle ervaart over de seksuele impulsen en of er sprake is van impulsdoorbraken.
- **Impactanalyse:** Documenteer belemmeringen in relaties, werk, intimiteit en algemeen psychisch functioneren.
- **Domeinspecifieke toetsing:** Vóór formele diagnose dient evaluatie door een gekwalificeerd seksuoloog of psychiater plaats te vinden.

Disclaimer & Domeinbeoordeling

Deze kaart dient als psycho-educatief en klinisch referentiemateriaal voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische of forensisch-psychiatrische diagnostiek. Domeinspecifieke terminologiecontrole door een vakdeskundige is vereist vóór definitief klinisch gebruik.

Parafiele focus en duur (minimaal 6 maanden gedocumenteerd):

Aard van de lijdensdruk (persoonlijk, sociaal, relationeel of forensisch risico):

Gekozen vervolgstap (educatie, CGT, sensate focus of forensische verwijzing):

MODULE 08 — KAART 24 — KLINISCHE SEKSUOLOGIE
BDSM, KINK EN ALTERNATIEVE SEKSUALITEIT: NIET-PATHOLOGISERENDE ZORGVERLENING

Kink-bewuste Zorgverlening en Begripskaders

Kink, BDSM en alternatieve seksualiteits-belevingen worden binnen de hedendaagse seksuologie en de geautoriseerde Zorgstandaard Seksuele Disfuncties beschouwd als gezonde expressievormen van menselijke seksualiteit, mits er sprake is van wederzijdse instemming en welzijn.

In de klinische praktijk is een kink-bewuste en sekspositieve attitude vereist om ongerechtvaardigde pathologisering te voorkomen.

- **SSC-beginsel:** Safe, Sane, Consensual vormt het traditionele ethische fundament voor risicobeperking en vrijwilligheid.
- **RACK-model:** Risk-Aware Consensual Kink erkent dat bepaalde handelingen inherente risico's dragen die geinformeerd en weloverwogen worden aanvaard.
- **PRICK-kader:** Personal Responsibility, Informed Consensual Kink legt nadruk op individuele verantwoordelijkheid en doorloponde communicatie.
- **Onderscheid DSM-5:** Parafiele interesses versus parafiele stoornissen (criteria vereisen klinisch significant lijden of gevaar voor anderen).

Ethische Kaders in Context

Het hanteren van SSC of RACK biedt cliënten een gestructureerde taal om grenzen, veiligheidsafspraken en noodsignalen (zoals 'safewords') expliciet af te stemmen.

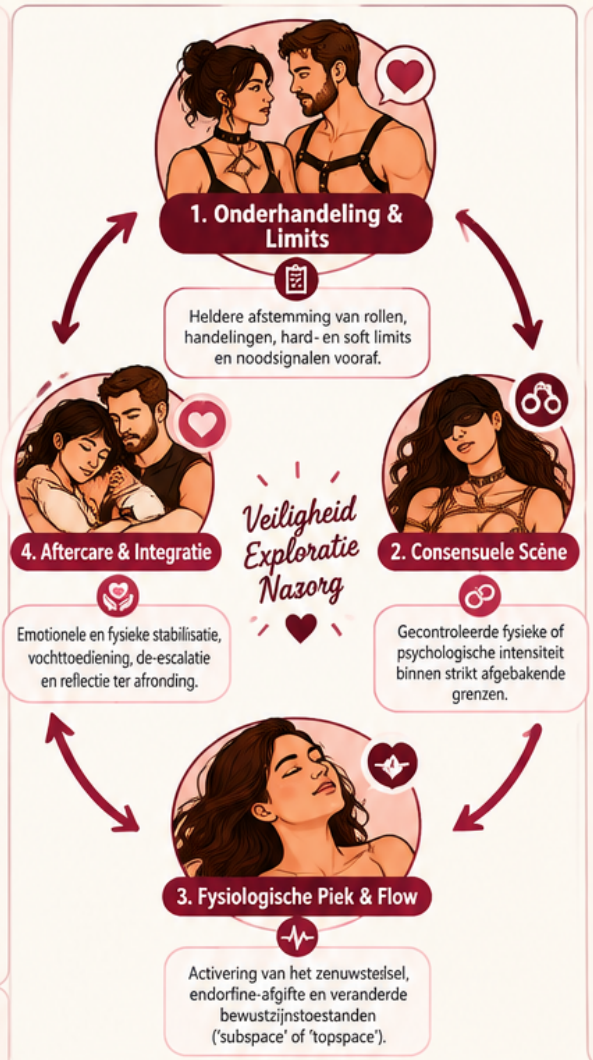
Cyclisch Model: De Kink- en BDSM-Dynamiek

Binnen consensuele kink- en BDSM-interacties verloopt het proces via een herkenbare cyclische dynamiek waarin veiligheid, exploratie en nazorg op elkaar aansluiten. Dit model helpt behandelaren om de context van een cliënt te begrijpen zonder te vervallen in vooroordelen.

- **Onderhandeling en Intentie:** Heldere afstemming van rollen, handelingen, hard- en soft limits en noodsignalen vooraf.
- **Consensuele Scène:** Gecontroleerde fysieke of psychologische intensiteit binnen strikt afgebakende grenzen.
- **Fysiologische Piek:** Activering van het zenuwstelsel, endorfine-afgifte en veranderde bewustzijnstoestanden ('subspace' of 'topspace').
- **Aftercare en Integratie:** Emotionele en fysieke stabilisatie, vochttoediening, de-escalatie en reflectie ter afronding.

Belang van Aftercare

Fysieke en psychologische drop na een intense scène is een fysiologische reactie op dalende hormoonspiegels; degelijke nazorg voorkomt kwetsbaarheid en verwarring.



Klinische Differentiatie en Besluitvorming

Zorgverleners dienen op systematische wijze onderscheid te maken tussen gezonde kink-beleving en reële psychopathologie of trauma-gerelateerde problematiek.

- **Beoordeel instemming:** is er sprake van autonome, geinformeerde en herroepbare toestemming van alle betrokkenen?
- **Evalueer lijdensdruk:** Komt het lijden voort uit de kink zelf of uit maatschappelijk stigma en schaamte (minderheidsstress)?
- **Check veiligheidsmanagement:** Zijn er afspraken over grenzen, fysieke veiligheid en noodstoppen aanwezig?

Is er sprake van klinisch significante lijdensdruk of risico op schade bij de kink-uiting?

Consensueel, geen disfunctionele lijdensdruk, enkel schaamte door sociaal stigma of relationele wrijving	Aanwezigheid van dwang, verlies van controle, niet-consensueel gedrag of ernstige zelfbeschadiging zonder veiligheidskader
Pas **PLISSIT** toe (Permission & Limited Information): normaliseer seksuele diversiteit, bied psycho-educatie over communicatie en vermijd onterechte psychiatrische labels.	Evalueer conform DSM-5-criteria voor parafiele stoornissen of trauma-gerelateerde stoornissen; verwijs door naar gespecialiseerde seksuologische GGZ.

Klinische Toepassing via het PLISSIT-Model

Interventies bij hulpvragen rond kink en alternatieve seksualiteit verlopen volgens de vier niveaus van het PLISSIT-model, afgestemd op de deskundigheid van de zorgprofessional.

1 Permission (P)

Toestemming geven om openlijk over kink te spreken zonder oordeel. Gebruik neutrale, niet-pathologiserende vragen zoals: 'Spelen kink, rollenspel of BDSM een rol in uw seksuele leven en ervaart u daarin zorgen?'

2 Limited Information (LI)

Psycho-educatie verstrekken over het onderscheid tussen parafiele interesses en stoornissen, het normaliseren van diversiteit en het bespreken van de concepten SSC en RACK.

3 Specific Suggestions (SS)

Concrete suggesties doen rondom communicatieprotocollen, grenzen stellen, onderhandelen, 'safewords' en adequate aftercare bij relationele misverstanden.

4 Intensive Therapy (IT)

Verwijzing naar een gergeistreerd NVVS-seksuoloog of gespecialiseerde GGZ wanneer er sprake is van diepgewortelde trauma's, hechtingsproblematiek of ernstige relationele ontwrichting.

Klinische Disclaimer

Deze geplastificeerde consultatiekaart is bedoeld als psycho-educatief naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische of seksuologische diagnostiek en behandeling.

Klinische Toepassing in de Praktijk

Een kink-bewuste, sekspositieve en niet-pathologiserende benadering bevordert vertrouwen, openheid en betere behandeluitkomsten. Het respecteren van diversiteit in seksuele expressie is essentieel voor passende en veilige zorg.

Diversiteit is geen stoornis, maar een vorm van menselijke seksualiteit.

MODULE 08 — KAART 24 — KLINISCHE SEKSUOLOGIE

ZORG MET KENNIS, RESPECT EN ZONDER OORDELEN

SEKSUELE ORIËNTATIE & MINORITY STRESS

Seksuele Oriëntatie en Zelfidentificatie

Seksuele oriëntatie omvat een spectrum van emotionele, romantische en erotische aantrekking tot personen van hetzelfde, een ander of meerdere geslachten.

Zelfidentificatie is een dynamisch proces waarin individuen betekenis verlenen aan hun gevoelens binnen een sociale context. Binnen de seksuologische consultvoering is het essentieel om gedrag, identiteit en aantrekking als afzonderlijke dimensies uit te vragen.

- **Aanttrekking:** subjectieve erotische en romantische voorkeuren ongeacht huidig gedrag.
- **Gedrag:** feitelijke seksuele handelingen en partnercontacten in het verleden en heden.
- **Identiteit:** de persoonlijke en sociale noemer (zoals lesbisch, homoseksueel, biseksueel, panseksueel of aseksueel) waarmee iemand zichzelf presenteert.

Klinische Disclaimer & Terminologie

Dit educatieve referentiemateriaal vervangt geen individuele diagnostiek of specialistische medische consultatie. Voor definitieve implementatie dient lokale domeinspecifieke terminologie geëvalueerd te worden conform de geldende GGZ Zorgstandaard en V&VN-richtlijnen.

Het Minority Stress Model (Meyer)

Het Minority Stress Model van Ilan Meyer verklaart hoe chronische sociale stressoren bij seksuele en genderrelateerde minderheden leiden tot verhoogde kwetsbaarheid voor psychische klachten en seksueel disfunctioneren. Deze stressoren variëren van externe vijandigheid tot geïnternaliseerde psychologische processen.

- **Distale stressoren:** objectieve externe gebeurtenissen zoals discriminatie, uitsluiting, micro-agressies en fysiek of verbaal geweld.
- **Verwachte afwijzing:** chronische waakzaamheid en angst voor stigmatisering of afwijzing in interpersoonlijke situaties.
- **Verberggedrag:** het actief maskeren of geheimhouden van de seksuele oriëntatie ter bescherming tegen negatieve reacties.
- **Geïnternaliseerde homonegatieve opvattingen:** het onbewust of bewust overnemen van maatschappelijke vooroordelen gericht tegen de eigen identiteit.

Klinische Toepassing en PLISSIT-Kader

Zorgprofessionals integreren minderhedenstress binnen de seksuologische anamnese met behulp van het getrapte PLISSIT-model, aansluitend **bij de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.**

P — Permission (P)
Expliciet en neutraal informeren naar seksuele identiteit en relatievormen zonder heteronormatieve aannames.

LI — Limited Information (LI)
Psycho-educatie over de wisselwerking tussen chronische stress, autonome respons en verminderd seksueel verlangen of opwinding.

SS — Specific Suggestions (SS)
Oefeningen gericht op communicatie, stressreductie en het doorbreken van vermijdingsstrategieën.

IT — Intensive Therapy (IT)
Verwijzing naar gespecialiseerde seksuologische of GGZ-behandeling bij complexe trauma's of diepgewortelde geïnternaliseerde schaamte.

Inclusieve Gespreksvoering

Stel neutrale open vragen zoals: 'Heeft u op dit moment een partner of belangrijke relaties?' en vermijd het automatisch veronderstellen van heteroseksualiteit.

Geregistreerde stressoren (distaal vs. proximaal)

Geregistreerde stressoren (distaal vs. proximaal)

Invloed op seksuele beleving en functioneren

Is er sprake van ernstige geïnternaliseerde stigma's of traumagerelateerde minderheden-stress die het functioneren blokkeert?

- **Ja, substantiële lijdensdruk of traumaklachten aameezig** → Bied psycho-educatie (LI) en verwijs door naar gespecialiseerde seksuologische zorg of psychotherapie (IT) conform de zorgstandaard.
- **Nee, milde klachten gerelateerd aan situationele communicatie of stress** → Zet gerichte adviezen en psycho-educatie in (LI/SS) rond ontspanning, partner-communicatie en identiteitsvalidatie.

GENDERINCONGRUENTIE EN DYSFORIE — BEGELEIDING EN WPATH RICHTLIJNEN

1. BEGRIPSBEPAILING EN DIAGNOSTISCHE KADERS

Genderidentiteit betreft het diepgevoelde innerlijke gevoel van iemands gender, dat al dan niet kan overeenkomen met het bij de geboorte geregistreerde geslacht (assignatie).

- **Genderincongruentie (ICD-11 HA60):** Gekenmerkt door een duidelijke en aanhoudende incongruentie tussen de ervaren genderidentiteit en het toegewezen geslacht; niet langer geclassificeerd als psychische stoornis, maar onder condities gerelateerd aan seksuele gezondheid.
- **Genderdysforie (DSM-5-TR):** Klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociaal, beroepsmatig of ander belangrijk functioneren als gevolg van de incongruentie.
- **Transgender en non-binair (TGNB):** Paraplutermen voor personen wier genderidentiteit verschilt van het geboortegeslacht, inclusief binaire (trans man/vrouw) en non-binaire identiteiten.
- **Klinische differentiatie:** Afgrenzen van normatieve genderexpressie-variatie, stoornissen in de seksuele ontwikkeling (DSD) en dysmorfe lichaamsstoornissen (BDD).

Evolutie in Classificatie

De verschuiving van Genderidentiteits-stoornis (DSM-IV) naar Genderdysforie (DSM-5) en Genderincongruentie in ICD-11 weerspiegelt de depathologisering van genderdiversiteit, waarbij de focus ligt op lijdensdruk en zorgaanspraak.

2. BIOPSYCHOSOCIAAL BEGELEIDINGSPAD (WPATH SOC-8)

Het begeleidingsproces volgt een gefaseerd, persoonsgericht en multidisciplinair traject conform de WPATH Standards of Care versie 8, gericht op autonomie, exploratie en geïnformeerde toestemming.

1 — Fase 1: Verkenning & Psycho-educatie

Validatie van identiteit, exploratie van gendergevoelens, psycho-educatie over gendertrajecten en vermindering van internaliseerde minderheidsstress.

2 — Fase 2: Sociale Transitie

Naams- en voornaamwoordwijziging, uiterlijke presentatie, communicatie naar naasten en werkomgeving/school zonder medische verplichting.

3 — Fase 3: Geïnformeerde Toestemming & Evaluatie

Bespreking van somatische wensen, verwachtingen, fertiliteitspreservatie, risico's en medische contra-indicaties conform het informed consent model.

4 — Fase 4: Medische Affirmatie (optioneel)

Genderaffirmerende hormonale therapie (GAHT) en chirurgische ingrepen gecoördineerd via een gespecialiseerd genderteam.

5 — Fase 5: Consolidatie & Seksuele Re-integratie

Ondersteuning bij lichaamsbeleving, herontdekking van seksueel verlangen en respons, bekkenbodembewustzijn en partnerrelaties.

WPATH SOC-8

3. KLINISCHE SEKSUOLOGISCHE BEGELEIDING EN PLISSIT-TOEPASSING

In de seksuologische praktijk richt de begeleiding zich op de integratie van genderidentiteit met intimiteit, lichaamsvreugde en seksueel welzijn.

- **Permission (P):** Expliciete ruimte bieden om seksualiteit, masturbatie, lichaamsdysforie tijdens intimiiteit en verlangens zonder taboe te bespreken.
- **Limited Information (LI):** Informatie over de invloed van hormoonbehandeling (o.a. veranderde erectiedynamiek, clitorale vergroting, libidoverschuivingen of atrofie van weefsels) op de seksuele respons.
- **Specific Suggestions (SS):** Gebruik van hulpmiddelen (packers, binders, dilators, glijmiddel!), communicatieprotocollen met sekspartners en niet-genitale sensate focus technieken.
- **Intensive Therapy (IT):** Doorverwijzing of behandeling van complexe trauma's, hechtingsproblematiek, ernstige seksuele aversie of relatiecrisis bij transitie.
- **Bekkenbodemzorg:** Educatief onderzoek en advies bij verhoogde bekkenbodemspanning of post-chirurgische hersteltrajecten.

Klinische Disclaimer & Terminologie

Deze educatieve kaart dient als naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele multidisciplinaire diagnostiek of medische indicatiestelling. Vakdeskundige terminologische toetsing blijft vereist voorafgaand aan formele zorgbeleidsimplementatie.

Beslissingsboom

Vertoont de cliënt acute lijdensdruk gerelateerd aan genderidentiteit of seksueel functioneren?

Cliënt zoekt uitsluitend exploratieve steun rond identiteit en intieme beleving	Cliënt wenst somatische genderbevestigende stappen (hormonen/chirurgie)	Cliënt ervaart ernstige depressie, minderheidsstress of suïcidaliteit
Bied psycho-educatie (PLISSIT LI-niveau), valideer de gender-ervaring en begeleid sensate focus met focus op comfortable lichaamszones.	Verwijs gericht door naar een gespecialiseerd genderteam of multidisciplinair netwerk; documenteer fertiliteits-wensen en psychosociale stabiliteit.	Prioriteer acute psychologische crisisinterventie en meld aan bij gespecialiseerde GGZ conform de geldende zorgstandaarden.

TRAUMAGEÏFORMEERDE SEKSUOLOGISCHE ZORG — IMPACT VAN GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traumageïnformeerde Seksuologische Zorg

Traumageïnformeerde zorg binnen de seksuologie vereist begrip van de neurobiologische impact van seksueel grensoverschrijdend gedrag en traumatisering op het seksueel functioneren. Conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid dienen behandelaars en zorgprofessionals zich bewust te zijn van de wisselwerking tussen somatische, psychologische en relationele factoren bij seksuele klachten.

- Vroegtijdige psycho-educatie over de fysiologische reacties op grensoverschrijding en trauma.
- Erkenning van hechtingsproblematiek en comorbide depressieve of angstklachten.
- Actieve toepassing van het PLISSIT-model (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy).
- Differentiaaldiagnostische scherpte conform DSM-5-criteria: uitsluiten van ontoereikende stimulatie of contextuele druk.

Klinische Disclaimer & Vaktoetsing

Deze geïllustreerde kaart dient uitsluitend voor educatieve en consultatieve onderstenning van gekwalificeerde professionals. Het vervangt geen individuele medische of psychotherapeutische diagnostiek. Domeinspecifieke medische en seksuologische terminologie dient conform vigerende standaarden multidisciplinair getoetst te worden.

Autonome Zenuwstelselreacties & Seksuele Aversie

Seksueel trauma ontregelt de autonome respons op intieme prikkels. Waar gezonde opwinding parasympathische ontspanning en selectieve sympathische activatie vraagt, triggeren trauma-associaties een acute verdedigingscyclus van het autonome zenuwstelsel.

- **Sympathische hyperarousal (Vechten / Vluchten):** acute toename van spiertonus, versnelde hartslag, agitatie en vermijdingsdrang.
- **Dorsaal vagale inhibitie (Bevriezen / Verdoven):** plotselinge dissociatie, verlies van lichamelijke gewaarwording, genito-pelviene vasoconstrictie en emotionele verdoving.
- **Geconditioneerde aversiecyclus:** aanraking activeert de gevaarlus in plaats van erotische focus, resulterend in secundaire opwindingsstoornissen of genito-pelviene pijn.

1. **Intieme Trigger & Dreigingsdetectie**
   Zintuiglijke of relationele toenadering activeert impliciete herinneringen aan grensoverschrijding via de amygdala.
2. **Neurovegetatieve Omschakeling**
   Het autonome zenuwsttelsel schakelt van sociale verbinding (ventraal vagaal) naar acute verdediging (sympathisch of dorsaal vagaal).
3. **Pelviene Defensierespons**
   Onwillekeurige contractie van de bekkenbodemmusculatuur, afname van lubrificatie of erectieverlies ter bescherming van het lichaam.
4. **Cognitieve & Emotionele Aversie**
   Beleving van walging, paniek of verdoving; consolidatie van vermijdingsgedrag en angst voor herhaling.

1. DREIGINGSDETECTIE

Zintuigiijke of relationele toenadering activeert impliciete herinneringen aan grensoverschrijding via de amygdala.

2. NEUROVEGETATIEVE OMSCHAKELING

Het autonome zenuwsttelsel schakelt van sociale verbinding (ventraal vagaal) naar acute verdediging (sympathisch of dorsaal vagaal).

3. PELVIENE DEFENSIERESPONS

Onwillekeurige contractie van de bekkenbodemmusculatuur, afname van lubrificatie of erectieverlies ter bescherming van het lichaam.

4. AVERSIE

Beleving van walging, paniek of verdoving: consolidatie van vermijdingsgedrag en angst voor herhaling.

De trauma-cyclus

"Trauma verandert het lichaam, de beleving en de reactie op intimiteit."

BEGRIP • VEILIGHEID • HERSTEL

Klinisch Handelingsprotocol & Gespreksvoering

Bij het signaleren en bespreken van seksueel trauma hanteert de zorgprofessional een transparante, proactieve en veilige benadering conform de V&VN-richtlijn.

- Transparantie bij lichamelijk onderzeek: leg altijd vooraf uit welke handeling wordt uitgeveerd en vraag expliciet toestemming.
- Grensbewaking: formuleer duidelijke kaders bij seksueel ontremd of overschrijdend gedrag en betrek zo nodig het multidisciplinaire team (MDO).
- Tijdige consultatie en verwijzing naar de gespecialiseerde seksuoloog NVVS of traumatherapeut via de sociale kaart.

Traumawaakzaamheid bij Handelingen

Vragen over seksualiteit of routinematige verpleegkundige/somatische handelingen kunnen onverwacht traumatriggerend werken. Vertel altijd wat u doet en waarom, en geef de regie terug aan de cliënt.

Geregistreerde autonome reacties tijdens intimiteit (hyper-/hypoarousal):

Geformuleerde kaders, grenzen en veiligheidsovereenkomst:

Geïndiceerd PLISSIT-niveau en vervolgverwijzing (NVVS / MDO):

Is er sprake van acute dissociatie of ernstige aversie bij intieme stimulatie?

Ja: cliënt dissocieert of vertoont paniek/verzet bij toenadering

→ Staak direct seksuele stimuli; pas sensomotorische aardingstechnieken toe; verwijs door naar gespecialiseerde traumabehandeling (Intensive Therapy).

Nee: milde vermijding of angst met behoud van spanningsregulatie

→ Bied psycho-educatie over het zenuwsteslel (Limited Information); start niet-seksuele sensate focus oefeningen gericht op veiligheid en regie (Specific Suggestions).

SEKSUELE AVERSIESTOORNIS EN FOBIEËN
Diagnostiek en Desensitisatie

KLINISCHE KENMERKEN EN DIFFERENTIATIE

Seksuele aversie en specifieke seksuele fobieën worden gekenmerkt door een hardnekkige afkeer, intense angst of walging bij reëel of voorgesteld seksueel contact. Deze aandoening dient zorgvdudig te worden onderscheiden van een hypoactief seksueel verlangen (HSDD), waarbij aversieve emoties ontbreken, en van posttraumatische stressreacties na seksueel grensoverschrijdend gedrag.

- **Kernemoties:** intense walging, paniek, fysiologische stress en actieve vermijding van genitaal contact, zoenen of seksuele intimiteit.
- **Fysiologische respons:** sympathische hyperarousal, misselijkheid, verhoogde spierspanning en bekkenbodemoveractiviteit als beschermingsrespons.
- **Differentiaaldiagnostiek:** onderscheid primair gebrek aan verlangen (HSDD) van aversieve angst- of walgingsreacties, en sluit paniekstoornis, OCS of somatische pijnoorzaken uit.

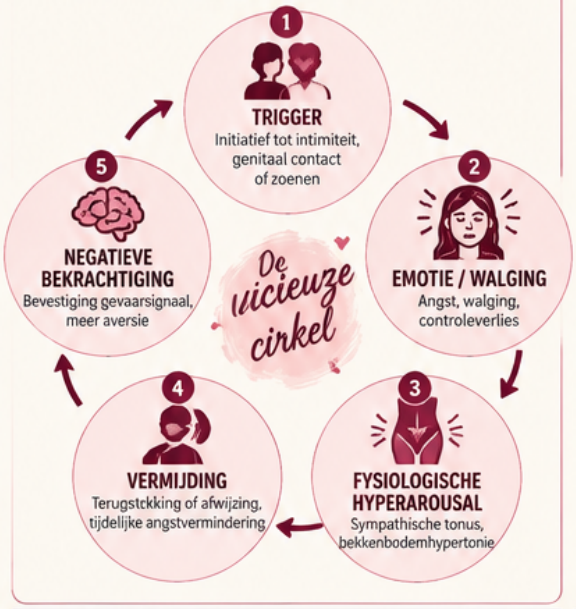
Diagnostische Context & Classificatie

In DSM-5 is seksuele aversiestoornis niet langer opgenomen als zelfstandige categorie onder seksuele disfuncties en valt deze doorgaans onder 'Andere gespecifiecerde seksuele disfunctie' of specifieke fobieën. Let op de overlap met traumagerelateerde bekkenbodemoveractiviteit.

De Vicieuze Cirkel van Seksuele Vermijding

Seksuele aversie wordt in stand gehouden door een cyclisch mechanisme waarbij angst- en walgingsreacties leiden tot anticipatieangst, vermijding en fysiologische afweerreacties van het bekkenbodemgebied.

1. **Uitlokkende Prikkel:** initiatief tot intimiteit, genitaal contact of zoenen.
2. **Cognitieve & Emotionele Respons:** automatische gedachten van bedreiging, walging en controleverlies.
3. **Fysiologische Verdediging:** verhoogde sympathische tonus en onwillekeurige bekkenbodemhypertonie.
4. **Vermijdingsgedrag:** terugtrekking of afwijzing, leidend tot kortdurende angstvermindering.
5. **Negatieve Bekrachtiging:** bevestiging van het gevaarsignaal en toename van de aversie bij volgende interacties.



KLINISCHE TOEPASSING: PLISSIT en Geleidelijke Desensitisatie

De therapeutische behandeling integreert psycho-educatie met stapsgewijze in vivo en in vitro desensititatie conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

P (Permission)
- Valideer gevoelens van angst en walging zonder oordeel en maak seksuele grenzen expliciet bespreekbaar.

LI (Limited Information)
- Geef uitleg over de vecht-, vlucht- of bevriezingsrespons en de rol van de bekkenbodem als emotionele spier.

SS (Specific Suggestions)
- Introduceer prikkelarme sensate-focus-oefeningen zonder genitaal contact of prestatiedruk.

IT (Intensive Therapy)
- Zet cognitieve gedragstherapie, traumabehandeling (bijv. EMDR) of gespecialiseerde bekkentherapie in bij aanhoudende overactiviteit.

Disclaimer & Domeinverificatie

Deze kaart is utisluitend beddeld als psycho-educatief naslagwerk voor zorg-professionals en vervangt geen individuele klinische diagnostiek of behandeling. Vóór definitief klinisch gebruik dient een domeinspecifieke terminologiecontrole door een gekwalificeerd seksuoloog plaats te vinden.

Stappenplan voor Systematische Desensitisatie

Het protocollaire desensitistaietraject volgt een hiërarchische opbouw waarbij autonomie en sensorische tolerantie centraal staan.

1. **Psycho-educatie en Lichaamsbewustwording**
   Normaliseer de afweerreactie en leer ademhalings- en ontspanningsoefeningen aan om sympathische hyperactivatie tijdig te reguleren.
2. **Opstellen van de Angst- en Walgingshiërarchie**
   Breng samen met de cliënt concrete triggers in kaart (bijv. aanraking van handen, zoenen, ontbloting, genitale aanraking) gerangschikt naar SUD-scores.
3. **Individuele Exposure in Vitro & In Vivo**
   Start met visuele of zelfgerichte milde aanrakingen in een veilige contest, waarabij de cliënt volledige controle behoudt over stopmomenten.
4. **Partnergebonden Sensate Focus zonder Penetratiedruk**
   Oefen neutrale, niet-seksuele intimiteit gericht op ontspanning, met strikt verbod op genitaal contact totdat basisrust is gevestigd.
5. **Geledielijke Integratie en Terugvalpreventie**
   Breid aanrakingen stapsgewijs uit naar genitale zones utisluitend bij lage arousaldruk en borg behaalde tolerantie met een terugvalpreventieplan.

Is er sprake van een actieve traumatische herinnering of PTSS-symptoom bij seksuele interactie?

- **Ja**, herbelevingen, dissociatie of acute paniek treden op → Prioriteer gespecialiseerde traumabehandeling (zoals EMDR of traumagerichte CGT) en schort actieve exposure aan seksuele stimuli op tot affectregulatie stabiel is.
- **Nee**, reactie betreft primair geconditioneerde walging of vermijding → Zet in op psycho-educatie, systematische desensitisatie en partnergerichte sensate-focus-oefeningen via het PLISSIT-model.

HYPERSEKSEEL GEDRAG EN DWANGMATIGHEID

Etiologie, ICD-11 CSBD Criteria en Differentiële Evaluatie

Conceptuele Afbakening & ICD-11 Classificatie

Compulsive Sexual Behaviour Disorder (CSBD) is in de ICD-11 geclassificeerd onder de impulscontrolestoornissen (code 6C72) en niet als verslaving. De kern betreft een aanhoudend onvermogen om intense, repetitieve seksuele impulsen te beheersen, wat resulteert in herhaald seksueel gedrag met significante lijdensdruk of enrstige verslechtering op persoonlijk, relationeel of beroepsmatig vlak.

1. **Kerncriterium:** Aanhoudend patroon (minimaal 6 maanden) van repetitief seksueel gedrag.
2. **Controleverlies:** Herhaalde mislukte pogingen om het seksuele gedrag significant ta verminderen of te staken.
3. **Voortzetting ondanks adverse gevolgen:** Blijvend handelen ondanks ernstige psychosociale schade of fysieke uitputting.
4. **Verminderde satisfactie:** Het gedrag levert weinig tot geen relationele of emotionele bevrediging op.
5. **Exclusiecriterium:** Niet toe te schrijven aan moreel/religieus conflict over op zichzelf normatief gedrag of primair bipolaire ontremming.

Belangrijkste Exclusie

Morele incongruentie (moreel lijden over gangbaar masturbatie- of pornografiegebruik zonder feitelijk functioneel controleverlies) kwalificeert niet als CSBD.

De Dwangmatige Seksuele Respons- en Copingcyclus

Het klinische onderhoudsmodel illustreert hoe negatieve affectregulatie en neurobiologische cue-reactiviteit een zichzelf versterkende disfunctionele lus vormen.

1. **Interne/Externe Triggers:** Dysfore stemming, eenaaamheid, angst, relationeel conflict of plotselinge seksuele cues.
2. **Craving & Preoccupatie:** Dopaminerge 'wanting'-activatie zonder evenredige hedonische 'liking', leidend tot vernauwde cognitieve focus.
3. **Dwangmatige Handeling:** Uitvoering van het repetitieve gedrag (bijv. dwangmatig pornogebruik, cyberseks, anonieme contacten).
4. **Korte Spanningsreductie:** Tijdelijke daling van autonome arousal en emotionele verdoving (negatieve bekrachtiging).
5. **Schuld, Schaamte & Escalatie:** Toename van aversieve gevoelens en geheimhouding, wat direct fungeert als trigger voor een nieuwe cyclus.

Klinische Differentiatie & Multidisciplinaire Evaluatie

Voor een zuivere indicatiestelling conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en V&VN-richtlijnen is systematische differentiaaldiagnostiek tussen verhoogd libido, parafiele stoornissen en secundaire somatische/neurologische ontremming vereist.

1. **Hoog Libido vs. CSBD:** Bij een hoog libido is sprake van ego-syntoon genot zonder systematisch controleverlies of ernstige schade.
2. **Secundaire Oorzaken:** Sluit manische/hypomane episoden, dopaminerge medicatie bij Parkinson en frontotemporale ontremming expliciet uit.
3. **Parafiele Stoornissen:** Onderscheid repetitief niet-parafiel gedrag van aandoeningen waarbij ongewone seksuele stimull of niet-consensuele handelingen centraal staan.
4. **Functionele Analyse:** Breng via registratieopdrachten specifieke triggers, automatische gedachten en bekrachtigers in kaart.

Professionele Afbakening & Consultatie

Deze geplastificeerde mindmap dient als educatief naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen specialstisch klinisch-psychiatrisch onderzoek. Vóór definitieve publicatie dient een formele domeinspecifieke terminologiecontrole door een geregistreerd seksuoloog (NVVS) plaats te vinden.

Klinische Beslissingsboom

Is het gerapporteerde seksuele gedrag primair gedreven door controleverlies met functionele schade, of door moreel conflict/discrepantie?

Controleverlies met schade	Moreel conflict/ discrepantie	Plotselinge ontremming
Aantoonbaar controleverlies (>6 mnd), mislukte stakingspogingen, aanhoudend ondanks duidelijke schade aan relatie, werk of gezondhed.	Gedrag is controleerbaar maar verorazzakt schuldgevoel door **religieuze** normen of interperosonlijk verschil in verlangen met partner.	Plotseling ontstaan hyperseksueel gedrag met stemmingswisselingen of recent gestarte dopaminerge/ psychotrope medicatie.
Actie	**Actie**	**Actie**
Evalueer volgens CSBD-criteria (ICD-11 6C72); inventariseer affectregulatiestrategieën, neurobiologische kwetsbaarheden en comorbide depressie/ trauma; zet CGT- en emotieregulatie-interventies in.	**Biëd psycho-educatie** over normale seksuele variatie en stimuluscontrole; focus op relationele afstemming conform PLISSIT-niveau Permission en Limited Information; vermijd pathologisering.	**Verwijs onverwijld** voor somatische en psychiatrische evaluatie ter beoordeling van bipolaire stoornis of medicatie-geinduceerde impulsstoornis.

Differentiële Diagnostiek Matrix

Kenmerk	CSBD	Hoog Libido	Bipolaire Stoornis
Controleverlies	Ja, aanhoudend	Nee	Vaak (tijdens manie/hypomanie)
Schade	**Ja, significant**	Nee of minimaal	Vaak, m.n. sociaal/ beroepsmatig
Genotbeleving	Laag (weinig satisfactie)	Ego-syntoon, positief	Verhoogd, impulsief
Seksuele stimuli	Veelal niet-parafiel	Conventioneel	Kan wisselend zijn
Stemming	Vaak dysfore	Stabiel	Maanie/hypomanie, depressie
Belangrijkste onderscheid	Controleverlies + schade	Genot zonder verlies van controle	Stemmingscyclus + ontremming

PROBLEMATISCH PORNOGRAFIEGEBRUIK (PPU) — MYTHES & KLINISCHE EVALUATIE

Objectieve Impulscontrole versus Morele Incongruentie

Kader & Differentiatie: PPU versus Morele Incongruentie

In de seksuologische praktijk vraagt een hulpvraag rondom 'pornoverslaving' om een zorgvuldige klinische deconstructie. Vaak blijkt er sprake te zijn van subjectieve lijdensdruk door morele of religieuze incongruentie in plaats van een objectief verlies van impulscontrole. In de ICD-11 wordt dwangmatig seksueel gedrag geclassificeerd onder impulsbeheersingsstoornissen (6C72), terwijl de DSM-5 'pornoverslaving' niet erkent als formele verslaving.

- **Objectief PPU:** Aanhoudend patroon van falende impulscontrole, escalerend gebruik en verwaarlozing van beroepsmatige of relationele verplichtingen ondanks duidelijke negatieve gevolgen.
- **Morele Incongruentie:** Hoge subjectieve schuld, schaamte en zelfveoordeling bij een feitelijk laag tot gemiddeld consumptiepatroon, gedreven door religieuze normen of strikte relationele verwachtingen.
- **Regulatieffunctie:** Gebruik van expliciet materiaal als primaire emotie- of stress-regulatiestrategie (copingmechanisme) bij angst, depressie, eenzaamheid of overprikkeling.
- **Relationele discrepantie:** Conflicten over pornografie ontstaan veelal door uiteenlopende waarden, geheimhouding en gebrek aan transparantie tussen partners.

Seksuologische Differentiaaldiagnose

Toets altijd eerst of het gerapporteerde disfunctioneren voortkomt uit reëel controleverlies met ernstige psychosociale schade, dan wel uit morele nood en angst voor relationele afwijzing.

Regulatie van Affecten

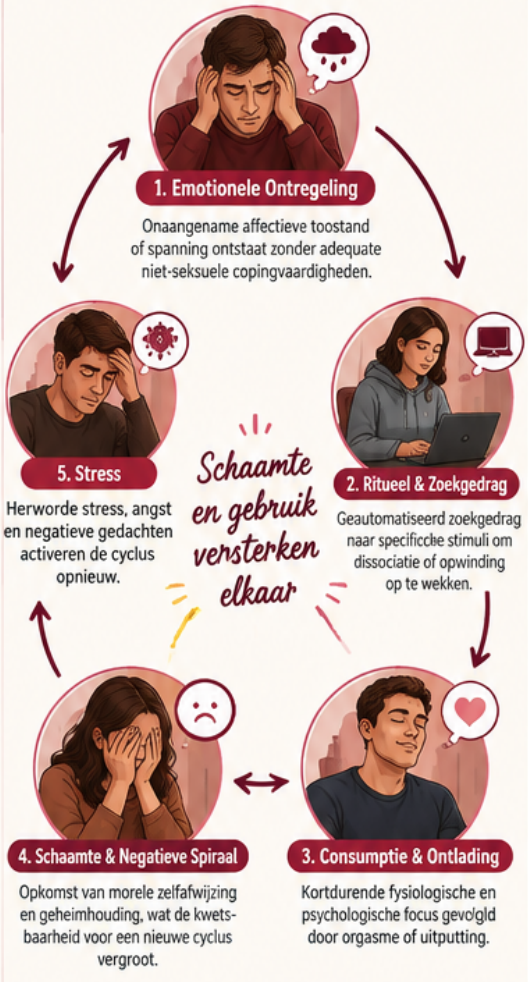
Affectregulatie speelt een centrale rol in het ontstaan en in stand houden van PPU. Pornografie wordt vaak gebruikt als primaire copingstrategie bij:

- Angst en piekeren
- Depressieve stemming
- Eenzaamheid en sociale stress
- Overprikkeling en spanningsopbouw

De Vicieuze Cirkel van Schaamte en Dwangmatig Gebruik

Het cyclische instandhoudingsmodel toont hoe problematisch pornografiegebruik zichzelf versterkt. Het patroon wordt vaker aangedreven door negatieve affectvermijding en schaamte dan door louter seksueel verlangen.

- **Triggers & Negatief Affect:** Emotionele ontregeling, stress, verveling, eenzaamheid of relationele spanning activeren de drang naar spanning of verdoving.
- **Geconditioneerde Toegang:** Snelle, anonieme en laagdrempelige consumptie via digitale drargers (triple-A engine: Affordability, Accessibility, Anonymity).
- **Tijdelijke Spanningsontlading:** Dopaminerge focus en orgsame zorgen voor kortstondige emotionele verdoving of hedonische opluchting.
- **Post-Gebruik Affectval:** Ernstige schuldgevoolens, morele zelfveoordeling, angst voor ontdekking en hernieuwde stress, wat de cirkel opnieuw start.



Klinische Evaluatie & PLISSIT-Interventie

Systematische anamnese en begelelding volgens de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid.

P — Permission (P)
- Creëer een niet-oordelende setting waarin pornografiegebruik en seksuele fantasieën zonder taboe besproken kunnen worden.

LI — Limited Information (LI)
- Bied psycho-educatie over normale pornografische consumptie, dopamine, neurobiologie en het mechanisme van morele incongruentie.

SS — Specific Suggestions (SS)
- Versterk gezonde emotoregulatie, bevorder open partnercommunicatie over grenzen, en introduceer stimulus-controle (bv. apparaten buiten de slaapkmaer).

IT — Intensive Therapy (IT)
- Indicatie voor CGT, ACT of systeemtherapie bij diepgeworteld trauma, compulsieve stoornissen of ernstige hechtings-problematiek.

Professionele Disclaimer

Dmaterinal dient voor psycho-educatie en professioneel naslagwerk. Het vervangt geen individuele multidisciplinaire diagnostiek of medisch-psychiatrisch behandelplan. Domeinspecifieke terminologie dient vóór definitief klinisch gebruik te worden getetst aan vigerende protocollen.

Klinische Beslisboom

Vertoont de cliënt reëel controleverlies of primair lijdensdruk door morele opvattingen?

- Hoog schuldgevoel bij lage/matige frequentie zonder functionele uitval → Focus op psycho-educatie, exploratie van morele waarden, schaamtereductie en acceptatie binnen het PLISSIT LI-niveau.
- Aanhoudend controleverlies, escalatie en aantoonbare schade op werk/relatie → Classificeer als dwangmatige seksuele gedragsstoornis; zet stimuluscontrole, CGT/ACT en zo nodig multidisciplinaire verwijzing in (PLISSIT IT-niveau).

VEROUDERING EN SEKSUALITEIT — FYSIOLOGISCHE VERANDERINGEN EN ZORGPERSPECTIEF

FYSIOLOGISCHE TRANSITIES BIJ HET OUDER WORDEN

Veroudering leidt tot voorspelbare veranderingen in de seksuele responscyclus, maar beëindigt de behoefte aan intimiteit en seksualiteit geenszins. Kennis van hormonale verschuivingen en lichamelijke adaptatie voorkomt onnodige medicalisering.

Vrouwelijke fysiologie: daling van oestrogeen leidt tot atrofie van het vaginale epitheel, verminderde en tragere transsudatie (lubricatie) en verlies van elasticiteit van de vaginawand.

Mannelijke fysiologie: geleidelijke daling van biobeschikbaar testosteron resulteert in een tragere erectiele respons, toegenomen behoefte aan directe tactiele stimulatie en verlengde refractaire periode.

Systemische factoren: stijfheid van gewrichten, cardiovasculaire conditie en vermoeidheid beïnvloeden de fysieke comfortbeleving tijdens intieme interacties.

Klinische Mythe versus Realiteit

Het is een hardnekkige misvatting dat ouderen geen behoefte meer hebben aan intimiteit of seksuele expressie. Seksueel verlangen en tevredenheid blijven gedurende de hele levensloop relevant.

DE CYCLISCHE DYNAMIEK VAN VERANDERENDE SEKSUELE GEZONDHEID

De wisselwerking tussen somatische veroudering, medicatie-effecten en relationele communicatie vormt een dynamische cyclus. Zorgverleners brengen deze interacties gestructureerd in kaart.

- **Biologische triggers:** hormonale dalingen en comorbiditeit (bijvoorbeeld hypertensie, diabetes of prostaatlijden).
- **Psychologische reacties:** toegenomen prestatiedruk, angst voor falen en veranderingen in het lichaamsbeeld.
- **Relationele aanpassing:** herijking van rollen, verschuiving van coïtale focus naar sensualiteit en sensate-focusprincipes.
- **Systeem- en zorginterventie:** vroegtijdige psycho-educatie en farmacologische herziening om secundaire vermijding te doorbreken.

Invloed van Medicatie en Neurologische Beperkingen

Medicatie (zoals antihypertensiva en psychofarmaca) en neurodegeneratieve aandoeningen kunnen zowel geremdheid als seksuele ontremming induceren. differentiatie tussen primair disfunctioneren en medicatie-bijwerkingen is essentieel.

De biopsychosociale feedbackcyclus

1. SOMATIEK

Hormonale veranderingen, lichamelijke adaptatie, comorbiditeit en medicatie.

2. PSYCHOSEKSUELE RESPONS

Emoties, zelfbeeld, prestatiedruk, angst en verlangens.

3. RELATIONELE CONTEXT

Communicatie, rollen, intimiteit, sensate focus en steun van de partner.

4. INTERVENTIE

Psycho-educatie, medicatieherziening, therapie en verwijzing.

Samen naar seksuele gezondheid op elke leeftijd

> *"Verandering is geen einde, maar een nieuwe fase van mogelijkheden."*

KLINISCHE IMPLEMENTATIE: HET PLISSIT-MODEL IN DE OUDERENZORG

Conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid hanteren professionals een proactieve gesprekshouding. De interventie volgt een gestructureerde trapsgewijze opbouw.

- Wacht niet tot de cliënt het initiatief neemt; stel proactief open vragen over relationeel en seksueel welzijn.
- Vraag expliciet toestemming alvorens dieper in te gaan op intieme en fysieke details.
- Betrek bij voorkeur en met instemming van de cliënt de partner in de psycho-educatie.

Verantwoordings- en Disclaimerkader

Deze kaart dient als educatief en consultatief hulpmiddel voor zorgverleners en vervangt geen individuele medische diagnostiek of behandeling. Vóór definitieve klinische protocollerevaluatie is domeinspecifieke terminologiecontrole door een vakdeskundige vereist.

1 P — Permission (Toestemming)

Neem een proactieve, normaliserende houding aan en vraag expliciet toestemming: "Bij het ouder worden en chronische aandoeningen zien we vaak veranderingen in seksualiteit en intimiteit; hoe ervaart u dit?"

2 LI — Limited Information (Beperkte Informatie)

Bied gerichte psycho-educatie over fysiologische veranderingen (vaginale droogte, tragere erectieopbouw) en ontkracht heersende taboes over veroudering.

3 SS — Specific Suggestions (Specifieke Suggesties)

Adviseer praktische leefstijlaanpassingen, technieken zoals sensate focus, positioneringshulpmiddelen bij gewrichtspijn, en het gebruik van geschikte glijmiddelen.

Is er sprake van complexe relationele, psychische of ernstige somatische comorbiditeit?

Nee: betreft uitsluitend fysiologische veroudering en informatiebehoefte

→ Bied psycho-educatie binnen stappen Permission en Limited Information; adviseer eventueel basale hulpmiddelen (glijmiddel, comfortpositie).

Ja: sprake van persisterende dyspareunie, ontremming bij dementie of ernstige lijdensdruk

→ Initieer gerichte verwijzing (IT) naar seksuoloog NVVS, psychotherapeut of gespecialiseerd consulent seksuele gezondheid.

VERSTANDELIJKE EN FYSIEKE BEPERKINGEN — SEKSUELE RECHTEN EN BEGELEIDING

SEKSUELE AUTONOMIE EN RECHTENKADER

Seksualiteit, intimiteit en reproductieve rechten zijn fundamentele menselijke behoeften die niet vervallen bij een verstandelijke of fysieke beperking. In de klinische praktijk stuiten cliënten met een dwarslaesie, cerebrale parese (CP) of niet-aangeboren hersenletsel (NAH) vaak op hardnekkige maatschappelijke aannames van aseksualiteit of zorgafhankelijkheid.

Seksuele rechten conform VN-verdrag: recht op privacy, zelfbeschikking, relationele vorming en informatie over seksuele gezondheid.

Erkenning van intimiteitsbehoeften: seksualiteit behelst plezier, genegenheid, masturbatie en zelfbeeld, los van coitusgerichte prestatiedruk.

Praktische barrières: fysieke toegankelijkheid, zorgafhankelijkheid bij positionering, verminderde mobiliteit en privacytekort in zorgomgevingen.

Attitudeverandering zorgverleners: overstappen van ontmoediging of risicomijdend toezicht naar proactieve ondersteuning en facilitering.

Educatieve Disclaimer

Deze klinische kaart dient uitsluitend als educatief naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische diagnostiek of multidisciplinair behandelplan. Vakspecifieke terminologie dient voorafgaand aan formele publicatie door een domeindeskundige te worden gevalideerd.

CYCLISCHE BEGELEIDINGS-CYCLUS (PLISSIT)

De trapsgewijze begeleiding van seksuele gezondheid bij verstandelijke en fysieke beperkingen volgt het PLISSIT-model, ingebed in een continue cyclus van toestemming, verkenning en specialistische ondersteuning.

- **Fase 1 (Permission):** Proactief exploreren en normaliseren van seksuele wensen, vragen en zorgen.
- **Fase 2 (Limited Information):** Psycho-educatie over fysiologische respons, spasmen, gevoelsveranderingen en hulpmiddelen.
- **Fase 3 (Specific Suggestions):** Gerichte aanpassingen in houdingen, timing rondom spasmemedicatie, blaaszorg en seksspeeltjes.
- **Fase 4 (Intensive Therapy / Evaluatie):** Multidisciplinaire verwijzing naar seksuoloog NVVS, revalidatiearts of gespecialiseerde bekkenfysiotherapeut.

1. Toestemming & Exploratie (Permission)

Start het gesprek proactief. Vraag expliciet toestemming om intimiteit te bespreken en bevestig dat seksuele verlangens en vragen vollomen legitiem zijn. zijn.

2. Psycho-educatie (Limited Information)

Bied accurate informatie over de impact van neurologische uitval, spasticiteit, vermoeidheid of cognitieve veranderingen op seksuele respons en opwinding.

PLISSIT cyclus

3. Praktische Suggesties (Specific Suggestions)

Geef gerichte adviezen over positioneringskussens, glijmiddelen, aanpassing van blaaskatheters en alternatieve erogene zones buiten het laesieniveau.

4. Verwijzing & Specialistische Zorg (Intensive Therapy)

Schakel bij complexe relationele dynamieken, chronische pijn of diepe rouwverwerking een gespecialiseerd seksuoloog of revalidatieteam in.

KLINISCHE DIFFERENTIATIE EN TOEPASSING PER BEPERKING

Specifieke somatische en cognitieve condities vereisen gedifferentieerde klinische aandachtspunten om seksuele autonomie veilig te faciliteren.

Dwarslaesie: differentiatie tussen reflexmatige en psychogene erectie/lubricatie afhankelijk van laesiehoogte; alertheid op autonome dysreflexie (boven Th6).

Cerebrale Parese (CP): fysieke beperkingen door spasticiteit, standsafwijkingen en communicatiebarrières; focus op positionering en alternatieve stimulatietechnieken.

Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH): veranderingen in impulsbeheersing (ontremming of apathie), prikkelverwerking, veranderd partnerschapsgevoel en executieve functies.

Verstandelijke beperking: toetsing van wilsbekwaamheid ter zake, relationele grenzen, consent-vaardigheden en visuele ondersteuningsmaterialen.

Autonome Dysreflexie Alert

Bij dwarslaesies boven Th6 kan seksuele stimulatie, blaasspanning of orgsame een levensbedreigende autonome dysreflexie uitlokken (extreme hypertensie, hoofdpijn, bradycardie). Zorg voor adequate protocollen en medische instructies.

Geidentificeerde somatische/cognitieve belemmering

Gekozen interventieniveau (PLISSIT: P / LI / SS / IT)

Afspraken rondom privacy en praktische aosistentie

Welk ondersteuningsniveau is primair geindiceerd bij de cliënt?

1. Cliënt ervaart basale vragen over houding, intimiteit en erogene zones
   → Bied psycho-educatie (Limited Information) en adviseer specifieke positioneringshulpmiddelen of timing van medicatie.
2. Sprake van autonome dysreflexie, diepgeworteld trauma of complexe wilsbekwaamheidsvraag
   → Verwijs direct naar gespecialiseerde revalidatiearts, arts VG of geregistreerd seksuoloog NVVS voor intensieve diagnostiek.

SEKSUOLOGISCHE FARMACOTHERAPIE OFF-LABEL & HORMOONSUPPLETIE

FARMACOLOGISCHE INTERVENTIES: INDICATIES & WERKINGSMECHANISMEN

Farmacotherapie binnen de klinische seksuologie fungeert vrijwel altijd als ondersteunend onderdeel van een bio-psycho-sociaal behandeltraject en vervangt zelden integrale seksuologische begeleiding. Medicamenteuze opties worden overwogen wanneer somatische, neurogene of endocriene factoren responsiviteit belemmeren, of wanneer iatrogene effecten van eerdere behandelingen optreden.

PDE5-remmers
(sildenafil, tadalafil, vardenafil)

- Faciliteren erectiele vasodilatatie via NO/cGMP-accumulatie; off-label toegepast bij vrouwen bij antidepressiva-geïnduceerde seksuele disfunctie (SSRI-arousalstoornissen) of perifere neurovasculaire genitale responsproblemen.

SSRI's & Dapoxetine

- Selectieve serotonineheropnameremmers verlengen de ejaculatoire latentietijd via centrale 5-HT2C- en 5-HT1B-receptormodulatie; dapoxetine is kortwerkend geregistreerd on-demand, overige SSRI's worden dagelijks off-label ingezet.

Androgenen
(testosteronsuppletie)

- Geïndiceerd bij strikt aangetoond tekort aan biologisch beschikbaar testosteron met klinische symptomen van verminderde responsiviteit en vitaliteitsverlies; vereist monitoring van lever- en lipidenwaarden.

Centrale neurochemische modulatoren
(flibanserine, bremelanotide)

- Beïnvloeden centrale dopamine-, noradrenaline- en serotoninebalans bij persisterend verlies van seksueel verlangen (HSDD/FSIAD); strikte afstemming op interacties (zoals alcohol) noodzakelijk.

Klinische Disclaimer & Domeinverificatie

Deze mindmap-kaart is uitsluitend bestemd voor educatieve en consultatieve ondersteuning door bevoegde zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische diagnostiek of farmacotherapeutisch voorschrift. Domeinspecifieke medische en seksuologische terminologie dient vóór definitieve klinische protocollering getoetst te worden aan lokale richtlijnen en actuele farmacopea.

Seksuele respons is een samenspel van brein, lichaam en beleving

Centrale Prikkelverwerking

- Dopamine, noradrenaline, serotonine
- Seksuele fantasie en arousal
- Emotie en cognitie

Wederzijdse beïnvloeding

Vasculaire & Hormonale Respons

- NO/cGMP en vasodilatatie
- Seksuele hormonen (oestrogeen, testosteron)
- Weefselvocht en lubricatie

Psychoseksuele Terugkoppeling

- Ervaringen en tevredenheid
- Zelfvertrouwen en motivatie
- Relatie en context

KLINISCHE TOEPASSING

Medicatie wordt ingezet bij specifieke indicaties, altijd in samenhang met psychologische en leefstijlinterventies, en met aandacht voor contra-indicaties, bijwerkingen en interacties.

KLINISCHE DIFFERENTIAAL & INTEGRATIE IN HET PLISSIT-KADER

Binnen de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid vormt farmacologische interventie een stap binnen het stepped-care model (Specific Suggestions / Intensive Therapy), die voorafgegaan moet worden door adequate toestemming, bio-psycho-sociale exploratie en leefstijlinterventies.

- **P — Permission (P):** Expliciet berragen van medicatie-invloeden, psychoseksuele barrières en verwancttingen rondom farmacotherapie.
- **LI — Limited Information (LI):** Voorlichting over fysiologische werkingsgrenzen (bijv. noodzaak van seksuele stimulatie bij PDE5-remmers) en reële succeskansen.
- **SS — Specific Suggestions (SS):** Doseringstiming koppelen aan sensate focus, wegnemen van prestatiedruk en afstemmen van partnerdynamiek.
- **IT — Intensive Therapy (IT):** Multidisciplinaire samenwerking tussen seksuoloog NVVS, arts/psychiater en bekkenfysiotherapeut bij therapieresistentie of complexe comorbiditeit.

Aandachtspunt: Biopsychosociale Context

Medicatie herstelt uitsluitend fysiologische randvoorwaarden (zoals vasodilatatie of neurotransmissie). Zonder relationele veiligheid, stimulerende context en reductie van faalangst blijft het klinisch behandelsucces beperkt.

Welk farmacotherapeutisch traject is geïndiceerd bij de gepresenteerde seksuele disfunctie?

1. Erectiele disfunctie met intacte libido of iatrogene SSRI-geïnduceerde opwindingsstoornis
   → Overweeg PDE5-remmer (on-demand of dagelijks lage dosis) in combinatie met psycho-educatie over stimulatievereisten en cardiovasculaire contra-indicaties (nitraten).
2. Premature ejaculatie zonder evidente partner-relationele of somatische etiologie
   → Evalueer on-demand dapoxetine of off-label dagelijkse SSRI-therapie in combinatie met bekkenbodemontspanning en stop-start-technieken.
3. Hypoactief seksueel verlangen (HSDD) bij postmenopauzale vrouw met bewezen androgeendeficiëntie
   → Verwijs voor gestandaardiseerde endocrinologische bepaling van vrij testosteron; start testosteronsuppletie uitsluitend onder specialistische controle en combineer met relationele therapie.
4. Secundair verlise van opwinding/lubricatie door lokale urogenitale atrofie (GSM)
   → Start lokaal vaginaal oestrogeen in overleg met behandelend arts; combineer met neutrale glijmiddelen en bekkenfysiotherapeutische evaluatie.

CHIRURGISCHE INGREPEN IN DE SEKSUOLOGIE: ERECTIEPROTHESEN & CORRECTIES

Indicatiestelling en Preoperatieve Seksuologische Evaluatie

Chirurgische interventies binnen de urologie en gynaecologie vormen doorgaans een invasieve behandeloptie wanneer conservatieve en medicamenteuze therapieën ontoereikend zijn gebleken. Een gedegen seksuologische en psychosociale intake waarborgt reële verwachtingen en herstelperspectieven.

- Erectiestoornissen (refractair voor PDE-5-remmers, vacuümpomp of intra-caverneuze injecties zoals alprostadil).
- Morbus Peyronie met significante angulatie (>30-45 graden), plaques of ernstige penetratiebeperking.
- Anatomische hymenale obstructies (hymen imperforatus, microperforatus of rigide hymen) met dyspareunie of retentie.
- Screening op psychologische comorbiditeit, relationele interactiepatronen en irreële postoperatieve functieverwachtingen.

Klinische Voorlichting en Rolbeperking

Deze overzichtskaart dient uitsluitend als educatief naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen specialistisch medisch of chirurgisch behandeladvies. Vóór definitieve publicatie is een domeinspecifieke medische terminologiecontrole door een vakdeskundige vereist.

Chirurgische Typologie: Erectieprothesen en Anatomische Correcties

De keuze voor een prothese of herstelprocedure is afhankelijk van de pathologie, motorische vaardigheden van de patiënt, anatomische kenmerken en gezamenlijke besluitvorming.

- Semirigide (buigzame) erectieprothese: bestaat uit twee kneedbare cilinders; permanent rigide maar handmatig buigbaar voor kleding en coïtus.
- Hydraulische erectieprothese (3-delig): corpora-cilinders, scrotale pomp en retropubisch vochtreservoir voor fysiologische flaccIditeit en rigiditeit.
- Nesbit-procedure & plicatietechnieken: inkorten van de convexe zijde bij Morbus Peyronie ter correctie van peniele kromstand.
- Plaque-excisie met grafting: verwijderen van fibreuze plaque gecombinnerd met weefseltransplantaat bij verkorting of zandlopervervorming.
- Hymenectomie: chirurgische incisie of excisie van rigide of afwijkend maagdenvliesweefsel ter ontlasting van pijn of obstructie.

Zorgtraject en Postoperatieve Seksuologische Begeleiding

Klinische stappenloop voor de multidisciplinaire begeleiding bij urologische en gynaecologische ingrepen, conform de principes van getrapte seksuologische zorg.

1. INFORMED CONSENT EN VERWACHTINGSMANAGEMENT

Expliciet informeren over anatomische consequenties (zoals potentieel licht penislengteverlies bij prothesen/plicatie), gevoelsbehoud en vereiste manuele vaardigheden.

2. CHIRURGISCHE INTERVENTIE EN WEEFSELHERSTEL

Urologische of gynaecologische uitvoering onder strikte steriliteit met 4 tot 6 weken herstelperiode voor wondgenezing en weefselrust.

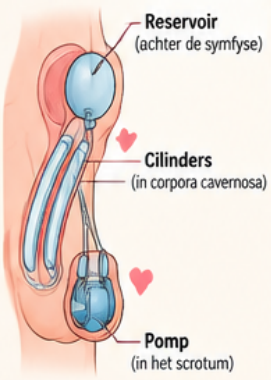
3. INSTRUCTIE EN PROTHESE-ACTIVATIE

Eerste activatie en pompinstructie op de polikliniek, begeleid door de consulent of uroloog, met aandacht voor hantering en vrees voor pijn.

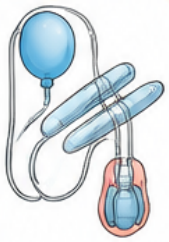
4. SEKSUOLOGISCHE RE-INTEGRATIE EN SENSATE FOCUS

Teepassing van het PLISSIT-model (Specific Suggestions en Intensive Therapy) ter geleidelijke hervatting van intimiteit en penetratief contact zonder prestatiedruk.

Prothese- en Anatomische Schema's



Hydraulische erectieprothese (3-delig systeem)



1. Rerervoir
2. Cilinders
3. Pomp

Klinisch Besluitvormingsmodel bij Chirurgische Verwijzing

Beslisboom voor zorgverleners ter beoordeling van de geschikheid en urgentie van chirurgische verwijzing binnen de ketenzorg.

Welk klinisch profiel vertoont de patiënt met bertekking tot anatomische obstructie of erectiestoornis?

1	Functieverlies refractair voor conservatieve therapie (bijv. vasculair/iatrogeen na prostatectomie)	Verwijs naar urologie voor evaluatie van hydraulische of semirigide erectieprothese; start gelijktijdig psycho-educatie over lichaamsbeleving.
2	Actieve ontsekingsfase Morbus Peyronie met wisselende pijnklachten en progressieve angulatie	Chirurgische correctie uitstellen totdat de aandoening minimaal 6 tot 12 maanden stabiel en pijnvrij is; bied interim ondersteunende seksuologische begeleiding.
3	Anatomisch rigide hymen met ernstige penetratiepijn en falen van graduele dilatatietherapie	Verwijs naar gynaecoloog voor hymenectomie onder lokale/algehele anesthesie; plan postoperatieve bekken-fysiotherapie en sensate focus.
4	Aanwezigheid van irreële esthetische verwachtingen of ernstige actieve psychopathologie	Chirurgisch traject opschorten: prioriteer psychotherapeetische behandeling en seksuologische counseling alvorens fysieke ingrepen te overwegen.

PLISSIT-Gestuurde Nazorg en Follow-up

Richtlijnen voor structurele follow-up volgens het PLISSIT-model.

P — Permission
Geef toestemming voor het bespreken van seksuele vragen en zorgen.

L — Limited Information
Bied gerichte, feitelijke informatie over herstel, verwachtingen en mogelijkheden.

I — Specific Suggestions
Geef concrete adviezen voor intimiteit, lichaamsbeleving en geleidelijke hervatting van seksuele activiteit.

SS — Intensive Therapy
Verwijs bij complexe problematiek naar intensieve seksuologische therapie en/of relatietherapie.

SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN (SOA'S) — PSYCHOSOCIALE EN SEKSUIOLE IMPACT

KLINISCHE CONTEXT & PSYCHOSOCIALE DYNAMIEK

Een diagnose van een soa (zoals chlamydia, gonorroe, syfilis, hiv, herpes genitalis of HPV) grijpt diep in op de seksuele en relationele beleving. Naast acute fysieke symptomen roept de diagnose vaak intense emoties op zoals schaamte, schuldgevoel, verlies van zelfvertrouwen en angst voor besmetting of afwijzing. Binnen het biopsychosociale model versterken biomedische factoren en psychologische stress elkaar, wat kan leiden tot secundaire seksuele disfuncties.

- **Curabele infecties (bacterieel):** chlamydia, gonorroe, syfilis; primaire focus op tijdige eradicatie, partner-waarschuwing en tijdelijke seksuele onthouding.
- **Chronische/recidiverende infecties (viraal):** hiv, HSV (herpes simplex), HPV; vereisen langdurig copingsproces en herziening van seksuele scripts.
- **Psychosociale belasting:** geïnternaliseerd stigma, anticipatie-angst bij partnercommunicatie en verstoring van de seksuele responscyclus.

Disclaimer Professionele Consultatie

Deze educatieve mindmap vervangt geen medische diagnose, microbiologische diagnostiek of geïndiceerde gespecialiseerde behandeling. Raadpleeg de vigerende medische richtlijnen en verwijs zo nodig door naar arts of NVVS-geregistreerd seksuoloog.

DE VISIEUZE CIRKEL VAN SOA-GERELATEERDE DISFUNCTIE

De wisselwerking tussen diagnose, angst en seksuele dysfunctie volgt een cyclisch patroon waarbij psychische spanning direct interfereert met de neurovasculaire en autonome responsen van de seksuele opwinding.

1. **Diagnose & Betekenisgeving:** Confronteren met infectie, activering van stigma en negatieve zelfevaluatie.
2. **Toename van Angst & Schaamte:** Angst voor transmissie, afwijzing door partners of chronische recidieven.
3. **Sympathische Hyperactiviteit:** Toename van distress en vermijding, wat fysiologische ontspanning remt.
4. **Verstoring Responscyclus:** Verlies van verlangen, lubricatiestoornissen, erectiele disfunctie of hypertonie van de bekkenbodem.
5. **Bevestiging van Disfunctie:** Het uitblijven van bevredigende intimiteit bekrachtigt vermijding en negatieve cognities.

Fase A: Cognitieve interpretatie
De patiënt koppelt de soa-diagnose aan disproportionele schuld, verlise van reinheid of angst voor permanente afwijzing.

Fase B: Autonome blokkade
Verhoogde alertheid en angst activeren het sympathische zenuwstelsel, wat fysiologische vasodilatatie en genitale zwelling blokkeert.

Fase C: Intimiteitsvermijding
Seksuele situaties worden vermeden of met hoge spanning doorstaan, resulterend in pijn (bijv. dyspareunie) of opwindingsuitval.

KLINISCHE TOEPASSING & PLISSIT-INTERVENTIES

In de seksuologische begeleiding biedt het PLISSIT-model een gestructureerd handvat om soa-gerelateerde seksuele belemmeringen stapsgewijs te exploreren en te behandelen, consistent met de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

P — Permission (P)
Expliciet toestemming geven om zorgen over infecties, transmissierisico en gevoelens van schaamte en minder-waardigheid te bespreken.

LI — Limited Information (LI)
Feitelijke psycho-educatie over transmissiepaden, betrouwbaarheid van beschermingsmiddelen en medische realiteit (bijv. N=N / U=U bij hiv).

SS — Specific Suggestions (SS)
Communicatieve scripts voor partner-gesprekken, ontspanningsoefeningen voor de bekkenbodem en sensate focus zonder genitale druk.

IT — Intensive Therapy (IT)
Cognitieve gedragstherapie voor diepgeworteld stigma, traumaverwerking na besmetting of gecombineerde sekstherapie bij persisterende disfuncties.

Aandachtspunt Kwaliteitsborging

Vóór definitieve klinische toepassing vereist de inhoud een domeinspecifieke medisch-seksologische terminologiecontrole door een gekwalificeerd vakedskundige.

Welk interventieniveau binnen PLISSIT is primair geïndiceerd bij een patiënt met een recente soa?

1. Patiënt ervaart milde handelings-verlegenheid en heeft behoefte aan feitelijke verduidelijking over besmettelijkheid.
   → **Pas 'LImited Information' (LI) toe:** geef objectieve psycho-educatie over transmissierisico's, barrièrermiddelen en normaliseer de emotionele reactie.
2. Patiënt vertoont ernstige seksuele vermijding, hardnekkig zelfstigma of secundaire erectiestoornis/vaginisme.
   → **Schakel op naar 'Specific Suggestions' (SS) of verwijs door voor 'Intensive Therapy' (IT)** voor cognitieve herstructurering en gespecialiseerde sekstherapie.

FERTILITEITSPROBLEMATIEK EN SEKSUALITEIT – DE IMPACT VAN TRAJECTEN

MEDISCH GEASSISTEERDE VOORTPLANTING EN SEKSUELE DYNAMIEK

Medische fertiliteitstrajecten (IUI, IVF, ICSI) leggen een aanzienlijke druk op de intieme partnerrelatie. Zodra conceptie een klinisch gemonitord proces wordt, transformeert spontane intimiteit frequent in een instrumentele verplichting op basis van ovulatiekalenders en hormooncycli. Dit verlies aan autonomie en spontaniteit activeert faalangst, prestatiedruk en relationele spanningen.

- **Verlies van seksuele autonomie** door strikte medische tijdschema's en geplande geslachtsgemeenschap ('seks op recept").
- **Instrumentalisering van coïtus:** seksueel contact staat primair in dienst van reproductie in plaats van wederzijds genot of verbinding.
- **Emotionele belasting:** cycli van hoop, anticiperende spanning en verliesverwerking bij mislukte pogingen.
- **Hormonale bijwerkingen** van stimulatietrajecten (o.a. stemmingswisselingen, fysieke malaise, vaginale droogte).

Belangrijkste psychosociale mechanisme

De verschuiving van verlangen naar verplichting ontkoppelt opwinding van intimiteit, waardoor seksuele prikkels als stressoren worden ervaren.

DE VICIEUZE CIRKEL VAN GEPLANDE SEKSUALITEIT

Het cyclische interactiepatroon toont hoe reproductieve prestatiedruk leidt tot erectie-problemen, verminderd libido en relationele vervreemding. Het tijdig identificeren van deze cyclus voordomt chronificatie van seksuele disfuncties na afronding van het traject.

- **Fase 1: Gepland Tijdvenster** — Monitoring van ovulatie dicteert het exacte moment voor geslachtsgemeenschap.
- **Fase 2: Toename van Prestatiedruk** — Hoge inzet ('het moet nu lukken') triggert sympathische overactivatie en toeschouwergedrag (spectatoring).
- **Fase 3: Erectie- en Libidoproblemen** — Parasympathische inhibitie verhindert adequate vasodilatatie en erectie bij de man; arousal- en lubricatiestoornissen bij de vrouw.
- **Fase 4: Frustratie, Schuld en Vermijding** — Gevoelens van falen, onderlinge verwijten en daaropvolgende algehele vermijding van fysieke intimiteit.

Aandachtspunt voor de clinicus

Erectiestoornissen binnen fertiliteitstrajecten zijn primair situatiegebonden reacties op prestatiedruk en wijzen zelden op primaire somatische afwijkingen.

KLINISCHE AANPAK EN BEGELEIDINGSSTRATEGIËN

Seksuologische begelelding bij infertiliteit richt zich op het ontkoppelen van reproductieve noodzaak en emotionele/sensuele intimiteit volgens het PLISSIT-model (Zorgstandaard Seksuele Disfuncties).

P — Permission (P):
Expliciet toestemming geven om seksuele frustratie en het wegvallen van verlangen bespreekbaar te maken zonder schuldgevoel.

LI — Limited Information (LI):
Psycho-educatie over de fysiologische incompatibliteit van acute prestatiedruk en seksuele opwinding.

SS — Specific Suggestions (SS):
Herinvoering van 'sensate focus' en drukvrije intimiteit buiten de vruchtbare vensters, met een strikt verbod op coïtus tijdens ontspanningsoefeningen.

IT — Intensive Therapy (IT):
Verwijzing naar gespecialiseerde seksuologische GGZ bij aanhoudende partnerrelatieproblemen of ernstig vermijdingsgedrag.

Juridische en Vakinhoudelijke Disclaimer

Deze kaart dient als educatief naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele diagnostiek of medisch behandelplan. Vakinhoudelijke controle door een deskundige wordt aanbevelen.

Hoe reageert het koppel op de geplande coïtusverplichting?

Acute erectiestoornis of coïtale dyspareunie uitsluitend rond het ovulatievenster

→ Bied psycho-educatie (LI) over prestatiedruk; instrueer alternatieve methoden (bijv. zelfinseminatie) om coïtale dwang tijdens het fertiliteitstraject te reduceren.

Algeheel verlies van lust, structurele relationele verwijdering en wederzijdse vermijding

→ Zet in op Specific Suggestions (SS) met sensate focus buiten de vruchtbare periode; overweeg tijdige doorverwijzing naar een gergistreerd seksuoloog NVVS (IT).

Zet in op Specific Suggestions (SS) met sensate focus buiten de vruchtbare periode; overweeg tijdige doorverwijzing naar een gergistreerd seksuoloog NVVS (IT).

SEKSUALITEIT NA EEN STOMA OF PELVIENE RECONSTRUCTIE

ANATOMISCHE EN LICHAAMSBEELD-VERANDERINGEN

Chirurgische ingrepen in het bekkengebied zoals de aanleg van een stoma (colostoma, ileostoma of urostoma) en uitgebreide pelviene reconstructies beïnvloeden zowel de somatische fysiologie als de psychoseksuele integriteit. Zenuwbeschadiging aan de plexus hypogastricus kan leiden tot erectiele disfunctie, ejaculatieveranderingen, verminderde vaginale lubricatie of dyspareunie. Tegelijkertijd vormt de zichtbare aanwezigheid van een stoma een directe belasting voor het zelfbeeld en lichaamsbeeld.

- **Neurovasculaire schade:** risico op verlies van autonome aansturing van genitale responsen.
- **Veranderd lichaamsbeeld:** angst voor geur, lekkage en esthetische afwijzing door de partner.
- **Pelviene adhesies en verkorting** van het vaginale kanaal bij uitgebreide reconstructie.

TRAPSGEWIJZE GESPREKSCYCLUS EN ZORGPAD

Het begeleidingsproces volgt een cyclische dynamiek waarin psycho-educatie, communicatiebevordering en fysieke voorbereiding continu op elkaar inwerken.

Stap 1: Somatische & Zenuwstatus Inventariseren

Evalueer het postoperatieve herstel, incontinentierisico's, anatomische veranderingen en medicatiegebruik.

Stap 2: Lichaamsbeeld & Zelfbeleving Verkennen

Bespreek belemmerende gedachten rondom het stoma, acceptatie van het littekenweefsel en partnerschaps-dynamiek.

Stap 3: Praktische Aanpassingen & Hulpmiddelen

Introduceer stomabanden, mini-opvangzakjes, vooraf legen en glijmiddelen ter fysieke optimalisatie.

Stap 4: Stapsgewijze Heropbouw van Intimiteit

Herintroduceer niet-genitale en genitale aanrakingen via sensate focus, met nadruk op communicatie en comfort.

KLINISCHE TOEPASSING: PLISSIT-INTERVENTIES & DISCLAIMER

In de praktijk intervenieert de zorgverlener conform de getrapte methodologie van het PLISSIT-model en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid.

- **Permission (P):** Proactief toestemming geven om seksualiteit na bekkeningrepen te bespreken.
- **Limited Information (LI):** Feitelijke voorlichting geven over zenuwbanen, weefselherstel en stoma-impact.
- **Specific Suggestions (SS):** Positiewijzigingen, gebruik van fixatiebanden en sensate-focustechnieken.
- **Intensive Therapy (IT):** Tijdige doorverwijzing naar een geregistreerd seksuoloog NVVS bij complexe disfuncties of trauma.

Klinische Disclaimer & Domeinbeoordeling

Deze mindmap dient uitsluitend als educatief hulpmiddel voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische diagnostiek of behandeling. Vóór definitief klinisch gebruik is domeinspecifieke toetsing door een bevoegd vakdeskundige vereist.

MINDFULNESS-BASED SEKSTHERAPIE (MBST) — LICHAAMSBEWUSTZIJN EN AANDACHTSTRAINING

Theoretisch Kader & Mechanismen van Mindfulness in Sekstherapie

Mindfulness-Based Sekstherapie (MBST), mede gepionierd door dr. Lori Brotto, richt zich op het herstellen van de verbinding tussen lichaam en geest bij seksuele responsproblemen. Veel seksuele disfuncties worden versterkt door cognitieve interferentie, toeschouwersgedrag (spectatoring) en prestatieangst, waardoor interoceptieve gewaarwordingen van opwinding worden geblokkeerd.

- **Spectatoring:** zelf-monitoren vanuit een kritisch observatieperspectief doorbreekt de sensorische verwerking.
- **Aandachtsverschuiving:** gerichte training verplaatst focus van evaluatieve gedachten naar directe tactiele en viscerale prikkels.
- **Vergroten van concordantie:** synchronisatie tussen subjectieve seksuele opwinding en fysiologische genitale reacties.
- **Niet-oordelende houding:** acceptatie van actuele sensaties zonder direct prestatiedoel of orgasmedwang.

Klinische Disclaimer

Deze mindmap-kaart dient als psycho-educatief en klinisch hulpmiddel voor gekwalificeerde behandelaren. Het vervangt geen specialistisch medisch of seksuologisch diagnostisch onderzoek conform de geldende GGZ-zorgstandaarden.

De Aandachtscyclus tijdens Seksuele Stimulatie (MBST-Model)

Tijdens seksuele activiteit fluctueert de aandacht continu tussen sensorische beleving en interfererende gedachten. MBST traint het systematisch opmerken en heroriënteren van deze aandachtscyclus.

1. **Fase 1 (Interoceptieve focus):** Gewaarwording van ademhaling, huidcontact en genitale sensaties.
2. **Fase 2 (Aflieding & oordeel):** Automatische gedachten over falen, lichaamsbeeld of taakeisen dringen binnen.
3. **Fase 3 (Herkenning):** Zonder zelfverwijt constateren dat de aandacht is afgedwaald naar het hoofd.
4. **Fase 4 (Heroriëntatie):** Zachte, bewuste terugkeer naar het sensorische ankerpunt (aanraking of adem).

Stap 1: Psycho-educatie & Validatie

Verhelder het concept spectatoring aan de hand van de aandachtscyclus. Normaliseer afleiding als een natuurlijk neurobiologisch proces.

Stap 2: Solitaire Oefeningen (Formeel)

Start met niet-seksuele lichaamsverkenning (bodyscan) en sensorische focusoefeningen (zoals de rozijnoefening) om interoceptief bewustzijn te versterken.

Stap 3: Solitaire Genitale Mindfulness

Onderzoek genitale sensaties met een strikt observerende, niet-doelgerichte aandacht; orgasme of opwinding is geen vereiste uitkomst.

Stap 4: Relationele Integratie (Sensate Focus)

Herintroduceer partnercontact via sensate focus, waarbij MBST-principes worden toegegast op wederzijdse tactiele gewaarwording zonder coitus.

Klinische Toepassing & Differentiatie (PLISSIT & DSM-5)

MBST kan binnen het PLISSIT-model ingezet worden van Specific Suggestions (SS) tot Intensive Therapy (IT). Selecteer de interventie op basis van het klinisch beeld en differentieer tussen primaire responsproblemen en comorbide psychopathologie.

- **Vrouwelijke seksuele interesse-/opwindingsstoornis (FSIAD):** bewezen effectief voor het herstellen van subjectieve opwinding.
- **Erectiestoornis & Vroegtijdige Ejaculatie:** vermindert sympathische overactivatie en faalangst door ankeren in lichamelijke ontspanning.
- **Genito-pelviene pijn-/penetratiestoornis:** mindfulness integreert effectief met bekkenfysiotherapie om vicieuze spierspanning te dempen.

Terminologiecontrole

Voorafgaand aan formele publicatie vereist deze eenheid een medisch-seksologische terminologieverificatie door een geaccrediteerd supervisor conform NVVS/V&VN kwalitieitskaders.

Geïdentificeerde Cognitieve Interferentie / Inhoud Spectatoring

Gekozen Sensorisch Ankerpunt
(bijv. ademhaling, temperatuur, huidanraking)

Huiswerkopdracht & Frequentie van Oefening
(Sensate Focus / Bodyscan)

Klinische Toepassing & Differentiatie (PLISSIT & DSM-5)

MBST kan zeksuele seksuele interesse-/opwindingen beperkte effectief voor het herstellen van subjectieve opwinding.

- **Erectiestoornis & Vroegtijdige Ejaculatie:** vermindert sympathische overactivatie en faalangst door ankeren in lichamelijke ontspanning.
- **Genito-pelviene pijn-/penetratiestoornis:** mindfulness integreert effectief met bekkenfysiotherapie om vicieuze spierspanning te dempen.

De Aandachtscyclus tijdens

Gewaarwordingen effectief voor het herstellen van subjectieve opwinding.

- Fase 3 (Herkenning): constateren dat de aandacht is afgedwaald naar het hoofd.

Is er sprake van actief ongeïntegreerd seksueel trauma of ernstige dissociatie?

Ja:
cliënt dissociëert bij lichaamsgerichte focus

Onderbreek interoceptieve MBST; focus eerst op externe aarding (5-4-3-2-1 zintuigenmethode) en trauma-behandeling alvorens genitaal bewustzijn te trainen.

Nee:
cliënt ervaart uitsluitend cognitieve aflieding of milde prestatiedruk

Continueer het 8-weeks MBST-protocol gecombineerd met sensate focus en interoceptieve aandachtsverschuiving.

Reflectie & Aantekeningen

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) IN DE SEKSUOLOGIE — WAARDEN EN BEREIDHEID

ACT-Kernprocessen bij Seksuele Klachten

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) richt zich binnen de seksuologische hulpverlening op het vergroten van psychologische flexibiliteit rondom intimiteit en lichamelijke gewaarwordingen. In plaats van angst, prestatiedruk of lichamelijk ongemak direct te willen reduceren, leert de cliënt ruimte te maken voor deze ervaringen zonder het seksuele contact te vermijden.

1. **Cognitieve defusie:** Leren waarnemen van belemmerende gedachten ("ik moet presteren", "mijn lichaam faalt") als mentale gebeurtenissen in plaats van absolute feiten.
2. **Bereidheid en acceptatie:** Het toelaten van spanning, prestatieangst of erectieverlies zonder direct te vechten of contact te staken.
3. **Zelf-als-context:** Het observerende zelf ervaren, los van fysieke reacties of prestatiemetingen.
4. **Contact met het hier-en-nu:** Gerichte zintuiglijke aanwezigheid tijdens aanraking en intimiteit.
5. **Waarden:** Verhelderen wat wezenlijk betekenisvol is in verbinding, intimiteit en seksualiteit.
6. **Toegewijd handelen:** Concreet handelen vanuit gekozen waarden, ongeacht wisselende fysiologische respons.

Klinische disclaimer & Verantwoording

Deze kaart biedt psycho-educatieve structurering voor zorgverleners en vervangt geen individuele medische of psychologische diagnostiek. Conform richtlijnen dient specialistische terminologie vóór klinische toepassing te worden geteetst aan de actuele multidisciplinaire behandelkaders.

De Seksuologische Hexaflex: Van Vermijding naar Waardegerichte Intimiteit

Het cyclische proces van seksuele lijdensdruk ontstaat frequent door ervaringsvermijding (experiential avoidance). ACT doorbreekt deze vicieuze cirkel door de cliënt te begeleiden van controlegerichte vermijding naar een waardegerichte houding in bed.

1. **Fase 1 (Fusie & Vermijding):** Fixatie op fysieke opwinding leidt tot angst voor controleverlies en uitdoving van genot.
2. **Fase 2 (Pauze & Aanwezigheid):** Gronden in het lichaam en zintuiglijke gewaarwording zonder seksueel doel.
3. **Fase 3 (Waarde-identificatie):** Herdefiniëren van intimiteit rond tederheid, plezier of verbinding.
4. **Fase 4 (Toegewijde Actie):** Samen met de partner intieme interacties aangaan volgens eigen gekozen waarden.

Stappenplan voor de therapeut

1. **Herkennen van cognitieve fusie**
   Breng automatische gedachten in kaart die optreden bij initiatie of fysiek contact (bijv. "als ik nu geen erectie krijg, is het verpest" of "mijn pijn verpest de sfeer").
2. **Creëren van defusie-afstand**
   Oefen met het labelen van het denkproces: "Ik merk dat ik de gedachte heb dat mijn lichaam moet presteren".
3. **Verkennen van ervaringsbereidheid**
   Onderzoek de bereidheid om ongemak, onvolledige opwinding of kwetsbaarheid toe te laten ten gunste van intimiteit.
4. **Formuleren van waardegerichte afspraken**
   Stel samen met cliënt (en partner) concrete, laagdrempelige gedragsexperimenten op die niet gericht zijn op orgasme of penetratie.

Klinische Toepassing & PLISSIT-Inbedding

Binnen het PLISSIT-model integreert de ACT-aanpak naadloos in de stappen Specific Suggestions (SS) en Intensive Therapy (IT). Het helpt prestatiedruk te deconstureren en ondersteunt terugvalpreventie door flexibele omgang met terugkerende fysiologische variaties.

1. **Toestemming (P):** Normaliseren dat seksuele respons fluctueert en dat spanning een begrijpelijke fysieke reactie is.
2. **Gerichte suggesties (SS):** Oefeningen in waardengebaseerde sensate focus waarbij de focus ligt op nieuwsgierigheid en gewaarwording.
3. **Intensieve therapie (IT):** Multidisciplinaire samenwerking met bekkenfysiotherapie bij aanhoudende pijn- of bekkenbodemspanning.

Praktijkpunt

Let op verborgen controle: cliënten setten acceptatie soms in als techniek om alnsog sneller opgewonden te raken. Bereidheid vereist oprechte openheid voor iedere uitkomst.

Klinische gegevens & werkafspraken

Geidentificeerde seksuele kernwaarden van de cliënt (bijv. speelsheid, rust, emotionele nabijheid)

Voornaamste belemmerende overtuigingen / fusieregels

Overeengekomen waardegerichte gedragsoefening zonder prestatiedoel

Beslisboom: Acute vermijding en genito-pelviene pijn?

Is er sprake van acute vermijding als gevolg van aanhoudende genito-pelviene pijn?

- **Ja** → Sluit actieve somatische pathologie uit, verwijs naar bekkenfysiotherapie en richt ACT primair op acceptatie en niet-penetratieve intimiteit.
- **Nee** → Start met defusieoefeningen en waardegerichte sensate focus volgens de stappen Specific Suggestions.

SEKSUELE HULPMIDDELEN EN SEKSTOYS — THERAPEUTISCHE INDICATIESTELLING EN VEILIGHEID

Indicatiestelling en Therapeutisch Kader

Seksuele hulpmiddelen worden binnen de seksuologische praktijk doelgericht ingezet bij specifieke disfuncties, oncologische nazorg, veroudering of chronische aandoeningen.

- **Vaginale dilatoren:** progressieve desensitisatie en weefseloprekking bij vaginisme, dyspareunie of na bekkenbestraling
- **Vacuümpompen en erectieringen:** mechanische ondersteuning bij ectiele disfunctie en herstel na prostatectomie
- **Vibrators en stimulatiemiddelen:** verhoging van sensorische input bij opwindingsstoornissen of verminderde gevoeligheid
- **Glijmiddelen en moisturizers:** reductie van wrijvingsweerstand en symptoombestrijding bij genitourinair syndroom van de menopauze (GSM)

Klinische Disclaimer

Deze educatieve kaart dient als praktijkondersteuning voor professionals en vervangt geen individuele medische diagnostiek of behandeling. Controleer anatomische en medische contra-indicaties.

Klinisch Stappenplan bij Toepassing van Hulpmiddelen

De professionele introductie en begeleiding van seksuele hulpmiddelen verloopt methodisch via vier opeenvolgende stappen conform het PLISSIT-model.

Veiligheid, Materiaal en Differentiatie

Kies het juiste type hulpmiddel en glijmiddel op basis van klinische compatibiliteit, weefselconditie en veiligheidsnormen.

Materiaalveiligheid: uitsluitend lichaamsveilige, ftalaatvrije materialen zoals medische siliconen, borosilicaatglas of ABS-kunststof

Glijmiddel-interactie: waterbasis is universeel veilig; siliconenbasis nooit combineren met siliconen hulpmiddelen wegens degradatie

Hygiëne: reinigen met milde antibacteriële zeep of speciale toycleaner; strikte desinfectieprotocollen bij medische dilatoren

Contra-indicaties: actieve infecties, onverklaarde bloedingen of acute weefselontsteking vereisen eerst medisch herstel

Aandachtspunt Weefselkwetsbaarheid

Gebruik bij atrofisch of bestraald slijmvlies uitsluitend isotone, pH-gebalanceerde bevochtigings-middelen zonder parabenen of glycerine.

SEKSUELE GEZONDHEID BIJ HART- EN VAATZIEKTEN: PRINCETON III CONSENSUS

en Inspanningstolerantie

Kader & Risicostratificatie (Princeton III Consensus)

Seksuele activiteit brengt een acute toename van de cardiovasculaire belasting met zich mee. De Princeton III Consensus classificeert hartpatiënten in drie categorieën om de veiligheid van seksuele activiteit en farmacotherapie (zoals PDE5-remmers) te beoordelen.

1. **Laag risico:** Geen significante cardiovasculaire belemmering voor seksuele activiteit of behandeling van seksuele disfuncties.
2. **Intermediair risico:** Noodzaak tot nadere cardiologische evaluatie en inspanningstest voorafgaand aan seksuele activiteit.
3. **Hoog risico:** Ernstige cardiovasculaire instabiliteit; seksuele activiteit en PDE5-remmers zijn gecontra-indiceerd tot stabilisatie optreedt.

Klinische Disclaimer

Deze kaart dient als educatief naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele cardiologische diagnostiek of medisch behandelplan.

Fysiologische Inspanningsbelasting (MET-waarden)

De metabolische belasting van gebruikelijke seksuele activiteit tussen vaste partners is vergelijkbaar met lichte tot matige dagelijkse inspanning en bedraagt gemiddeld **3 tot 5 MET** (Metabolic Equivalent of Task).

- **Inspanningstolerantie:**
  Het zonder klachten kunnen oplopen van twee trappen (ongeveer 20 treden) in een vlot tempo of 1,5 km stevig wandelen staat gelijk aan de piekinspanning tijdens het orgasme.
- **Piekbelasting:**
  Gemiddeld 3 tot 4 MET tijdens de plateaufase, met een kortdurende piek tot 5 of 6 MET gedurende het orgasme (ca. 10-15 seconden).
- **Hemodynamische respons:**
  Hartfrequentie stijgt zelden boven 130 slagen per minuut; systolische bloeddruk blijft bij stabiele patiënten doorgaans onder 170 mmHg.
- **Hemodynamische [illegible]:**
  [illegible] seksuele [illegible] onder 170 mmHg.

Risicostratificatie & Klinische Besluitvorming

Cardiovasculaire categorisering bepaalt het klinische beleid rondom hervatting van seksuele intimitieit en de inzet van erectiemiddelen.

3. PRINCETON III RISICOCATEGORIEËN

1. LAAG RISICO	2. INTERMEDIAIR RISICO	3. HOOG RISICO
Asymptomatische CAD met <3 risicofactoren, gecontroleerde hypertensie, milde stabiele angina, succesvolle revascularisatie >6-8 weken, ongecompliceerd myocardinfarct <6-8 weken.	≥3 risicofactoren voor CAD, matig stabiele angina, recent myocardinfarct tussen 2 en 6 weken, linkerventrikellejectiefractie <40%, hartfalen NYHA klasse II.	Instabiele of refractaire angina pectoris, ongecontroleerde hypertensie, ernstig hartfalen NYHA klasse III-IV, recent myocardinfarct <2 weken, ernstige aortastenose, obstructieve hypertrofische cardiomyopathie.

Welke categorie?

KLINISCHE BESLISBOOM

Onder welke Princeton III risicocategorie valt de patiënt op basis van klinische status?

LAAG RISICO	INTERMEDIAIR RISICO	HOOG RISICO
Actie Seksuele activiteit kan veilig worden hervat; eerstelijnsbehandeling voor seksuele disfunctie (inclusief PDE5-remmers, mits geen nitraten) is toegestaan conform regulier beleid.	**Actie** Uitstellen van seksuele activiteit en farmacotherapie; verwijzen voor inspanningstest (fietsergometrie) en herstratificatie naar laag of hoog risico door behandelend arts/cardioloog.	**Actie** Seksuele activiteit strikt staken; PDE5-remmers en vaatverwijders gecontra-indiceerd; intensieve cardiologische behandeling en stabilisatie vereist voorafgaand aan herbeoordeling.

"Veiligheid, stabiliteit en maatwerk."

Absolute Contra-indicatie: PDE5-remmers en Nitraten

De gelijktijdige inzet van fosfodiësterase type 5-remmers (sildenafil, tadalafil, vardenafil, avanafil) en stikstofmonoxide-donoren of nitraten is absoluut gecontra-indiceerd vavmege het risico op potentieel fatale hypotensie.

- **Mechanisme:**
  PDE5-remmers blokkeren de afbraak van cyclisch GMP (cGMP), terwijl nitraten de synthese stimuleren. Gelijktijdige toediening voroorzakt massale vasodilatatie en hemodynamische collaps.
- **Wachttijden bij noodtoediening van nitraten:**
  Minimaal 24 uur na inname van sildenafil of vardenafil; minimaal 48 uur na inname van tadalafil (wegens langere halfwaardetijd).
- **Educatiepunt:**
  Patiënten moeten expliciet geinstrueerd worden dat bij acute retrosternale pijn tijdens of na seks geen sublinguaal nitroglycerine gebruikt mag worden indien recent een PDE5-remmer is ingenomen; direct medische spoedhulp inschakelen.

Veiligheidswaarschuwing

Informeer ook over het strikte verbod op gelijktijdig gebruik van "poppers" (alkylnitrieten), veelal recreatief benut maar farmacologisch identiek in hypotensief risico.

Gestructureerde Psycho-educatie & PLISSIT-stappen

Stapsgewijze seksuologische en verpleegkundige begeleiding bij hartpatiënten en hun partners, geïntegereerd volgens het PLISSIT-model en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid.

1. **Stap 1: Permission (Toestemming)**
   Maak seksuele thema's proactief bespreekbaar tijdens de cardiologische revalidatie of nacontrole. Normaliseer angst voor een recidief of overlijden tijdens de coïtus ("coitus death anxiety") bij zowel patiënt als partner.
2. **Stap 2: Limited Information** (Feitelijke Psycho-educatie)
   Verklaar dat het absolute risico op een cardiaal event tijdens seks extreem laag is (minder dan 1% van alle infarcten treedt op tijdens coitus). Bespreek medicatie-bijwerkingen op libido en erectie (o.a. bètablokkers).
3. **Stap 3: Specific Suggestions** (Praktische Adviezen)
   Adviseer seksuele activiteit te plannen op momenten van rust, in een comfortabele kamertemperatuur, minimaal 2 uur na een zware maaltijd of alcoholconsumptie, en posities te kiezen die minder fysieke inspanning vereisen.
4. **Stap 4: Intensive Therapy / Terugvalperventie**
   Verwijs bij aanhoudende faalangst, vermijdingsgedrag of relationele spanningen door naar een NVVS-geregistererd seksuoloog of medisch psycholoog voor cognitieve gedragstherapie of sensate focus.

Klinische Checklist Cardiovasculaire Intake

Systematische verificatie van cardiovasculaire en seksuele parameters voorafgaand aan advies of interventie.

- **Inspanningscapaciteit geëvalueerd:**
  Patiënt kan 2 trappen oplopen zonder dyspneu, angina of duizeligheid.
- **Medicatiereview voltooid:**
  Aanwezigheid van onderhoudsnitraten of noodspray (spray/sublinguaal) gecontroleerd.
- **Bloeddruk en ritme stabiel:**
  Geen ongecontroleerde ritmestoornissen of ernstige tensieschommelingen.
- **Partnerbetrokkenheid getoetst:**
  Partnerangst en eventuele relatieveranderingen meegenomen in de voorlichting.

NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN EN SEKSUELE RESPONSEN — DWARSLAESIE EN MS

NEUROGENE SEKSUELLE DISFUNCTIE: CLASSIFICATIEMODEL

Bij neurologische aandoeningen zoals multiple sclerose (MS) en dwarslaesies (ruggenmergletsels) worden seksuele disfuncties systematisch onderverdeeld in drie samenhangende niveaus. Dit onderscheid biedt richting aan gerichte anamnese en stapsgewijze interventies conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

1. **Primaire disfunctie:** Direct gevelg van demyelinisatie of zenuwbaanlaesies die de genitale respons en sensatie moduleren (o.a. verlies van genitale sensibiliteit, erectiele disfunctie, afgenomen vaginale lubricatie en anorgasmie).
2. **Secundaire disfunctie:** Fysieke complicaties en symptomen gerelateerd aan het neurologische ziektebeeld die seksuele activiteit indirect belemmeren (spasticiteit, vermoeidheid, spierzwakte, blaas- of darmfunctiestoornissen en chronische neuropathische pijn).
3. **Tertiaire disfunctie:** Psychosociale en emotionele impact van de chronische beperking (veranderd lichaamsbeeld, angst voor urine-incontinentie tijdens coïtus, stemmingsstoornissen en veranderende relationele rolpatornen).

Klinische Differentiatie

Breng primair neurologische uitval altijd in kaart ten opzichte van secundaire barrières zoals blaasproblemen of medicatiebijwerkingen. Educatieve inhoud vervangt geen medisch-specialistisch onderzoek.

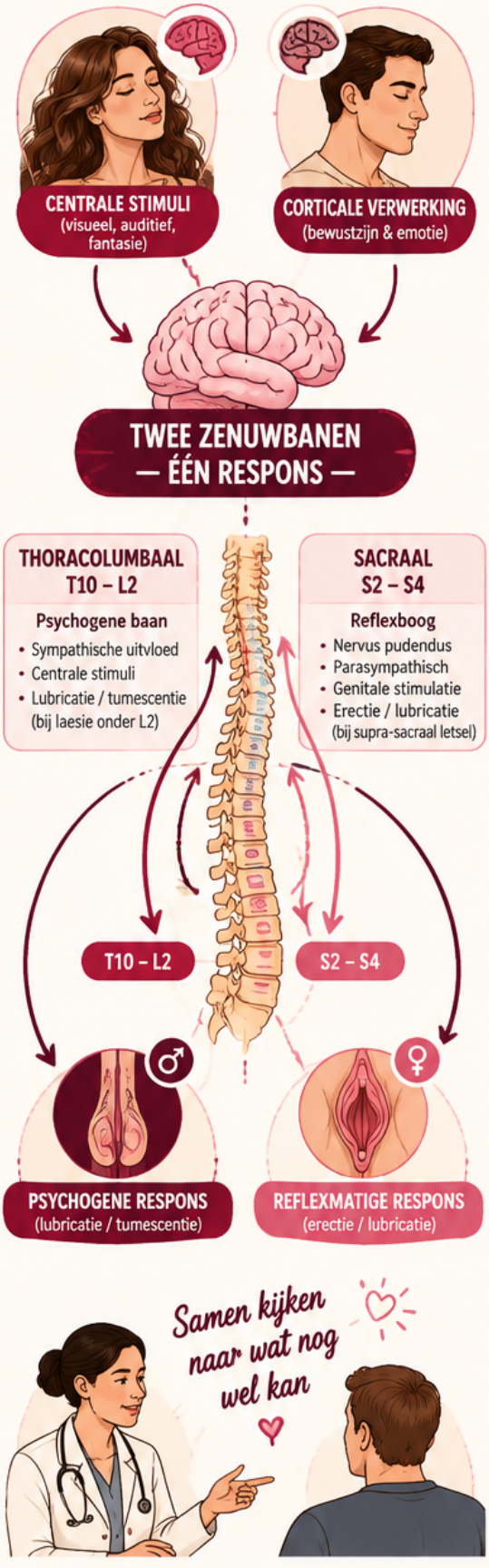
NEURALE REGELKRINGEN: PSYCHOGEEN VERSUS REFLEXMATIG

De seksuele respons verloopt via twee afzonderlijke anatomische zenuwbanen binnen het autonome en somatische zenuwstelsel. De locatie en compleetheid van het ruggenmergletsel bepalen welke responsweg behouden blijft.

1. **Psychogene respons (Thoracolumbaal T10–L2):** Geactiveerd door centrale sensorische en cognitieve stimuli (visueel, auditief, fantasie). Bij een laesie onder L2 blijft psychogene lubricatie of tumescentie doorgaans intact, mits de sympathische uitvloed gespaard is.
2. **Reflexmatige respons (Sacraal S2–S4):** Geactiveerd door directe tactiele stimulatie van de genitaliën via de nervus pudendus en sacrale parasympathische reflexboog. Blijft intact bij supra-sacrale dwarslaesies waarbij het sacrale segment niet beschadigd is.
3. **Autonome dysreflexie:** Acuut levensbedreigende bloeddrukstijging bij laesies op of boven niveau T6, uitgelokt door genitale prikkeling of een volle blaas tijdens seksuele stimulatie; vereist ommidellijke monitoring en preventieve maatregelen.

Veiligheidsrisico: T6 en Hoger

Wees alert op autonome dysreflexie (plotselinge hypertensie, hoofdpijn, flushing boven laesieniveau) bij patiënten met een dwarslaesie boven T6 tijdens masturbatie of coïtus.



KLINISCHE BESLUITVORMING: NEUROGENE INTIMITEITSBEGELEIDING

Stapsgewijze analyse van het neurologisch niveau en functionele klachten om passende multidisciplinaire interventies we bepalen.

Welk type seksuele belemmering staat op de voorgrond bij de patiënt?

1. **Primaire stoornis**
(gevoelloosheid, erectie- of lubricatie-uitval)
→ Evalueer behoud van de sacrale reflexboog (S2–S4); overweeg farmacologische ondersteuning (zoals PDE-5-remmers), mechanische hulpmiddelen (vacuümpomp, vibratiestimulatie) en verken alternatieve erogene zones boven het laesieniveau.
2. **Secundaire stoornis**
(spasticiteit, spasmen, urineverlies of vermoeidheid)
→ Tref timingmaatregelen: plan seksuele activiteit op piekmomenten van energie, leeg vooraf de blaas of intermitterend katheteriseer, en pas positioneringskussens toe om spasmen te minimaliseren.
3. **Tertiaire stoornis**
(verlies van partnerrol, schaamte, verstoord lichaamsbeeld)
→ Zet in op psycho-educatie en sensate focus volgens de PLISSIT-structuur (stap LI en SS), normaliseer veranderde intimiteit en betrek de partner actief bij het herdefiniëren van seksualiteit.

PRAKTIJKPROTOCOLLEN EN GESPREKSVOERING (PLISSIT)

Toepassing van het PLISSIT-model en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid bij patiënten met een chronisch neurologische aandoening.

- **P — Permission (P):** *'Veel mensen met MS of een dwarslaesie ervaren veranderingen in intimiteit. Mag ik u vragen hoe dit bij u gaat?'*
- **LI — Limited Information (LI):** Feitelijke psycho-educatie bieden over de werking van het zenuwstelsel, reflexbanen en veelvoorkomende effecten van medicatie (bijv. anticholinergica of antidepressiva).
- **SS — Specific Suggestions (SS):** Concrete strategieën bespreken rondom positionering, glijmiddelen op siliconenbasis, sensate-focusoefeningen zonder prestatiedruk en aanpassing van stimulatie-technieken.
- **IT — Intensive Therapy (IT):** Tijdige en gerichte doorverwijzing naar een NVVS-geregistreerde seksuoloog of multidisciplinair revalidatieteam bij complexe relationele of psychologische stagnatie.

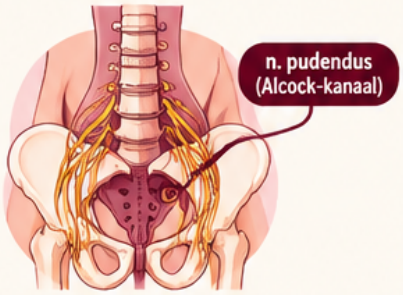
Domeinbeoordeling & Kwaliteitsborging

Dit materiaal dient als psycho-educatief overzicht voor zorgverleners en studenten. Domeinspecifieke validatie van individuele revalidatieprotocollen blijft noodzakelijk conform geldende richtlijnen.

PERSISTENT GENITAL AROUSAL DISORDER (PGAD/GPD) - NEUROVASCULAIRE EN SOMATOSENSORISCHE FACTOREN

KLINISCHE DEFINITIE & NEUROVASCULAIRE FACTOREN

Persistent Genital Arousal Disorder (PGAD), ook gedefinieerd in het spectrum van Genito-Pelvic Dysesthesia (GPD), kenmerkt zich door hardnekkige, spontane en intrusieve fysiologische opwinding (vasocongestie, erectie, pulsatie) zonder bewuste seksuele verlangens. Deze gewaarwordingen verlichten doorgaans niet duurzaam na orgasmes en gaan gepaard met significante lijdensdruk.



- Beknelling of tractie van de nervus pudendus (Alcock-kanaal syndroom of sacrospineuze ligamentcompressie)
- Spinale pathologieën zoals sacrale Tarlov-cysten (perineurale cysten ter hoogte van S2-S4) en cauda equina prikkeling
- Vasculaire malformaties, bekkencongestie-syndroom en abnormale veneuze drainage
- Centrale en perifere somatosensorische sensitisatie met hyperalgesie en allodynie in het genito-perineale gebied
- Neurochemische disbalans en iatrogene factoren, waaronder onttrekking of start van SSRI/SNRI-medicatie

Klinische Context & Veiligheid

Deze educatieve mindmap biedt een interdisciplinair denkkader voor zorgprofessionals en vervangt geen specialistisch medisch, neurologisch of seksuologisch consult.
Vóór definitieve verspreiding dient domeinspecifieke terminologie multidisciplinair geëvaluleerd te worden.

ONDERZOEKS- EN BEHANDELCYCLUS PGAD/GPD

Het etiologische en therapeutische traject bij PGAD/GPD vereist een cyclische integratie van somatische uitsluiting en biopsychosociale interventies.

1 Stap 1: Anamnestische Triggers & Somatosensorische Mapping

Gedetailleerde kartering van sensaties (paresthesieën, brandend gevoel, pulsatie), triggers (zitten, vibraties, stress) en relatie met mictie en defecatie.

2 Stap 2: Neuro-Urologische & Bekkenbodem Diagnostiek

Onderzoek naar bekkentractie, tonus van de musculus levator ani, en gerichte beeldvorming (MRI lumbosacraal/bekken ter evaluatie van Tarlov-cysten en n. pudendus).

3 Stap 3: Farmacologische & Neuromodulatieve Interventies

Evaluatie van zenuwblokkades, transcutane elektrische neurostimulatie (TENS) of neuromodulerende medicatie (gabapentinoïden) bij neuropathische componenten.

4 Stap 4: Bekkenfysiotherapie & Autonome Regulatie

Herstel van myofasciale ontspanning in de bekkenbodem, vermindering van hypertonie en autonome parasympathische hertraining.

5 Stap 5: Seksuologische Begeleiding & Coping binnen PLISSIT

Ontkoppelen van schuldgevoelens rondom onvrijwillige fysiologische responsen, cognitieve herstructurering en acceptatiegerichte therapie.

KLINISCHE TOEPASSING & MULTIDISCIPLINAIRE DIFFERENTIATIE

Toepassing van gestructureerde klinische besluitvorming conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en het PLISSIT-model.

- **Permission (P):** Valideer dat de continue genitale opwinding een neurobiologische/somatische dysregulatie is en geen uiting van hyperseksualiteit.
- **Limited Information (LI):** Verstrek psycho-educatie over centrale sensitisatie en de autonome innervatie van het bekkengebied.
- **Specific Suggestions (SS):** Adviseer gerichte bekkenontspanning, vermijden van continue mechanische stimulatie en zithouding-aanpassingen.
- **Intensive Therapy (IT):** Multidisciplinaire samenwerking tussen seksuoloog NVVS, bekkenfysiotherapeut, neuroloog en pijnspecialist.

Differentiaaldiagnostische Waarschuwing

Onderscheid PGAD zorgvuldig van priapisme (bij mannen medisch spoedeisend), gegeneraliseerde hyperseksualiteit, manische episodes of lokale infectieuze vulvovaginitis.

Is er sprake van acute motore uitval, urineretentie of primair pijnloze ischemische genitale stuwing?

Ja:
Acute urineretentie, zadelanesthesie of ischemisch priapisme

Verwijs met spoed naar de neuroloog of uroloog ter uitsluiting van cauda equina syndroom of ischemische complicaties.

Nee:
Chronische, fluctuerende dysesthesie en niet-erotische genitale opwinding

Start multidisciplinair traject conform PLISSIT: valideer de klacht (P), zet gerichte lumbosacrale/bekkenbodemdiagnostiek in en combineer met bekkenfysiotherapie en seksuologische copingtherapie.

POST-SSRI SEKSUELE DISFUNCTIE (PSSD) – KLINISCH BEELD EN DIFFERENTIATIE

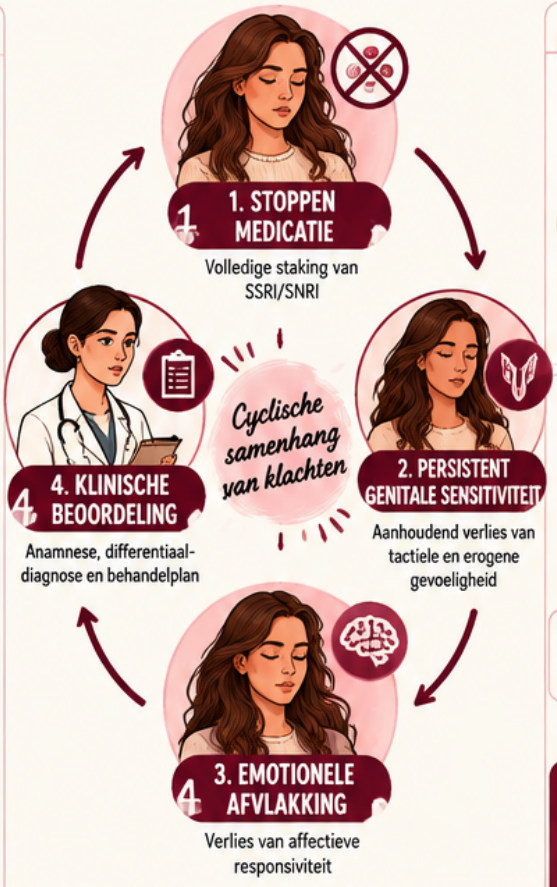
Karakteristieken van PSSD

Post-SSRI Seksuele Disfunctie (PSSD) beschrijft persisterende seksuele en neuropsychologische klachten die aanhouden of ontstaan na volledige staking van serotonerge antidepressiva (zoals SSRI's en SNRI's). In tegenstelling tot voorbijgaande bijwerkingen tijdens actief medicatiegebruik, blijven deze symptomen maanden tot jaren na beëindiging aanwezig.

- **Genitale anesthesie of hypo-esthesie:** opvallend verlies van tactiele en erogene gevoeligheid in het genitale gebied.
- **Ernstige libidoreductie:** aanhoudende afwezigheid van seksuele verlangens, fantasieën en spontane opwinding.
- **Orgasmestoornissen:** anorgasmie, vertraagde ejaculatie of gevoelloze ('plezierloze') orgasmes.
- **Emotionele aflvlakking:** neuropsychologische comorbiditeit met verlies van affectieve responsiviteit ('emotional blunting').

Klinische Differentiatie

Onderscheid persisterende PSSD strikt van een recidief van de onderliggende depressieve stoornis. Het kenmerkende symptoom van tactiele genitale gevoelloosheid is specifieik veor PSSD en niet passend bij een zuiver depressief beeld.



Klinische Beoordelingsstappen bij Klachten na Staken

Systematische anamnese en gefaseerde verkenning conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en het PLISSIT-model.

1. **Stap 1: Medicatie-ananmese en Tijdlijn**
   Documenteer het type antidepressivum, dosering, behandelduur, wijze van afbouwen en het exacte tijdsinterval sinds volledige beëindiging.
2. **Stap 2: Somatische en Sensibele Exploratie**
   Onderzook de aard van de gevoelsvermindering: betref het uitsluitend erogene sensaties of tevens tactiele gevoelloosheid rond clitoris, vulva of glans penis.
3. **Stap 3: Differentiatie Stemming versus Medicatie-effect**
   Evalueer met gevalideerde stemmingsvragenlijsten of er sprake is van remissie van de affectieve stoornis ondanks het aanhouden van de seksuele symptomen.
4. **Stap 4: Toepassing van PLISSIT-interventie**
   Start met Permission (P) en Limited Information (LI) om de klachten te valideren en schuldgevoelens over aanhoudende disfunctie te verminderen.

Differentiaaldiagnostische Beslisboom PSSD

Gebruik onderstaande beslisstructuur om passende zorg en consultatie te bepalen bij aanhoudende seksuele klachten na afbouw van psychofarmaca.

Professionele Disclaimer

Dit overzicht is beodeld voor psycho-educatie en klinische besluitvorming door gekwalificerde zorgprofessionals. Het vervangt geen medisch specialistisch of neurologisch consult.

Zijn de seksuele klachten (zoals genitale gevoelloosheid) anwezig na >6 maanden volledige staking van het antidepressivum bij afwezigheid van actieve depressie?

- **Ja** → Geïsoleerde genitale anesthesie en liltidoverlies bij euthyme stemming → Classificeer als waarschijnlijk PSSD. Start psycho-educatie (LI), overweeg gerichte sensate focus en verwijs zo nodig naar een consulent seksuele geeondheid NVVS of arts-seksuoloog.
- **Nee** → Klachten treden gelijktijdig op met somberheid, verlies van interesse in alle levensdomeinen en slaapstoornissen → Evalueer primair op een recidief van de depressieve stoornis conform GGZ Zorgstandaarden; herbeoordeel medicamenteuze en psychotherapeutische behandelopties.

Klinische Registratie & Observatie

Documentatieformulier voor het intakegesprek en vervolgconsulten.

Gebruikt antidepressivum (stofnaam, dosering, duur)

Stakingsdatum en verloop van afbouw

Aard sensibele klachten (tactiele anesthesie, clitorale/peniele ongevoeligheid)

Stemmingstoestand en differentiatie (PHQ-9 score / klinisch oordeel)

Toegepaste PLISSIT-stap en multidisciplinair behandelplan

Vroegtijdige Ejaculatie (PE) — Neurobiologie en Farmacotherapeutische Interventies

Diagnostische Differentiatie: Levenslang versus Verworven

Conform de DSM-5 en de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties wordt premature ejaculatie (PE) gekarakteriseerd door een persisterend tekort aan vrijwillige controle over het ejaculatietijdstip met substantiële lijdensdruk. Differentiatie tussen subtype en etiologische ontstaanswijze is bepalend voor de interventiekeuze.

1 Levenslange (primaire) PE:
Ejaculatie treedt nagenoeg altijd op binnen circa één minuut na vaginale penetratie, aanwezig vanaf de eerste seksuele ervaringen, met sterke neurobiologische/genetische kwetsbaarheid.

2 Verworven (secundaire) PE:
Aanvang na een periode van normaal functioneren; IELT daalt vaak abrupt of gradueel (vaak <3 minuten), frequent secundair aan erectiestoornissen, urologische aandoeningen (prostatitis, schildklierafwijkingen) of relationele spanning.

3 Variabele en subjectieve premature ejaculatie:
Normale of wisselende IELT waarbij subjectieve controleverlies of overmatige prestatieverwachting domineert; psycho-educatie (PLISSIT Stap 2) volstaat veelal.

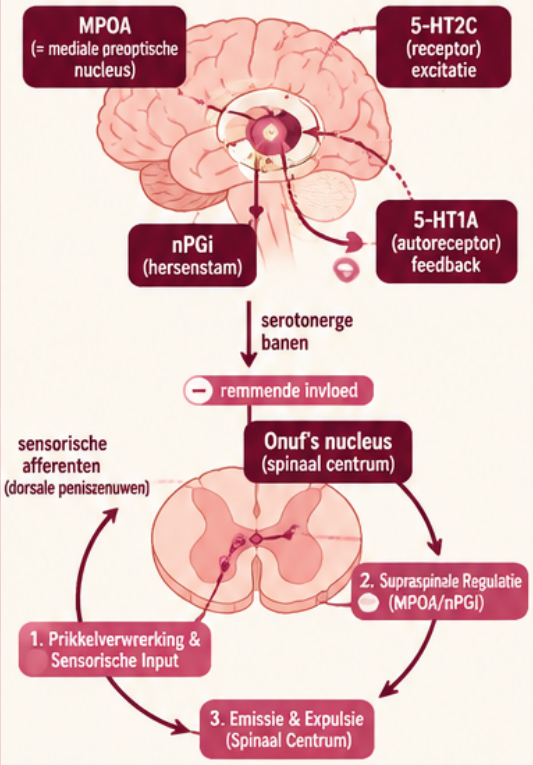
Differentiaaldiagnostische Prioriteit

Wanneer premature ejaculatie samenvalt met een erectiestoornis (ED), wordt conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties prioritair gestart met de behandeling van de erectiestoornis.

Centrale Serotonerge Controle van de Ejaculatiereflex

De ejaculatiereflex wordt op supraspinaal niveau gereguleerd door een samenspel tussen de mediale preoptische nucleus (MPOA) en de nucleus paragigantocellularis (nPGi) in de hersenstam. Serotonine (5-HT) oefent primair een tonisch inhiberende invloed uit via specifieke postsynaptische receptoren.

- **5-HT2C-receptoren:** Postsynaptische stimulatie verhoogt de ejaculatoire drempel en medieert het vertragende effect van serotonine op de motoneuronen in het spinale ejaculatiecentrum (Onuf's nucleus).
- **5-HT1A-autoreceptoren:** Somatodendritische autoreceptoren remmen de serotonine-afgifte in de synapsspleet; chronische overactiviteit of hypersensitiviteit hiervan faciliteert vroege zaadlozing.
- **Centrale balans:** Farmacologische verhoging van de intrasynaptische 5-HT-concentratie vermindert de excitatoire input vanuit de nPGi naar het lumbosacrale ruggenmerg (sympathische emissie en somatische expulsie).



Farmacotherapie & Seksuologische Interventies

Behandeling vereist een trapsgewijze benadering conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties, waarbij medicamenteuze interventies direct gekoppeld of coombineerd worden met seksuologische technieken en partnercommunicatie.

1. On-demand SSRI (Dapoxetine)
- Kortwerkende serotonineheropnameremmer (1-3 uur voor coïtus in te nemen); verlengt de IELT acuet door senile synaptische 5-HT-toename zonder langdurige weefselaccumulatie.

2. Dagelijkse SSRI's
(off-label: paroxetine, sertraline)
- Geïndiceerd bij refractaire primaire PE; maximaal vertragend effect na 1 tot 2 weken dagelijkse inname. Recidief treedt doorgaans op na staken.

3. Topicale anesthetica
(lidocaïne/prilocaïne spray of crème)
- Vermindert de afferente sensaties van glans penis; vereist strikte dosering en condoomgebruik of afwassen vóór penetratie om vaginale verdoving te voorkomen.

Disclaimer Professionele Consultatie

Dit naslagwerk is uitsluitend bestemd voor educatieve doeleinden door zorgprofessionals en vervangt geen individuele klinische diagnostiek, informed consent of artsconsult.

Welk beleid volgt u op basis van het klinisch type premature ejaculatie?

1 Primaire (levenslange) PE met ernstige lijdensdruk
- Medicamenteuze interventie (on-demand dapoxetine of dagelijkse SSRI) is veelal de primaire effectieve pijler, gecombineerd met psycho-educatie en stop-start instructies.

2 Secundaire (verworven) PE met partner- of psychogene component
- Prioriteer seksuologische begeleding (sensate focus, opwindingsregulatie, partnergesprek conform PLISSIT SS/IT); overweeg farmacotherapie uitsluitend bij onvoldoende effect of specifieke motivatie.

3 PE co-morbide met Erectiele Disfunctie (ED)
- Behandel conform richtlijn eerst de erectiestoornis (bijv. PDE-5-remmer en angstvermindering); evalueer pas daarna persisterende ejaculatietijd.

1 Prikkelverwerking & Sensorische Input

Dorsale peniszenuwen geleiden tactiele en erotische afferente prikkels naar het lumbosacrale ruggenmerg en hogere cerebrale centra (thalamus, sensomotorische cortex).

2 Supraspinale Regulatie (MPOA/nPGi)

De nPGi in de hersenstam zendt serotonerge (5-HT) inhiberende banen naar spinaal niveau; bij primaire PE ontbreekt afdoende tonische remming via 5-HT2C-receptoren.

3 Emissie & Expulsie (Spinaal Centrum)

Het bereiken van de ejaculatoire drempel triggert sympathische contractie van prostituele zaadblaasjes en vas deferens (emissie), direct gevolgd door ritmische samentrekking van m. bulbospongiosus (expulsie).

PROSTAATKANKERBEHANDELING EN SEKSUALITEIT

1. MEDISCHE INTERVENTIES EN FYSIOLOGISCHE IMPACT

De curatieve en palliatieve behandeling van prostaatkanker omvat ingrepen die directe schade kunnen toebrengen aan neurovasculaire structuren en endocriene evenwichten. Een helder onderscheid tussen zenuwbeschadiging, microvasculaire verlittekening en endocriene blokkade is klinisch noodzakelijk voor adequate verwachtingsmanagement en revalidatie.

Radicale Prostatectomie (RP)

- Risico op tractie- of doorsnijdingsletsel aan de nervi erigentes (plexus prostaticus/ caverneuze zenuwen) leidend tot erectiele disfunctie en verlies van ejaculaat door resectie van prostaat en zaadblaasjes (droog orgasme).

Radiotherapie (EBRT en Brachytherapie)

- Geleidelijke endarteriitis obliterans en progressieve interstitiële fibrose in de corpora cavernosa, waardaar erectieverlies vaak pas 12 tot 24 maanden na bestraling manifest wordt.

Androgeendeprivatietherapie (ADT)

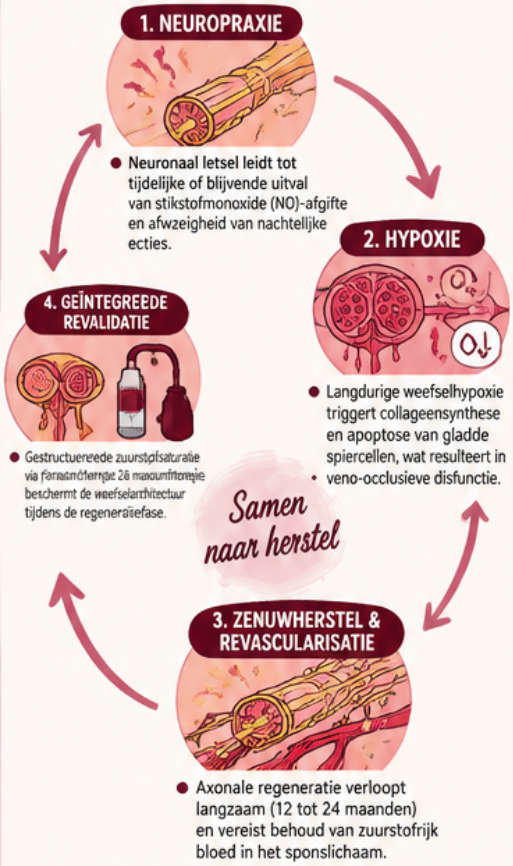
- Scherp testosteronverlies induceert een ingrijpende daling van seksueel verlangen (libido), verlies van spontane/nachtelijke ecctties, vermoeidheid, stemmingsveranderingen en verlies van spiermassa.

Klinische Differentiatie: Orgasme versus Ejaculatie

Ejaculatie en orgasme zijn neurofysiologisch gescheiden processen. Na prostatectomie is ejaculatie fysiek afwezig ('anejaculatie' of 'droog orgasme'), maar het orgastisch gevoel via de nervus pudendus blijft anatomisch intact, mits patiënt gerustgesteld wordt over deze dissociatie.

2. NEUROGENE UITVAL EN ERECTIELE REVALIDATIECYCLLS

Het cyclische herstelmodel toont hoe postoperatieve caverneuze neuropraxie leidt tot structurele hypoxie en weefselveranderingen, en hoe verege interventie deze vicieuze cirkel tracht te dourbreken.



Cave: Climacturie en Penislengteverlies

Bespreek proactief mogelijke bijwerkiengen zoals urineverlies tijdiens het orgasme (climacturie) en subjectieve verkorting van de penis door retractie en fibrose. Open communicatie veorkomt schaamte en vermijding van intimiteit.

Stappenplan Erectiele Revalidatie

1. **Stap 1: Pre-operatieve Counseling en Nulmeting**
   Breng de pre-existente erectiele functie (bijv. via IIEF-5) en partnerrelatie in kaart. Verhelder de anatomische consequenties en definieer realistische hersteltermijnen.
2. **Stap 2: Vreege Zuurstofvoorziening (Weken 2-6 post-katheter)**
   Start conform protocol met laagdrempelige PDE-5-remmers (dagelijks laaggedoseerd of op vraag) en/of vacuümpomptherapie om passieve oxidatie van caverneus weefsel te stimuleren.
3. **Stap 3: Escalatie bij Onvoldoende Respons (Maanden 2-6)**
   Evalueer de zenuwgeleiding en overweeg intracaverneuze injectietherapie (bijv. alprostadil) of intra-urethrale applicatie om rigide erecties en intimitieit mogelijk te maken.
4. **Stap 4: Langetermijnevaluatie en Definitieve Opties (Na 18-24 Maanden)**
   Beoordeel definitief functioneel herstel. Bij therapieresistente neurogene uitval kan reconstructieve chirurgie (zoals een erectieprothese) worden overwogen binnen een multidisciplinair team.

3. BEGELEIDING, PLISSIT-INTERVENTIE EN DIFFERENTIATIE

Erectieherstel na prostaatkankerbehandeling vraagt om een biopsychosociale aanpak waarbij biomedische revalidatie wordt gecombineerd met relationele en cognitieve ondersteuning.

P — Permission (P)
Expliciet toestemming verlenen om veranderde seksualiteit, urineverlies bij intimiteit en verlies van mannelijkheidsgevoel bespreekbaar te maken.

LI — Limited Information (LI)
Gerichte psycho-educatie over het verschil tussen erectie, orgasme en fertilitieit, evenals het fysiologische tijdpad van zenuwherstel.

SS — Specific Suggestions (SS)
Verbreden van het seksuele repertoire (non-coitale intimiteit, seksspeeltjes, masturbatietechnieken, verandering van houding bij vermoeidheid of pijn).

IT — Intensive Therapy (IT)
Doorverwijzing naar een gegeijstreerd seksuoloog NVVS bij hardhekkige relationele spanningen, depressieve decompensatie of vermijdingsgedrag.

Disclaimer en Domeinbeoordeling

Mindmap-kaart fungeert uitisluitend als educatief overzicht voor zorgprofessionals en vervaagt geen individuele oncologische of urologische consultatie. Vóór definitieve publicatie dient een domeinspecifieke medisch-seksuologische terminologiecontrole door een vakdeskundige te worden uitgevoerd.

KLINISCHE BESLISBOOM

Vertoont de patiënt spontaan herstel van functionele erecties na zenuwsparende prostatectomie?

Ja (voldoende tumescentie voor coitus)	Nee, partiële of afwezige tumescentie (binnen 6-12 mnd)	Therapieresistent na >24 mannden met ernstige lijdensdruk
Handhaaf zo nodig PDE-5-remmer 'on demand', normaliseer non-coitale intimiteit en monitor stabiliteit na 12 maanden.	Intensiveer erectiele revalidatie via intracaverneuze farmacotherapie (alprostadil) of vacuümpomp; bied relatie- en sekstherapeutische begeleiding volgens PLISSIT-niveau SS.	Verwijs naar urologie voor evaluatie van erectieprothese en naar een seksuoloog NVVS voor verwerkings- en partnertraject (PLISSIT IT).

Borstkanker, Hormoontherapie en Seksuele Revalidatie

Oncologische Behandeling & GSM: Etiologie en Hormonale Dynamiek

Adjuvante endocriene therapieën en chemotherapie bij mammacarcinoom induceren een acute, uitgesproken hypo-oestrogene status. Dit leidt frequent tot het Genitourinair Syndroom van de Menopauze (GSM) en ernstige seksuele disfuncties.

1. **Aromataseremmers** (o.a. anastrozol, letrozol, exemestaan): blokkeren perifere oestrogeensynthese, resulterend in vrijwel complete depletie en uitgesproken mucosale atrofie.
2. **Tamoxifen (SERM)**: selectieve oestrogeenreceptormodulator; geeft partiële antagonistische effecten op het vaginale slijmvlies, resulterend in droogheid, jeuk en verhoogde kwetsbaarheid.
3. **Chemotherapie-geïnduceerde ovariële suppressie:** abrupt verlies van endocriene ovariële functie met acute opvliegers, nachtzweten en versnelde urogenitale involutie.
4. **GSM-seksueel symptomencomplex:** verlies van vaginale elasticiteit, epitheliale verdunning, pH-verhoging, dyspareunie, postcoïtaal bloedverlies en secundair verminderd seksueel verlangen.

Klinische Differentiaaldiagnose

Onderscheid vulvovaginale atrofie van secundaire bekkenbodemoveractiviteit (beschermingsspanning), infectieuze vaginitis en neuropathische vulvodynie ten gevolge van eerdere bestraling of chirurgie.

Gefaseerde Seksuele Revalidatiecyclus na Borstkankerbehandeling

Het cyclische herstelmodel integreert somatische, musculaire en psycho-seksuele interventies conform de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid en de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

1. **Fase 1 (Niet-hormonale Mucosale Hydratatie):** Dagelijks structureel gebruik van hyaluronzuur- of polycarbofiel-gebaseerde vaginale bevochtigers, gecombineerd met siliconen- of watergedragen glijmiddelen bij seksuele activiteit.
2. **Fase 2 (Pelvi-perineale Destimulatie & Dilatatie):** Bekkenfysiotherapeutische begeleiding gericht op tonusreductie van de bekkenbodem en gedoseerd gebruik van medische pelvi-dilatatoren bij vaginale stenose of reflexmatige contractie.
3. **Fase 3 (Geleidelijke Resensitisatie & Sensate Focus):** Herstel van niet-coïtaal lichaamscontact en systematische sensate-focusoefeningen ter vermindering van anticipatoire faalangst en herwaardering van het veranderde lichaamsbeeld.
4. **Fase 4 (Multidisciplinaire Evaluatie & Shared Decision-Making):** Evaluatie van behandelrespons; bij persisterende refractaire klachten intercollegiaal overleg met medisch oncoloog over geïndividualiseerde ultra-laaggedoseerde lokale therapie.

Oncologische Veiligheidsnota

Vaginale oestrogenen zijn relatief gecontra-indiceerd bij hormoongevoelig mammacarcinoom, in het bijzonder onder aromataseremmers. Lokale hormonale applicatie vereist altijd expliciete afstemming met de behandelend oncoloog.

Trappedragend PLISSIT-Protocol in de Oncologische Praktijk

Praktische handvatten voor de consulent seksuele gezondheid, verpleegkundig specialist, arts en seksuoloog NVVS volgens het getrapte zorgmodel.

1 Permission (P)

Proactief bespreken tijdens elke follow-up: 'Behandelingen met anti-oestrogenen beïnvloeden vaak de opwinding en vaginale vochtigheid. Hoe ervaart u dit momenteel?'

2 Limited Information (LI)

Voorlichting geven over weefselveranderingen door oestrogeendepletie, afwezigheid van spontane lubricatie en normalisatie van aanpassingen in het seksueel repertoire.

3 Specific Suggestions (SS)

Concrete instructies over geur- en conserveermiddelvrije hydratatiecrèmes, sensate focus zonder penetratiedruk, en bekkenbodemontspanningsoefeningen.

4 Intensive Therapy (IT)

Doorverwijzing naar een gecertificeerd Seksuoloog NVVS of bekkenfysiotherapeut bij ernstige dyspareunie, vermijdingsgedrag of complexe relationele ontregeling.

Domeinreview & Professionele Verantwoording

Deze kaart dient als educatief hulpmiddel voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele oncologische of medische consultatie. Voor definitieve toepassing in een behandelsetting is lokale farmacotherapeutische verificatie aanbevolen.

Welke interventiestap is geïndiceerd bij dyspareunie onder hormonale therapie?

1 Klachten van oppervlakkige frictie en mucosale droogheid zonder spierhypertonie

→ Start niet-hormonale vaginale bevochtigers (2-3x per week) en hoogwaardig siliconenglijmiddel bij seksueel contact (PLISSIT Stap 2/3).

2 Klachten van vaginale stenose, reflexmatige bekkenbodemspasmen of ernstige anticipatie-angst

→ Verwijs naar geregistreerd bekkenfysiotherapeut voor tonusregulatie en start een traject met pelvi-dilatatoren gecombineerd met sensate focus (PLISSIT Stap 3/4).

3 Persisterende ernstige atrofie ondanks maximaal niet-hormonaal beleid

→ Plan multidisciplinair overleg met behandelend medisch oncoloog voor afweging van ultra-laaggedoseerde lokale oestrogenen versus systemische veiligheid.

SEKSUELE GRENSOVERSCHRIJDING EN RISICOTAXATIE

Forensisch-Seksologische Diagnostiek en Kaders

Binnen de forensische seksuologie richt diagnostiek zich op het begrijpen van seksueel grensoverschrijdend gedrag en het **inschatten** van **recidiverisico's**. Het biopsychosociale kader verbindt persoonskenmerken, dynamische kwetsbaarheden en contextuele uitlokkers om een integraal beeld te vormen.

- **Onderscheid** tussen statische voorspellers **en veranderbare** dynamische risicofactoren
- **Integratie** van criminogene behoeften met personelijke welzijnsdoelen
- Ondersteuning van gestructureerde klinische oordeelsvorming (Structured Professional Judgement)

Educatieve Disclaimer

Deze educatieve mindmap vervangt geen formele forensisch-diagnostische rapportage, geaccrediteerde risicotaxatie of specialistisch multidisciplinair behandelplan.

Taxatiekaders en Modellen in Balans

Effectieve risicobeheersing combineert actuariële risicotaxatie-instrumenten met rehabilitatieve behandelmodellen om zowel recidivereductie als duurzame gedragsverandering ve waarborgen.

- **Static-99R:** actuariële inschatting van historisch vastgelegde, onveranderbare risicofactoren (zoals delictgeschiedenis, leeftijd en slachtofferkenmerken)
- **Stable-2007:** systematische scoring van stabiele dynamische factoren (zoals seksuele preoccupatie, impulsiviteit, intimiteitstekorten en vijandigheid)
- **Good Lives Model (GLM):** herstelgericht perspectief gericht op het realiseren van primaire universele levensdoelen op een prosociale, veilige manier

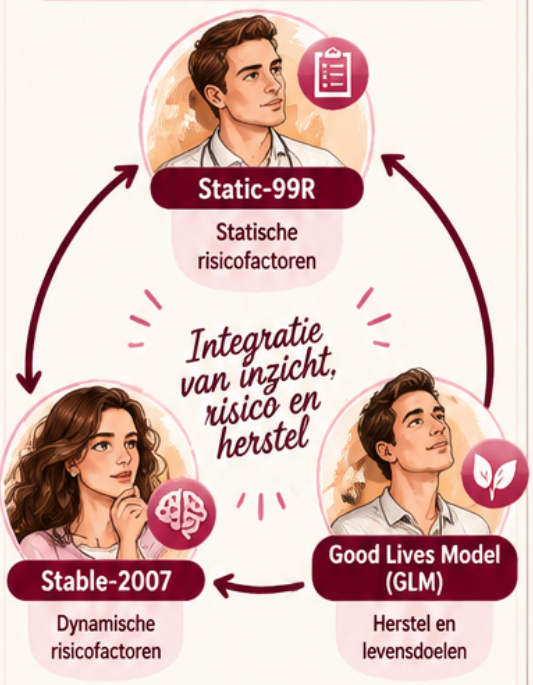
Klinische Aandacht

Risicofactoren mogen nooit los van de omgevingscontext en de specifieke relationele dynamiek worden geïnterpreteerd.

Forensisch Diagnostisch Redeneerproces

Het klinisch protocol voor forensisch-seksologische risicotaxatie en behandelplanning verloopt via een vaste volgerde:

1. **Statische Risicobepaling**
   Breng onveranderbare historische data en delictvariabelen objectief in kaart via instrumenten zoals de **Static-99R** om het basisrisico vast te stellen.
2. **Dynamische Evaluatie**
   Beoordeel actuele attituden, emotieregulatie, intimitieitscompetenties en dynamische risicofactoren via gevalideerde schalen zoals de **Stable-2007**.
3. **GLM Behoefteanalyse**
   Identificeer welke primaire menselijke behoeften (Good Life Goals) de betrokkene disfunctioneel trachtte te vervullen tijdens het grensoverschrijdende gedrag.
4. **Geïntegreerd Risicomanagement**
   Formuleer een individueel delictpreventie- en behandelplan waarin risicovermindering hand in hand gaat met het ontwikkelen van gezonde vaardigheden.



Klinische Implementatie en Verwijsoverweging

Beslisboom voor gestructureerde risicotaxatie en behandelinterventie bij grensoverschrijdend seksueel gedrag.

Welk type risicoprofiel en behandelindicatie staat primair op de voorgrond?

1

Aanwezigheid van acute relationele ontremming of dynamische destabilisatie zonder acuut recidivegevaar

→ Intervenieer direct op emotieregulatie, versterk de sociale contextbeheersing en monitor wekelijks via dynamische evaluatielijsten.

2

Matig tot hoog actuarieel delictrecidiverisico met verankerde seksuele preoccupatie en vermijdende copingsstrategieën.

→ Indicatie voor intensief forensisch **zorgtraject:** combineer gestructureerde delictanalyse met GLM-vaardigheidstraining binnen een gespecialiseerd MDO.

PIJN BIJ DE MAN: CHRONISCHE BEKKENPIJN & PUDENDUSNEURALGIE

Klinische Kernconcepten & Differentiatie

Chronische bekkenpijn bij mannen presenteert zich frequent als een complex multifactorieel pijnsyndroom warebij somatische, neurogene en psychosociale factoren interfereren met de seksuele respons en levenskwaliteit.

- **Chronisch Bekkenpijnsyndroom (CP/CPPS, NIH Categorie III):** aanhoudende bekken- of genitale pijn gedurende minstens 3 van de afgelopen 6 maanden zonder aantoonbare urogenitale infectie.
- **Pudendusneuralgie:** neuropathische pijn in het innervatiegebied van de nervus pudendus (perineum, scrotum, penis, anorectaal), typisch verergerend bij zitten en afwezig tijdens liggen.
- **Orchialgie en epididymale pijn:** chronische testiculaire pijn zonder bacteriële orchiepididymitis, vaak gemedieerd door overprikkeling van het bekkenbodemcomplex.
- **Hypertonie van de bekkenbodem:** persisterende verhoogde spiertonus met myofasciale triggerpoints die uitstralen naar de penisbasis en het perineum.

Aandachtspunt Differentiaaldiagnose

Sluit bij acute of progressieve urogenitale pijn altijd eerst urologische infecties (NIH Categorie I en III prostatitis), urolithiasis, urethrastricturen en testiculaire maligniteiten uit.

De Vicieuze Cirkel van Pelviene Pijn & Seksuele Disfunctie

Het centrale etiologische proces toont hoe somatische nociceptie en psychoseksuele stress elkaar wederzijds versterken via autonome en neuromusculaire cascades.

- **Fase 1 (Prikkel / Nociceptie):** Initieel weefseltrauma, zenuwbeknelling (entrapment in bat Alcock-kanaal) of aanhoudende microtraumata (bijv. intensief wielrennen).
- **Fase 2 (Neuromusculaire respons):** Reflectorische bekkenbodemhypertonie, myogene spasmen en lokale weefselischemie.
- **Fase 3 (Centrale sensitisatie & angst):** Verlaagde pijndrempel, anticipatieangst voor ejaculatiepijn of dyspareunie, en sympathische overactivatie.
- **Fase 4 (Seksuele disfunctie):** Secundaire erectiestoornissen, pijnlijke zaadlozing, verminderd libido en relationele vermijding.

1. PRIKKEL / NOCICEPTIE

Initieel weefseltrauma, zenuwbeknelling (entrapment in het Alcock-kanaal) of aanhoudende microtraumata (bijv. intensief wielrennen).

2. NEUROMUSCULAIRE RESPONS

De bekkenbodemmusculatuur reageert met continue verhoogde tonus, wat resulteert in verminderde doorbloeding en ophoping van metabolieten.

3. CENTRALE SENSITISATIE & ANGST

Verlaagde pijndrempel, anticipatieangst voor ejaculatiepijn of dyspareunie, en sympathische overactivatie.

4. SEKSUELE DISFUNCTIE

Secundaire erectiestoornissen, pijnlijke zaadlozing, verminderd libido en relationele vermijding.

Klinische Toepassing & Multidisciplinair Traject

De diagnostiek en behandeling van CP/CPPS en pudendusneuralgie vergen een geïntegreerde aanpak conform de **Zorgstandaard Seksuele Disfuncties** en het **PLISSIT-model.**

- **Permission (P):** Expliciet informeren naar bekkenpijn, pijn bij ejaculatie en invloed op intimiteit met open, normaliserende vragen.
- **Limited Information (LI):** Psycho-educatie over het zenuwstelsel, de werking van de bekkenbodemspieren en de fysiologie van gerefereerde pijn.
- **Specific Suggestions (SS):** Verwijzing naar geregistreerde bekkenfysiotherapeut voor myofasciale ontspanning; tijdelijke aanpassing van seksuele technieken.
- **Intensive Therapy (IT):** Seksuologische cognitieve gedragstherapie gericht op pijn-verwerking, relaxatie en herstel van sensate focus.

Domeinreview en Beperking

Dit schema dient voor educatieve en ondersteunende dooleinden binnen het consult. Vóór definitieve klinische publicatie is vakdeskundige verificatie van specifieke terminologie vereist. Dit vervangt geen medisch specialistisch urologisch onderzoek.

Welk klinisch profiel staat op de voorgrond bij de mannelijke patiënt met bekkenpijn?

1. Neuropathische pijn (branderig, uitstralend perineaal/scrotaal, erger bij zitten, 'golfbalgevoel')
   - Evalueer pudendusneuralgie (Nantes-criteria); betrek neuroloog/ pijnspecialist en gespecialiseerde bekkenfysiotherapie voor ontlasting van het Alcock-kanaal.
2. Myofasciale hypertonie met dyspareunie of pijn na ejaculatie zonder afwijkende urineкkweek
   - Classificeer als CP/CPPS (NIH-III); initieer biofeedback bekkenfysiotherapie, psycho-educatie (PLISSIT LI/SS) en sensate-focus aanpassingen.
3. Tekenen van acute infectie (koorts, pyurie, acute urineretentie) of testiculaire zwelling
   - Directe doorverwijzing naar huisarts of uroloog voor uitsluiting van bacteriële prostatitis of acute scrotale pathologie.

SEKSUELE DISFUNCTIES BIJ DIABETES MELLITUS: MICROVASCULAIRE EN AUTONOME NEUROPATHIE

PATHOFYSIOLOGISCHE BASIS: ENDOTHEEL EN NEUROGENE TRANSMISSIE

Chronische hyperglykemie induceert biochemische cascades (waaronder AGE-stapeling, activatie van proteïnekinase C en oxidatieve stress) die leiden tot diffuse microvasculaire en perifere/autonome zenuwbeschadiging. Dit ondermijnt het fundamentele neurovasculaire mechanisme van de genito-pelviene respons bij zowel mannen als vrouwen:

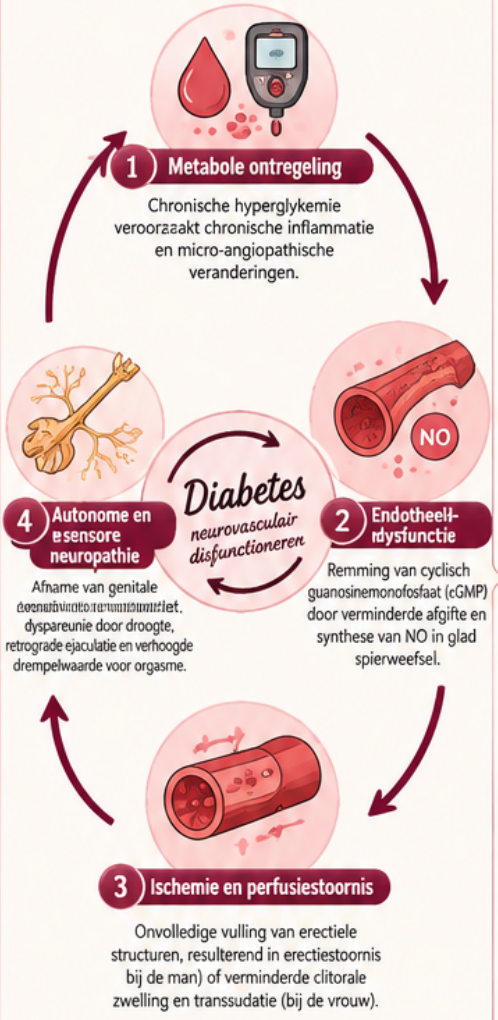
- **Endotheeldisfunctie:** Verminderde biologische beschikbaarheid van stikstofmonoxide (NO) en dysfunctie van eNOS blokkeren de noodzakelijke relaxatie van glad spierweefsel in caverneuze en clitorale bloedvaten.
- **Autonome neuropathie:** Beschadiging van parasympathische sacrale vezels (S2–S4) belemmert vasodilatatie en secretoire transsudatie; sympathische beschadiging (T11–L2) induceert retrograde ejaculatie of verminderde contractiekracht.
- **Micro-angiopathie:** Verdikking van de basaalmembraan en luminale vernauwing beperken de bloedtoevoer naar de clitoris, bulbus vestibuli, vaginaalwand en corpora cavernosa.
- **Sensore neuropathie:** Verlies van tactiele gevoeligheid vermindert de afferente prikkeloverdracht naar het centrale zenuwstelsel, wat leidt tot een verminderde subjectieve opwinding en anorgasmie.

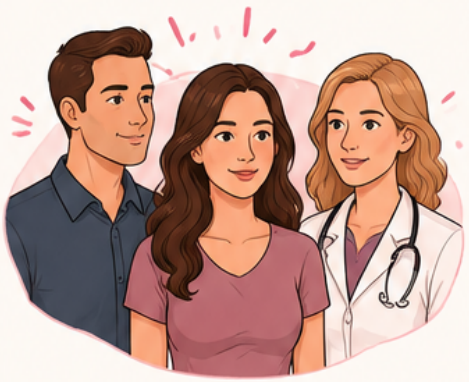
Klinische Differentiatie

Seksuele klachten bij diabetes ontstaan zelden geïsoleerd somatisch. Een organisch geïnduceerde responsvertraging lokt veelal faalangst, vermijdingsgedrag en relationele spanning uit, wat de klacht secundair versterkt.

Gedeelde Vasculaire en Neuropathische Responsas

De invloed van diabetes volgt een biologisch analoge keten van neurovasculaire ontsporing bij alle geslachten. De interactie tussen metabole deregulatie en weefselperfusie verloopt circulair:





Klinisch Stappenplan: Toepassing van het PLISSIT-Model bij Diabetes

Conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid hanteren hulpverleners het PLISSIT-kader om veranderde seksualiteit methodisch te exploreren:

1. **Permission (P)**
   Proactief openen van het gesprek tijdens diabetesspreekuur of intake: 'Bij diabetes mellitus treden geregeld veranderingen op in seksuele opwinding of gevoeligheid. Hoe is dat voor u?'
2. **Limited Information (LI)**
   Verstrekken van gerichte fysiologische psycho-educatie over de wisselwerking tussen bloedsuikerspiegel, bloedvaten, zenuwbanen en genitale respons om schuld- of faalgevoelens te ontzenuwen.
3. **Specific Suggestions (SS)**
   Adviseren van adequate hulpmiddelen (kwalitatief glijmiddel bij verminderde transsudatie, vacuümapparatuur), leefstijl-optimalisatie en aanpassing van sensate focus-technieken zonder prestatiedruk.
4. **Intensive Therapy (IT)**
   Gerichte doorverwijzing naar een geregistreerd NVVS-seksuoloog, uroloog, gynaecoloog of bekkenfysiotherapeut bij hardnekkige disfuncties, relatieproblemen of farmacotherapievragen (o.a. PDE-5-remmers).

Beslisboom: Somatische vs. Secundair Psychogene Disfunctie bij Diabetes

Onderscheid tussen primair diabetische neurovasculaire beschadiging en psychologische overbelasting ter ondersteuning van gerichte verwijzing en interventiekuze.

Is er sprake van een behouden spontane/ nachtelijke genitale respons en acuet contextafhankelijk onttsatan?

Ja	Nee
Nachtelijke/ochtenderecties of spontane fysiologische lubricatie intact; abrupte start na emotionele stress of relationele crisis.	Geledelijk progressief verlies van stijfheid/vochtigheid in alle situaties, vergezeld van perifere tintelingen of HbA1c-deregulatie.
Oriënteer op psychogene factoren (balangst, somberheid, relationele druk). Zet in op seksuologische counseling, communicatietraining en sensate focus.	Oriënteer op organische microvasculaire/neuropathische pathologie. Verifieer diabetische controle, beoordeel comedicatie en exploreer farmacotherapie (bijv. PDE-5-remmers) of mechanische hulpmiddelen conform medisch protocol.

Klinische Checklist en Professioneel Voorbehoud

Inventarisatie voor het diabetisch zorgteam alvorens diagnostische conclusies te trekken:

- ✓ **Glykemische regulatie en comorbiditeit:** Controleer recent HbA1c, aanwezigheid van retinopathie, nefropathie of perifere polyneuropathie.
- ✓ **Comedicatie:** Breng antihypertensiva (bètablokkers, diuretica) en psychofarmaca (SSRI's) in kaart die vasodilatatie of verlangen remmen.
- ✓ **Secundaire infecties:** Sluit recidiverende genitale Candida-infecties uit bij persisterende dyspareunie.
- ✓ **Professionele status:** Deze kaart dient uitsluitend als educatief naslagwerk en vervangt geen individuele medische consultatie of multidisciplinaire diagnostiek. Domeinspecifieke terminologie is onderworpen aan professionele richtlijnen.

Disclaimer conform Zorgstandaard

Dit materiaal is bedoeld als psycho-educatieve leidraad voor professionals en patiënten. Het stelt geen diagnose en vervangt niet de diagnostiek en behandeling door een bevoegd arts of specialist.

HECHTINGSTHEORIE IN SEKSTHERAPIE — DYNAMIEK TUSSEN VERLANGEN EN INTIMITEIT

Hechtingsstijlen en het Biopsychosociale Responssysteem

Binnen de relationele seksuologie vormt de hechtingstheorie een essentieel kader om te begrijpen hoe vroege affectieve hechtingsrepresentaties de relationele en seksuele interacties in volwassenheid beïnvloeden. Seksualiteit is een biopsychosociaal fenomeen waarin neurobiologische reactiepatronen, individuele affectregulatie en relationele kwetsbaarheid direct op elkaar inwerken.

Veilige hechting

- Hoge mate van emotionele openheid, flexibele afstemming tussen intimiteit en autonomie, en een integratie van tedere genegenheid met erotisch verlangen.

Angstige hechting (preoccupatie)

- Hyperactivatie van het hechtingssysteem; seksualiteit wordt frequent ingezet om emotionele nabijheid, bevestiging en angst voor verlating te reguleren.

Vermijdende hechting (afwijzend)

- Deactivatie van het hechtingssysteem; de neiging emotionele intimiteit los te koppelen van fysieke opwinding om autonomie en controle te bewaren.

Gedesorganiseerde hechting

- Paradoxale dynamiek van toenadering en terugtrekking; seksuele intimiteit kan tegelijkertijd als hevig verlangd en als bedreigend worden ervaren.

Klinische Disclaimer & Richtlijnen

Dit naslagwerk is uitsluitend bestemd voor educatieve doeleinden door bevoegde zorg-professionals en sekstherapeuten conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid. Het vervangt geen individuele diagnostiek of specialistische medische behandeling.

Interactiecyclus: De Dans van Aantrekken en Afstoten

In sekstherapie openbaart hechtingsonveiligheid zich veelal via een **vicieuze interactiecyclus** tussen partners met complementaire regulatiestijlen, typisch de dynamiek van angstige toenadering en vermijdende terugtrekking.

1. DREIGING OF DISTANTIE

Een waargenomen daling in intimiteit activeert verlatingsangst bij de angstig gehechte partner.

2. DRUK EN EISEND GEDRAG

De angstige partner forceert seksueel of emotioneel contact ter geruststelling; seksuele toenadering draagt een impliciete eis tot bevestiging.

3. TERUGTREKKING

De vermijdende partner ervaart relationele overspoeling en verlies van autonomie, resulterend in seksuele deactivatie en fysiek terugtrekken.

4. BEVESTIGING VAN HECHTINGSANGST

De afstand bevestigt de initiele verlatingsangst van de zoekende partner en versterkt het beschermingspantser van de vermijdende partner.

De therapeutische stappen

1. **Signaleren van de cyclus**
   Identificeer hoe non-verbale signalen en seksuele afwijzing worden geïntepreteerd als bedreiging voor de hechtingsrelatie.
2. **Emotionele de-escalatie**
   Herformuleer seksuele klachten (zoals hypoactief verlangen of vermijding) als secundaire reacties op primaire hechtingsonveiligheid.
3. **Verbinding en differentiatie**
   Begeleid partners naar emotionele responsviiteit, waardoor seksuele intimiteit kan plaatsvinden zonder druk tot fusie of controle.

Klinische Interventie en PLISSIT-Gelaagdheid

De therapeutische aanpak van hechtingsdynamieken binnen sekstherapie integreert getrapte zorgmodellen zoals **PLISSIT** met hechtingsgerichte interventies. De clinicus intervenieert op het passende niveau van complexiteit:

P — Permission (P)

- Expliciet toestemming geven om kwetsbaarheden, hechtingsangsten en verlangens zonder moreel oordeel te exploreren in de behandelkamer.

LI — Limited Information (LI)

- Gerichte psycho-educatie over het biopsychosociale model en de invloed van hechtingsstrategieën op seksuele excitatie en remming.

SS — Specific Suggestions (SS)

- Gestructureerde oefeningen gericht op ontladen van prestatiedruk, zoals sensate focus zonder genitale verplichting om hechtingsveiligheid te herstellen.

IT — Intensive Therapy (IT)

- Diepgaande emotion-focused of cognitief-gedragstherapeutische behandeling voor trauma-geïnduceerde hechtingsbreuken en hardnekkige interactiecycli.

Verificatie en Consultatie

Vóór definitieve publicatie en gebruik in gespecialieserde behandelprotocollen is een domeinspecifieke seksuologische en medische terminologiecontrole door een gekwalificeerde vakdeskundige vereist.

Welk hechtingspatroon domineert bij de presenterende seksuele klacht?

Angstige dominantie
(claimend verlangen, angst voor afwijzing)
→ Focus op zelfregulatie, valideren van verlatingsangst en de-escaleren van dwingende seksuele toenadering via individuele begrenzing.

Vermijdende dominantie
(emotionele afsluiting, verlise van opwinding bij nabijheid)
→ Doseer intimiteit via sensate focus oefeningen op veilige fysieke afstand en verminder eisen tot verbale emotionele expressie.

Gedesorganiseerd patroon
(traumatische trigger bij seksuele fysieke nabijheid)
→ Schakel over naar **Intensive Therapy (IT)**; herstel eerst somatische basisveiligheid en stabiliseer hechtingsveiligheid alvorens dyadisch seksueel werk te starten.

SEKSUELE RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE BIJ VROUWEN

Vaginoplastiek en Labiaplastiek

KLINISCHE INDICATIESTELLINGEN EN PREOPERATIEVE EVALUATIE

Vrouwelijke genitale reconstructieve ingrepen omvatten anatomische herstelingrepen na oncologische resecties, trauma, congenitale afwijkingen (zoals MRKH-syndroom), genderbevestigende ingrepen en functionele correcties zoals labiaplastiek bij mechanische klachten of ernstige dyspareunie.

- **Functionele indicaties:** chronische irritatie, pijn bij sporten/fietsen, obstructie of mechanische frictie bij coïtus.
- **Reconstructieve indicaties:** herstel na oncologische chirurgie, trauma, congenitale aplasie of genderbevestigende chirurgie.
- **Seksuologische anamnese:** grondige verkenning van verwachtingen ten aanzien van genitaal zelfbeeld, opwinding en orgasmebeleving.
- **Psychologische screening:** uitsluiten van Body Dysmorphic Disorder (BDD) en overmatige esthetische druk vanuit externe invloeden.

PLISSIT & Psycho-educatie

Pas het PLISSIT-model toe (Permission, Limited Information) vóór een eventuele chirurgische verwijzing. Verhelder de natuurlijke variatie van vrouwelijke genitaliën om onrealistische verwachtingen tijdig bij te sturen.

CHIRURGISCHE TECHNIEKEN EN COMPLICATIERISICO'S

Chirurgische interventies vereisen strikte precisie om neurovasculaire structuren en seksuele sensatie te ontzien. Complicaties kunnen een aanzienlijke weerslag hebben op zowel somatisch herstel als seksueel welbevinden.

- **Labiaplastiektechnieken:** wigresectie (behoudt natuurlijke randcontour en pigmentatie) versus lineaire resectie (risico op overmatig weefselverlies en verlies van elasticiteit).
- **Vaginoplastiektechnieken:** inversieplastiek, darmsegmenttranspositie of huidtransplantaten met strikt postoperatief dilatatieprotocol.
- **Kortetermijncomplicaties:** hematoomvorming, infectie, wonddehiscentie en vertraagde wondgenezing.
- **Langetermijncomplicaties:** zenuwbeschadiging (n. pudendus-takken), chronische genito-pelviene neuropathische pijn, stenose en littekencontractuur.

Aandachtspunt Zenuwschade

Sensibiliteitsverlies van clitoris of labia minora kan leiden tot secundaire anhedonische orgasmen of anorgasmie. Chirurgische consent vereist expliciete documentatie van deze risico's.

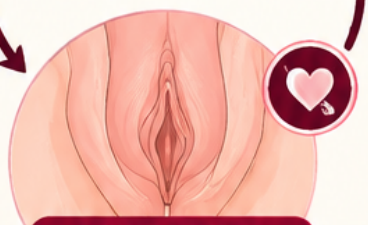
De cyclus van seksuele reconstructie

1. PREOPERATIEVE EVALUATIE

- Anamnese en verwachttingen
- Lichamelijk en gynaecologisch onderzeek
- Psychologische screening

2. CHIRURGISCHE TIMING

- Optimale planning en voorbereiding
- Keuze techniek (labiaplastiek / vaginoplastiek)
- Informatieve toestemming



3. WONDGENEZING

- 6 tot 8 weken restrictie
- Wondcontrole en follow-up
- Begeleiding bij genezingsproces

4. SEKSUELE REVALIDATIE

- Desensibilisatie en sensate focus
- Herstel van genitaal zelfbeeld
- Terugkeer naar seksuele activiteit

KLINISCHE DIFFERENTIATIE EN BESLISBOOM

Een gestructureerde afweging tussen somatische chirurgie, bekkenfysiotherapie en seksuologische begeleiding waarborgt verantwoorde zorg.

- **Differentieer** tussen zuivere mechanische pijn en verhoogde bekkenbodemtonus.
- **Verifieer** of klachten passen binnen de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties alvorens invasieve stappen te nemen.

Is er sprake van een primaire functionele/structurele mechanische belemmering of primair psychosociaal/ pelvien disfunctioneren?

Aantoonbare anatomische retractie, extreme asymmetrie met chronische weefselbeschadiging of anatomische aplasie	→ **Multidisciplinair chirurgisch consult** inclusief postoperatieve nazorg, bekkenfysiotherapie en seksuologische counseling.
Dyspareunie met hypertonie van de bekkenbodemspieren zonder mechanisch trauma	→ Eerstelijns bekkenfysiotherapie, sensate focus en seksuologische psycho-educatie (SS/IT-niveaus).
Disproportionele angst, afkeer van eigen genitaliën zonder anatomische afwijking (vermoeden van BDD)	→ Chirurgie contra-geïndiceerd; doorverwijzen naar GGZ/ seksuoloog voor cognitieve gedragstherapie.

SEKSUOLOGISCHE UITKOMSTEN EN POSTOPERATIEVE REVALIDATIE

De seksuologische revalidatie richt zich op herstel van genitale intimiteit, sensate focus, stapsgewijze desensibllisatie en monitoring van seksuele responsfasen na volledige somatische wondheling.

- **Evaluatie** van genitaal zelfbeeld en tevredenheid met het chirurgisch esthetisch en functioneel resultaat.
- **Ondersteuning** bij hervatting van penetratie na vaginoplastiek middels pelviene dilatatietherapie en bevochtiging.
- **Vroegtijdige signalering** van vermijdingsgedrag, faalangst of secundaire genito-pelviene pijn-/penetratiestoornis.
- **Interdisciplinair overleg** tussen gynaecoloog/plastisch chirurg, bekkenfysiotherapeut en NVVS-geregistreerd seksuoloog.

Disclaimer Professionele Consultatie

Deze educatieve kaart dient als naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische diagnostiek of behandeladvies. Vóór definitieve klinische toepassing is domeinspecifieke medisch-seksologische toetsing vereist.

GENDERBEVESTIGENDE CHIRURGIE: GENITALE INGREPEN & SEKSUELE FUNCTIONALITEIT

Chirurgische Modaliteiten & Anatomische Reconstructie

Genderbevestigende genitale chirurgie (GAS) beoogt anatomische congruentie met de genderidentiteit te realiseren volgens internationale WPATH-richtlijnen. Chirurgische keuzes bepalen in hoge mate de postoperatieve sensibele en mechanische mogelijkheden.

Vaginoplastiek

(penisinversie of darmvaginoplastiek): reconstructie van vaginaholte, labia en neoclitoris met behoud van de neurovasculaire bundel van de glans.

Falloplastiek

(o.a. RFFF- of ALT-lap): meerfasige reconstructie van een fallus met microvasculaire anastomose en zenuwverbinding (n. ilioinguinalis / n. pudendus).

Metoidioplastiek

mobilisatie van de door testosteron gehypertrofieerde clitoris tot neofallus met intacte clitorale innervatie en erectiele respons.

Orchiectomie en vaginectomie

ablatieve componenten die hormonale en mechanische anatomie definitief moduleren.

Klinische Differentiatie

Metoidioplastiek behoudt vrijwel gegarandeerd tactiele en erogene sensibiliteit met autonome erectiecapaciteit, maar kent beperktere afmetingen; falloplastiek biedt meer volume maar vereist zenuwregeneratie en later een erectieprothese voor penetratie.

Postoperatieve Seksuele Zorgcyclus: Zenuwherstel & Dilatatie

De functionele seksuele revalidatie volgt een stapsgewijs protocol waarin weefselherstel, sensibele re-innervatie en dilatatieregimes samenkomen.

1 Dilatatie

Vroegtijdige dilatatie conform postoperatief schema (initieel 3–4 maal daags) ter preventie van neovaginale stenose en contractie. Monitoring van wondgenezing en [illegible].

2 Zenuwherstel

Systematische evaluatie van zenuwherstel via n. pudendus (vaginoplastiek) of microvasculaire zenuwanastomoses (falloplastiek). Tactiele prikkeling start voorzichtig rond 6 tot 12 weken.

3 Bekkenbodem

Beoordeling van hypertonie van de bekkenbodemspieren door bekkenfysiotherapeut; overmatige contractie belemmert zowel dilatatie als pijnvrije penetratie.

4 Erogene Integratie

Geleidelijke exploratie van opwinding en orgastische capaciteit zonder prestatiedruk; herprogrammering van het lichaamsbeeld en de erogene zones in soloseks en met partner(s).

Seksuologische Begeleiding & PLISSIT-Toepassing

Het begeleiden van veranderd seksueel functioneren na genitale chirurgie vereist een multidisciplinaire aanpak conform de geautoriseerde Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en V&VN-richtlijnen.

P Permission (P)

- Proactief bespreken van postoperatieve verwachtingen, veranderd orgasmegevoel en relationele aanpassingen zonder taboe.

LI Limited Information (LI)

- Psycho-educatie over zenuwherstel-curven (tot 12-24 maanden), de noodzaak van continue glijmiddel-applicatie (ontbreken van Bartholin-klieren) en dilatatiediscipline.

SS Specific Suggestions (SS)

- Positiewijzigingen, bekkenspier-ontspanning, pelviene vibratiestimulatie voor neoclitoris/fallusbasis en aangepaste penetratietechnieken.

IT Intensive Therapy (IT)

- Doorverwijzing naar gespecialiseerde seksuoloog NVVS of bekkenfysiotherapeut bij dyspareunie, aanhoudende anorgasmie, somatische complicaties of partnerdysfunctionaliteit.

Professionele Disclaimer

Dit leermiddel dient ter educatieve ondersteuning van zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische diagnostiek of behandeladviezen. Domeinspecifieke medische en chirurgische follow-up blijft voorbehouden aan het multidisciplinaire genderteam.

PSYCHOTRAUMATA EN DISSOCIATIE TIJDENS INTIMITEIT — GROUNDING EN VEILIGHEIDSANKERS

Neurobiologie van Pericoïtale Triggers en Dissociatie

Tijdens intieme situaties kunnen zintuiglijke prikkels (zoals aanraking, gewicht, geur of specifieke lichaamshoudingen) onbedoeld worden geïnterpreteerd als actueel traumagevaar. Het autonome zenuwstelsel reageert hierop reflexmatig via neuroceptie. Wanneer vecht- of vluchtmechanismen niet toereikend zijn, treedt een dorsale vagale remming in werking. Dit resulteert in pericoïtale dissociatie, depersonalisatie, derealisatie of een somatische 'freeze'-toestand, waarbij het contact met het eigen lichaam en de partner plotseling wegvalt.

Neuroceptieve triggers:
- Geuren, ademhaling, fysieke immobilisatie of specifieke drukpunten activeren de amygdala buiten het bewuste denken om.

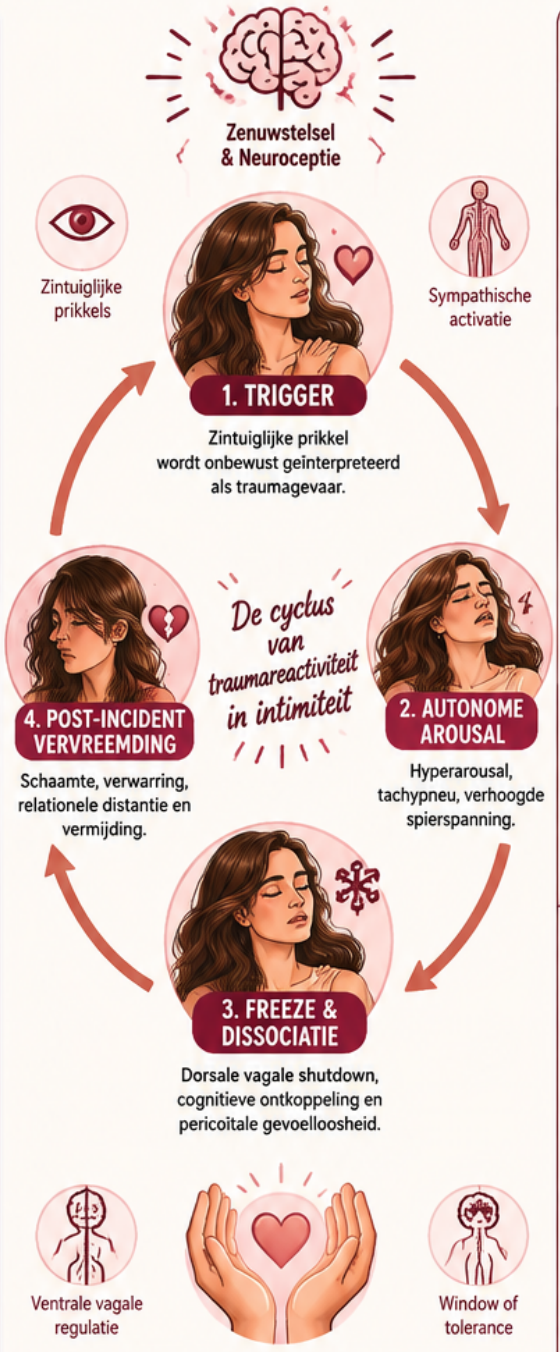
Dorsale vagale respons:
- Plotselinge daling in spiertonus of juist rigide verstarring ('tonic immobility'), gevoelloosheid en verminderde pijnperceptie.

Klinische differentiatie:
- Onderscheid pericoïtale dissociatie van hypoactief seksueel verlangen (HSDD) en genito-pelviene pijn/penetratiestoornis (waarbij sprake is van bewuste vermijding of angst).

Signalen van dissociatie:
- Glazige blik, afwezige responsiviteit, plotselinge hypotonie, desoriëntatie in tijd/plaats en emotionele vervlakking tijdens interactie.

Disclaimer Professioneel Handelen & Terminologiecontrole

Deze educatieve kaart dient uitsluitend als klinisch naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen specialistisch diagnostisch of traumatherapeutisch behandelplan. Conform de kwaliteitssaanbevelingen dient voorafgaand aan definitieve publicatie een formele domeinspecifieke medische en seksuologische terminologiecontrole door een onafhankelijk vakdeskundige plaats te vinden.



Klinische Vuistregel

Dissociatie is een adaptieve overlevingsreactie, geen weesstand of onwil. Interventies moeten gericht zijn op fysiologische veiligheid en proprioceptieve heroriëntatie, nooit op het forceren van continuïteit van de seksuele interactie.

Klinische Interventies en Somatosensorische Grounding

De toepassing van stabilisatie en herstel van relationele veiligheid volgt de gelaagde structuur van het PLISSIT-model en traumageinformeerde seksuologische zorg (conform Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en V&VN Richtlijn Seksuele Gezondheid).

- **PLISSIT - Toestemming (Permission):** Normaliseer de freeze- en dissociatierespons expliciet, valideer dat het zenuwstelsel reageert op ervaren onveiligheid.
- **PLISSIT - Gerichte Informatie (Limited Information):** Psycho-educatie over neuroceptie, de venster-van-tolerantie theorie en het onderscheid tussen herbeleving en het hier-en-nu.
- **PLISSIT - Specifieke Suggesties (Specific Suggestions):** Introductie van een 'Stop & Ground'-protocol met proprioceptieve ankers (voeten plat op de vloer, temperatuurcontractie, benoemen van 5 objecten in de kamer).
- **PLISSIT - Intensieve Therapie (Intensive Therapy):** Verwijzing voor traumagerichte psychotherapie (o.a. EMDR, sensorimotor psychotherapie) gekoppeld aan gefaseerde Sensate Focus zonder doelgericht cóitaal contact.

Praktijktip voor de Behandelaar

Ondersteun het paar bij het afspreken van een non-verbaal stopsein (bijv. dubbel tikken op de schouder) dat te allen tijde leidt tot onmiddellijke pauze en heroriëntatie, zonder evaluatief gesprek op dat moment.

4-STAPPEN GROUNDINGPROCEDURE

1. **Vroegtijdige Detectie en Stopsein**
   Zodra prodromale verschijnselen (strakke kaken, adem inhouden, wazig zicht) optreden, wordt de fysieke handeling direct gestaakt.
2. **Somatosensorische Grounding (5-4-3-2-1)**
   Beide partners focussen op het hier-en-nu: noem hardop 5 zichtbare voorwerpen, voel 4 tactiele sensaties (bv. lakenstof, eigen handen), luister naar 3 omgevingsgeluiden.
3. **Proprioceptieve en Thermische Heroriëntatie**
   Gebruik een koud glas water, voeten stevig op de vloer drukken of een verzwaarde deken om het dorsale vagale circuit terug de brengen naar de ventrale regulatiezone.
4. **Verbaal Veiligheidsanker**
   De partner spreekt kalm en bevestigend: 'Je bent veilig, je bent in de slaapkamer, het is [jaar], we hebben alle tijd en we stoppen nu.'

BESLISBOOM: WELK INTERVENTIENIVEAU?

Welk interventieniveau is geïndiceerd bij pericoïtale reacties tijdens de sessie of thuisoefening?

Lichte hyperarousal (blijft aanspreekbaar) en georiënteerd	Volledig dissociatie (tonic immobility of actieve flashbacks)
↓	↓
Zet gerichte ademhalings- en goundingstechnieken in (Specifieke Suggesties) en verlaag het tempo van de sensate focusoefeningen naar niet-genitale aanraking.	Onderbreek oefeningen direct, activeer het somatosensorische heroriëntatieprotocol en initieer verwijding naar gespecialiseerde traumabehandeling (Intensieve Therapie).

CHEMSEX — MIDDELENGEBRUIK, SEKSUALITEIT & RISICOREDUCTIE

CONCEPT & FENOMENOLOGIE: CHEMSEX EN SUBSTANTIES

Chemsex verwijst naar het intentioneel gebruiken van specifieke psychoactieve middelen direct voorafgaand aan of tijdens seksuele handelingen, overwegend gedocumenteerd binnen MSM-populaties (mannen die seks hebben met mannen). De dynamiek combineert chemische ontremming, verhoogde dopamineafgifte en langdurige sessies, waarbij farmacologische effecten nauw verweven raken met relationele en identiteitsgebonden factoren.

Kernsubstanties:

- **GHB/GBL** (centraal dempend, doseringsgevoelig met risico op acute coma/outgaan)
- **Mefedron / 4-MMC** (cathinon; empathogeen, stimulerend, sterke 'craving')
- **Methamfetamine / Tina** (krachtig psychostimulans; extreme verlenging van uithoudingsvermogen en verhoogd risico op psychose)

Bijkomende middelen:

- **Poppers** (alkylnitrieten ter relaxatie van glad spierweefsel; gevaarlijke interacties met erectiemiddelen zoals PDE-5-remmers)
- **Ketamine** (dissociatief; verdovend effect leidt tot verminderde pijnwaarneming en weefselschade)

Seksuele drijfveren:

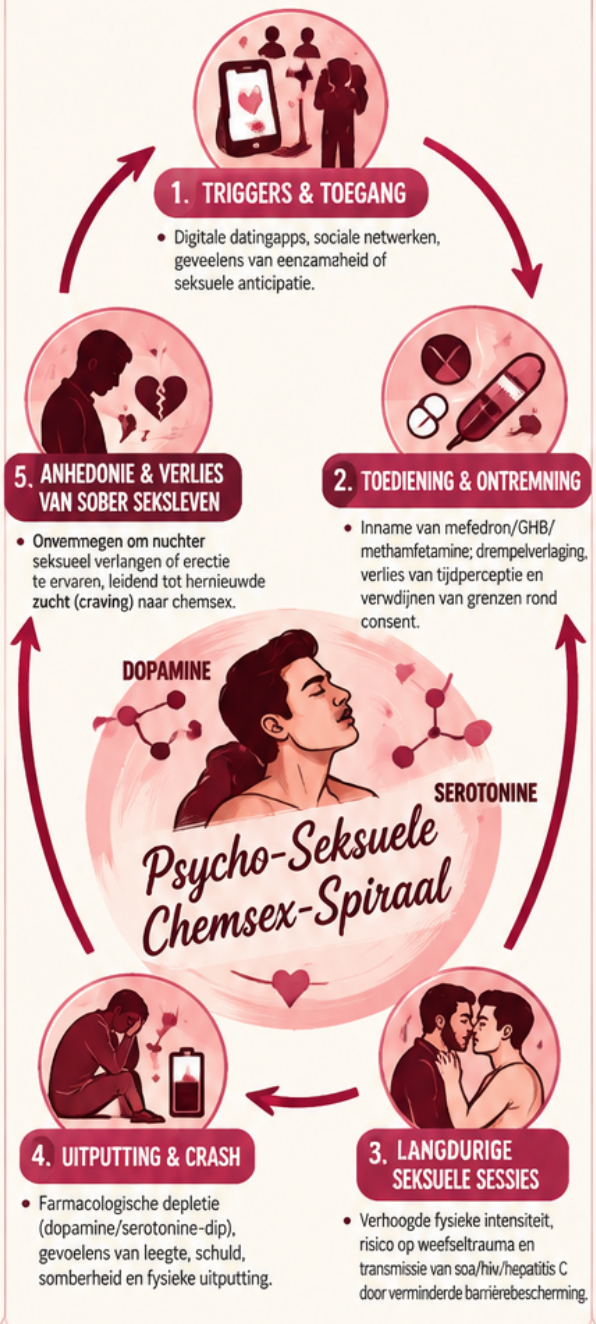
- Verlangen naar verhoogde intimiteit, prestatiedruk verminderen, overwinnen van seksuele schaamte of geïnternaliseerde homonegatieve gevoelens, en intensivering van sensaties.

Klinische Differentiatie & Terminologie

Onderscheid recreatief experimenteren van dwangmatige chemsex-afhankelijkheid. Er is sprake van seksuele comorbiditeit zodra seks zonder middelen als anhedonisch, onbevredigend of emotioneel onbereikbaar wordt ervaren. Domeinspecifieke terminologie dient vóór definitieve implementatie gevalideerd te worden door een vakdeskundige seksuoloog/verslavingsarts.

DE PSYCHO-SEKSUELE CHEMSEX-SPIRAAL

De wisselwerking tussen farmacologie en seksuele conditionering entwikkelt zich vaak cyclisch. Interventies richten zich op het doorbreken van de vicieuze cirkel waarin seksuele opwinding en middeleninname onlosmakelijk geconditioneerd raken.



KLINISCHE TOEPASSING: RISICOREDUCTIE, PLISSIT EN GEÏNTEGREERDE ZORG

De professionele benadering combineert motiverende gespreksvoering met pragmatische schadebeperking (harm reduction) en stepped care, conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid.

P — PLISSIT-niveau P (Permission):

- Expliciet en niet-veroordelend toestemming vragen om middelengebruik binnen seksuele contexten te bespreken ("Veel cliënten ervaren dat middelen een rol spelen bij hun seksleven; mag ik vragen hoe dat bij jou zit?").

LI — PLISSIT-niveau LI (Limited Information):

- Uitleg over kruistolerantie, farmacologische interacties (bv. combinatie GHB en alcohol/ketamine leidt tot fatale respiratoire depressie; sildenafil met poppers leidt tot levensbedreigende hypotensie).

SS & IT — PLISSIT-niveau SS & IT (Specific Suggestions & Intensive Therapy):

- Opstellen van een harm reduction-plan (timers voor GHB-dosering, steriel injectiemateriaal/[illegible] slamming-voorlichting, PrEP/PEP, soa-screening) en verwijzing naar gespecialiseerde verslavingszorg of cognitieve gedragstherapie voor re-conditionering van nuchtere intimiteit.

MDO — Multidisciplinair MDO:

- Samenwerking tussen seksuoloog NVVS, verslavingsarts KNMG, infectioloog/GGD en psychotherapeut.

Veiligheids- en Aansprakelijkheids-disclaimer

Deze educatieve kaart dient uitsluitend als klinisch referentiekader voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische, psychiatrische of verslavingsdiagnose. Raadpleeg bij acute intoxicatie, overdosering of ernstige ontwenning direct de spoedeisende medische diensten.

SEKSUALITEIT BIJ DEMENTIE & NEUROCOGNITIEVE STOORNISSEN

Kernconcepten: Intimiteitsbehoeften versus Seksuele Ontremming

Neurocognitieve aandoeningen zoals de ziekte van Alzheimer en frontotemporale dementie beïnvloeden executieve controle, impulsregulatie en empathisch vermogen. Binnen intramurale voorzieningen leidt dit geregeld tot spanning tussen legitieme behoeften aan genegenheid en gedrag dat als maatschappelijk of relationeel ontremd wordt ervaren.

- **Verschil in presentatie:** apathie en verminderd initiatief komen frequent voor, maar frontale dezinhibitie kan leiden tot hyperseksualiteit, publieke masturbatie of verbale toenadering.
- **Verlies van perspectiefname:** cliënten verliezen vaak het inzicht in de relationele grenzen of gevoelens van de vaste partner en medebewoners.
- **Impact van fysieke context:** hoog-laagbedden, gebrek aan privacy en incontinentiemateriaal vormen structurele barrières voor veilige en waardige intimiteit.

Klinische Differentiatie

Seksueel ontremd gedrag vloeit zelden voort uit verhoogde libido, maar vaker uit desoriëntatie, tastzoekend troostgedrag, sensorische onderstimulatie of onvermogen context te interpreteren.

Multidisciplinair Beoordelingsproces: Wilsbekwaamheid ter Zake

Wilsbekwaamheid is nooit een algemene status, maar moet per specifiek moment en per specifieke beslissing (**ter zake**) worden evalueerd. Het besluitvormingsproces rondom een seksuele interactie of relatie binnen een intramurale setting doorloopt vier opeenvolgende fasen:

Situatieanalyse en Signaalverkenning

Breng aard, context en wederkerigheid van het gedrag in kaart. Betreft het wederzijdse affectie tussen bewoners, toenadering naar de eigen partner, of ongerichte ontremming richting zorgpersoneel?

2 Toetsing Wilsbekwaamheid ter Zake

Evalueer of de betrokkene de aard van het seksuele contact begrijpt, mogelijke risico's overziet, en in staat is om vrijwillig toestemming (consent) te verlenen of te weigeren zonder dwang of angst.

Opstellen van een Multidisciplinair Zorg- en Begeleidingsplan

Leg binnen het MDO afspraken vast over privacybescherming, de-escalatie bij grensoverschrijding, monitoring van non-verbale signalen van onbehagen, en continue evaluatie van de dynamiek.

Afstemming met Naasten en Wettelijk Vertegenwoordiger

Bespreek het veranderde relationele functioneren met de partner. Let op loyaliteitsconflicten, rouw om de persoonlijkheidsverandering en de ethische grenzen van het plaatsvervangend toestemmingsrecht.

Klinische Beslisboom: Interventie bij Seksuele Uitingen

Gebruik onderstaande beslisstructuur bij acute of structurele seksuele gedragsuitingen op de afdeling om proportionaliteit en autonomie te balanceren.

Is er sprake van wederzijdse vrijwillige instemming en respectering van privacy?

Ja

Beide partijen tonen verbaal en non-verbaal welbevinden in een besloten ruimte.

→ **Faciliteer privacy**

(hang 'niet storen'-bord op), instrueer verzorgend personeel niet onnodig te storen, en evalueer regelmatig op signalen van veranderend consent.

Nee

Gedrag vindt plaats in publieke ruimten of richting niet-instemmende personen.

→ **Herstel privacy**

Leid de cliënt zonder oordeel af of begeleid deze rustig naar een private kamer; bied alternatieve sensorische prikkels aan (zoals snoezelen of een verzwaringsdeken) en bespreek in het MDO.

Praktijkprotocollen en Randvoorwaarden voor het Zorgteam

Implementatie van de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid en Zorgstandaard Seksuele Disfuncties vereist duidelijke institutionele randvoorwaarden en teamcompetenties.

- **Vast agendapunt in het MDO:** Seksuele behoeften en ontremming proactief evalueren en niet pas bespreken na incidenten.
- **Inzet van een aandachtsfunctionaris seksuele gezondheid** ter ondersteuning van verzorgenden en verpleegkundigen bij morele beraadslagingen.
- **Samenwerking met specialist ouderengeneskunde** en seksuoloog NVVS bij complexe differentiaal-diagnostiek tussen delier, manie en dezinhibitie.
- **Juridisch-ethische borging:** Het wettelijk kader van de Wet zorg en dwang (Wzd) hanteren indien bewegings- of contactbeperkende maatregelen worden overwogen ter bescherming van derden.

Domeinreview en Disclaimer

Onderwijsmateriaal voor professionele scholing. Dit overzicht vervangt geen individuele medische, juridische of psychiatrische bevordeling. Vóór definitieve beleidsvaststelling dient domeinspecifieke toetsing door een bevoegd specialist plaats te vinden.

PELVIENE FYSIOTHERAPIE BIJ DYSPAREUNIE — TRIGGERPOINTTHERAPIE EN BIOFEEDBACK

DIAGNOSTIEK & OVERACTIVITEIT

Fysiotherapeutische Diagnostiek en Spieroveractiviteit

Dyspareunie en penetratiepijn gaan klinisch frequent gepaard met een verhoogde rusttonus of onwillekeurige contractie van de bekkenbodemmusculatuur (overactiviteit). Conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties kan pijn bij de penetratie ontstaan of onderhouden worden door onvolooende opwinding en lubricatie in combinatie met een reactieve overactiviteit van de bekkenbodem. Gespecialiseerde pelviene fysiotherapie richt zich op het objectiveren en normaliseren van deze spierspanning.

Oppervlakte-elektromyografie (sEMG):
Registratie van tonus in rust, willekeurige aanspanning, maximale kracht en ontspanningscapaciteit (rebound na contractie).

Palpatie en Myofasciale Evaluatie:
Identificatie van actieve myofasciale triggerpoints en weefselrestricties in de m. levator ani en oppervlakkige perineale spierlagen.

Sensibilisatie en Proprioceptie:
Beoordeling van de mate waarin de patiënt spierspanning herkent en kan differentiëren tussen aanspannen en functioneel loslaten.

Klinische Differentiatie

Sluit bij oppervlakkige pijn vulvaire vestibulodynie of actieve infectieuze pathologieën uit. Niet elke spierspanning is primair; een overactieve bekkenbodem fungeert dikwijls als beschermingsreflex tegen anticipatoire pijn.

CYCLISCHE INTERACTIE: PIJN-SPANNINGSCYCLUS BIJ PENETRATIE

Het centrale fysiopathologische mechanisme bij persisterende dyspareunie wordt gekenmerkt door een wederkerige interactie tussen nociceptieve gewaarwording, sympathische activatie en spiertonus.

Interventie en Stappenplan

1 Stap 1: Somatosensorische Bewustwording
Visualisatie van rustspanning via realtime EMG-biofeedback om afweerspanning inzichtelijk te maken zonder pijnlijke prikkels.

2 Stap 2: Myofasciale Release & Desensibilisatie
Manuele milde druktechnieken en deactivatie van triggerpoints ter normalisatie van de spierlengte en doorbloeding.

3 Stap 3: Functionele Integratie & Pijnverbod
Integratie van ontspanningsoefeningen met een tijdelijk penetratieverbod conform de seksuologische richtlijn, ter herstel van veiligheid.

INTERVENTIE EN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Behandeling van genito-pelviene pijn vereist een gecoördienerde aanpak waarin fysiotherapeutische technieken parallel lopen aan seksuologische begeleiding (PLISSIT-niveaus Specific Suggestions en Intensive Therapy).

EMG-Biofeedbacktraining:
Gerichte training op het snel en volledig verlagen van de bekkenbodemrustspanning onder de klinische referentiewaarde.

Thuisoefeningen:
Geprotocolleerd gebruik van vaginale pelottes of dilatatoren uitsluitend gericht op weefselontspanning en proprioceptie, nooit ter geforceerde oprekking.

Pijnverbod:
Tijdelijke opschorting van pijnlijke penetratieactiviteiten ter ontkoppeling van intimiteit en pijn.

Seksuologische Consultatie:
Gelijktijdige aanpak van anticipatieangst, partnercommunicatie en opwindingsdynamiek.

Professionele Afbakening & Kwaliteitsborging

Dit overzicht dient uitsluitend ter ondersteuning van klinische intervisie en onderwijs. Diagnostiek en behandeling van genito-pelviene pijnklachten vereisen een bevoegd zorgprofessional en formele domeinspecifieke validatie conform vigerende standaarden.

Klinische Gegevens

Initiële sEMG Rustwaarde bekkenbodem (µV)

Gelokaliseerde Myofasciale Triggerpoints (kwadrant/spier)

Gekozen Interventie (Biofeedback / Pelottes / Relaxatie)

CNM — POLYAMORIE, OPEN RELATIES EN JALOEZIEMANAGEMENT

Relatievormen en Contractering binnen CNM

Consensuele Niet-Monogamie (CNM) onwat diverse relationele structuren waarin alle betrokken partners expliciete, geïnformeerde toestemming geven voor romantische en/of seksuele contacten buiten de dyade. Binnen het PLISSIT-model (Permission, Limited Information) vormt normalisatie en psycho-educatie over niet-monogame structuren de eerste interventielaag.

- **Open relaties:** primaire dyadische emotionele binding met onderling afgesproken ruimte voor externe seksuele contacten.
- **Polyamorie:** relationele oriëntatie gericht op meerdere gelijktijdige, gelijkwaardige liefdes- en hechtingsrelaties (hiërarchisch vs. niet-hiërarchisch / relatie-anarchie).
- **Relationele contractering:** expliciet onderhandelen over grenzen, safer-sex afspraken, communicatiefrequentie en verwachtingen.
- **Dynamisch herzien:** afspraken zijn continu evalueerbaar conform veranderende behoeften en relationele transities.

Klinische Differentiatie

CNM is een legitieme relationele oriëntatie en leefvorm, geen hechtingsstoornis of indicatie voor relationele disfunctie. Evalueer relationele klachten onafhankelijk van de gekozen relatiestructuur.

Cyclisch Model: Jaloezie versus Compersion

Jaloezie binnen CNM fungeert niet als pathologie of disfunctie, maar als een signaal emotie die wijst op onderliggende hechtingsangst, existentiële onzekerheid of praktische behoeften. De tegenhanger **compersion** beschrijft het ervaren van vreugde wanneer een partner relationele of seksuele vervulling beleeft met een ander.

- **Trigger / Externe gebeurtenis:** partner date of beleeft intimiteit met een metamour.
- **Signaaldetectie:** ontstaan van jaloezie, vrees voor statusverlies of hechtingsangst.
- **Emotionele deconstructie:** ontleden van angst (bijv. verlating, tekortschieten of controleverlies) zonder de partner te culpabiliseren.
- **Afstemming & Herverankering:** expressie van kwetsbare behoeften en bekrachtiging van de onderlinge verbinding.
- **Ruimte voor Compersion:** empathische resonantie en relationele autonomie binnen veilige kaders.

Klinische Consultatie en Gespreksvoering

Zorgprofessionals hanteren conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de **V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid** een open, proactieve en niet-pathologiserende attitude bij het exploreren van relatievormen.

- **Inclusieve exploratie:** vermijd heteronormatieve en mononormatieve aannames in de anamnese.
- **Besluitvorming:** onderooek of er sprake is van wederzijdse consensus of onevenwichtige druk ('poly under duress').
- **Differentiaaldiagnostiek:** onderscheid structurele relatieproblematiek en individuele psychopathologie van gezonde exploratie.
- **Doorverwijzing:** consulteer tijdig een geregistreerd seksuoloog NVVS bij complexe hechtingsdynamieken of vastgelopen contractering.

Verplichte Disclaimer & Toetsingsstatus

Deze educatieve kaart dient als klinisch naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische of seksuologische consultatie. Vóór definitieve publicatie vereist deze eenheid domeinspecifieke terminologie-controle door een bevoegd vakoeskundige seksuoloog.

Is er sprake van vrijwillige, gelijkwaardige consensus bij de niet-monogame afspraken?

Ja: wederzijdse geinformeerde instemming en gedeelde exploratie	Nee: dwang, scheefgroei ("poly under duress") of chronische hechtingsonveiligheid
Ondersteun met psycho-educatie (PLISSIT niveau 2), communicatieoefeningen en jaloeziemanagement.	Escaleer naar relatietherapie of gespecialiseerde seksuologische behandeling (PLISSIT niveau 3/4) ter bescherming van relationele integriteit.

HSDD — NEURO-ENDOCRIENE MODELLEN EN FARMACOTHERAPIE

Neurobiologische Grondslagen en Dual Control Model

Verminderd seksueel verlangen (Hypoactive Sexual Desire Disorder / FSIAD) ontstaat vaak vanuit een ontregelde balans binnen het centrale zenuwstelsel, verklaard via het Dual Control Model van Bancroft en Janssen. Seksuele opwinding en appetijt berusten op een dynamisch evenwicht tussen seksuele excitatie (SEF) en seksuele inhibitie (SIF).

Excitatoire neurotransmitters en hormonen:

Dopamine (mesolimbisch beloningsysteem, toenaderingsgedrag), noradrenaline (alertheid, seksuele arousal) en testosteron/oestrogenen (modulatie van receptordichtheid en baseline-gevoeligheid).

Inhibitoire transmissie:

Serotonine (5-HT actie op 5-HT2A en 5-HT1B receptoren dempt excitatoire cascades), endocannabinoïden, prolactine en opioïden die post-orgasmische verzadiging bewerkstelligen en lust remmen.

Secundaire iatrogene ontregeling:

SSRI- en SNRI-gebruik stimuleert postsynaptische 5-HT2-receptoren chronisch, met verlies van verlangen, genitale responsvertraging en anorgasmie als direct gevolg.

DSM-5 en ICD-11 Differentiatie

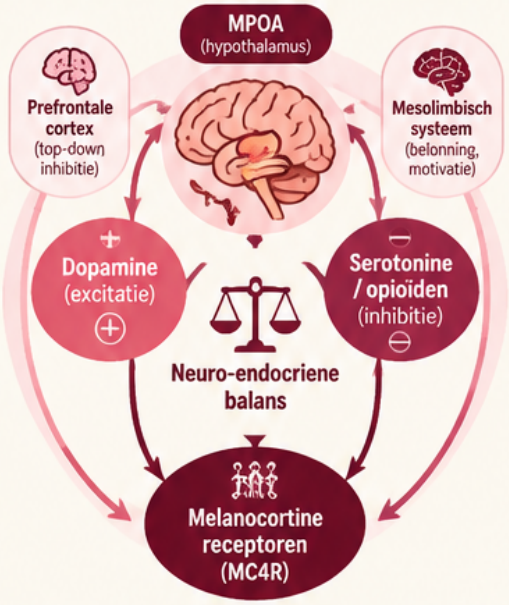
Onder DSM-5 is HSDD bij vrouwen samengevoegd tot *Female Sexual Interest/Arousal Disorder* (FSIAD), terwijl bij mannen Male Hypoactive Sexual Desire Disorder gehandhaafd blijft. Bepaal altijd of het tekort gegeneraliseerd versus situationeel is en of er sprake is van lijdensdruk (persoonlijk distress).

Het Neurochemische Evenwicht: Excitatie versus Inhibitie

In de centrale regulatie fungeert de mediale preoptische kern (MPOA) van de hypothalamus als knooppunt voor dopaminerge integratie van sensorische prikkels, terwijl de prefrontale cortex top-down inhibitie uitoefent. Bij persisterend verminderd verlangen overweegt de remmende serotonerge of endocannabinoïde toon ten opzichte van de dopaminerge/noradrenerge aandrift.

- **Centrale drive:** Dopaminerge activatie stimuleert motivatie, toenadering en appetitieve aandacht.
- **Receptormodulatie:** 5-HT1A-agonisme verlaagt de presynaptische serotonine-afgifte en ontremt dopamine in de prefrontale cortex.
- **Hormonale priming:** Oestrogenen en androgenen beïnvloeden de synthese van dopamine-receptoren en stikstofmonoxide (NO)-synthase in het ruggenmerg.

Het centrale neuro-endocriene evenwicht



De drie stappen in de centrale verwerking

1 — Prikkeling en Primaire Aandacht

Zintuiglijke en relationele erotische stimuli activeren het dopaminerge mesolimbische beloningssysteem en verhogen noradrenerge sympathische alertheid.

2 — Centrale Verwerking en Amygdala-evaluatie

De prefrontale cortex weegt context en contextuele remmingen af, angst, stress en hyperprolactinemie versterken de inhibitoire rem via serotonine en opioïden.

3 — Autonome Output of Inhibitie

Bij doorslag van excitatoire signalen volgt afgifte van oxytocine en NO naar spinale erectie- en lubricatiecentra; bij overmatige inhibitie dooft de respons volledig uit.

Klinische Farmacotherapie en Off-label Strategieën

Interventies bij biochemisch of iatrogene luststoornissen dienen zorgvuldig te worden afgestemd binnen de kaders van de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties. Medicamenteuze sturing richt zich primair op het herstellen van de centrale dopaminerge balans of het verminderen van serotonerge blokkades.

Flibanserine

(FDA-goedgekeurd voor premenopauzale HSDD; off-label/ongegistreerd in NL): Postsynaptische 5-HT2A-antagonist en 5-HT1A-partiële agonist; verlaagt serotonine-overmaat en verhoogt prefrontale dopamine en noradrenaline.

Bremelanotide

(FDA-goedgekeurd in VS): Melanocortinereceptor-agonist (MC4R) die centraal het opwindingsmechanisme triggert via stimulatie van neuronale melanocortine-paden.

Off-label SSRI-correctie

Toevoegen of overstappen naar bupropion (dopamine- en noradrenalineheropnameremmer) neutraliseert vaak SSRI-geïnduceerde seksuele disfunctie.

Transdermale testosteronsubstitutie

Bij postmenopauzale vrouwen met hardnekkig tekort en lage vrije androgeenindex, strikt onder monitoring van lever-, lipiden- en hirsutismeparameters.

Domeincontrole & Disclaimer

Medicamenteuze interventies bij seksuele disfuncties vereisen evaluatie door een arts of psychiater. Deze educatieve kaart vervangt geen medisch behandeladvies of formele farmacologische richtlijnlancering; terminologiecontrole door bevoegde zorgprofessionals blijft verplicht.

Klinische Besluitvorming

Wat is de etiologie van het verminderde seksuele verlangen bij de patiënt?

1 — Iatrogene oorzaak door chronisch SSRI- of SNRI-gebruik

Overweeg in samenspraak met de voorschrijvend arts een dosisreductie, een switch naar bupropion of vortioxetine, of gerichte 'drug holidays' indien klinisch verantwoord.

2 — Hypoandrogenisme of postmenopauzale status met klinisch lijdensdruk

Laat hormoonprofiel (o.a. SHBG, vrij testosteron, oestradiol) bepalen; evalueer indicatie voor transdermaal testesteron of lokale oestrogeensuppletie conform richtlijnen.

3 — Primair psychogeen of contextueel geremd Dual Control evenwicht

Zet in op cognitieve gedragstherapie, sensate focus en psychosociale differentiaaldiagnostiek conform de Zorgstandaard en V&VN-richtlijn.

Aseksualiteit en het A-spectrum

— Seksuele Aantrekking versus Gedrag en Romantiek —

Concept & Fundament: Het Aseksuele Spectrum (A-spectrum)

Aseksualiteit is een intrinsieke **seksuele oriëntatie** gekenmerkt door het ervaren van geen of een opmerkelijk **laag niveau** van seksuele aantrekking tot anderen. Het A-spectrum omvat diverse identiteitens waarlij aantrekking contextueel, conditioneel of fluide is. Deze oriëntatie is een volwaardige gezonde variant binnen de menselijke diversiteit en dient strikt enderscheiden te worden van psychopathologie of lichamelijke functiestoornissen.

Aseksueel

Ervaart geen of verwaarloosbare seksuele aantrekking, ongeacht gender of situatie.

Demiseksueel

Ervaart pas seksuele aantrekking nadat een hechte emotionele band is opgebouwd.

Gray-asexueel (Gray-A)

Bevindt zich tussen aseksualiteit en alloseksualiteit; ervaart slechts zelden of onder specifieke omstandigheden seksuele aantrekking.

Split Attraction Model (SAM)

Onderscheid tussen seksuele, romantische, esthetische en sensuele aantrekking.

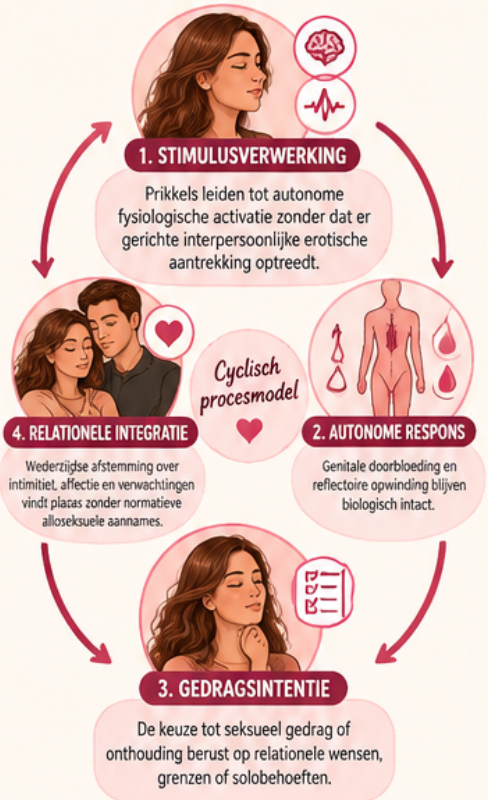
Klinische Onderscheiding

Aseksualiteit is geen verdrongen libido, traumarespons of stoornis. Het ontbreken van seksuele aantrekking veroorzsakt op zichself geen intrinsiek persoonsgebonden lijden.

Cyclisch Model: Attractie, Motivatie en Responsmechanismen

Het cyclische procesmodel visualiseert hoe fysiologische prikkelbarheid, affectieve verlangens en gedrag functioneren wanneer seksuele aantrekking afwezig is. Het ontbreken van gerichte aantrekking sluit een lichamelijke **genitale respons**, affectieve relaties of **soloseksuele ontlading** geenszins uit.

1. Interne en **externe fysiologische stimuli** activeren het autonome zenuwstelsel en vasocongestie.
2. Fysiologische **opwinding** (lubricatie, tumescentie) kan autonoom optreden zonder persoonsgerichte seksuele aantrekking.
3. Romantische en affectieve nabijheid volgt een onafhankelijk relationeel traject (aromantisch versus alloromantisch).
4. Gedragsmatige participatie (seks-positief, seks-neutraal of seks-avers) wordt gestuurd door relationele intimiteit, nieuwsgierigheid of kinderwens in plaats van erotische aantrekkingskracht.
5. Homeostatische evaluatie en communicatie versterken zelfacceptatie en grensbewaking binnen relaties.



Differentiaaldiagnostiek: Aseksualiteit versus Stoornissen (HSDD/FSIAD)

Het differentiëren tussen een aseksuele oriëntatie en seksuele disfuncties zoals HSDD of FSIAD vereist nauwkeurige diagnostische criteria. Het belangrijkste onderscheidende criterium conform DSM-5 en de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties is de aan- of afwezigheid van intrinsiek persoonsgebonden lijdensdruk (disterss).

Aspect	A-spctrum (aseksualiteit)	HSDD/FSIAD
Etiologie	Oriëntatie (stabiel, levenslang persoonskenmerk)	Functiestoornis (vaak verworven, situatieskbonden of gekoppeld aan fysiologische factoren).
Lijdensdruk	Ontbreekt intrinsiek lijden over het gebrek aan verlangen, eventuele stress is secundair door maatschappelijke druk of relationeel onbegrip.	Gepaard met klinisch significante persoon-lijke frustratie, rouw om verloren verlangen of belemmering van het wellzijn.
Disfunctioneel verlangen	Geen.	Ja.
PLISSIT-kader	Pas 'Permission' en 'Limited Information' toe om oriëntatie te valideren alvorens pathologie te veronderstellen.	Toepassen na uitsluiting van andere oorzaken en volgens richtlijnen.

Belangrijke Disclaimer

Deze educatieve mindmap dient als klinisch naslagwerk en vervangt geen individuele diagnostiek of specialistische medische consultatie. Domeinterminologie vereist contextuele beeordeling.

Beslissingschema

Vertoont de cliënt klinisch significante lijdensdruk en verlies van verlangen?

- Geen intrinsieke lijdensdruk over ontbreken van aantrekking; tevreden met beleving, eventueel spanning door externe sociale druk → **Classificeer als A-spectrum** (aseksualiteit/demiseksualiteit). Bied psycho-educatie (Limited Information) en bekrachtig seksuele autonomie.
- Duidelijke persoons-gebonden lijdensdruk, verlies van eerder aanwezig libido, somatische of farmacologische veranderingen → **Onderzoek conform Zorgstandaard Seksuele Disfuncties op HSDD/FSIAD**, hormonale status of medicatie-effecten.

MODULE 06 — KAART 61: SEKSUALITEIT BIJ ERNSTIGE PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN (EPA)

Psychose en Bipolaire Stoornis

Concept & Neurobiologie:
Ernstige Psychiatrische Aandoeningen en Seksueel Welzijn

Binnen de specialistische GGZ en seksuologische praktijk vraagt de intersectie tussen ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) — waaronder psychotische en bipolaire spectrumstoornissen — en seksualiteit om een genuanceerde biopsychosociale benadering. Neurobiologische disregulatie en farmacotherapie grijpen direct in op het seksueel functioneren, terwijl institutionele dynamieken openheid kunnen belemmeren.

Dopaminerge en serotonerge balans: dopamine stimuleert seksueel verlangen en opwinding; serotonerge stimulatie heeft overwegend een dempende werking op libido en orgasme.

Farmacologische impact: antipsychotica (met name klassieke middelen en risperidon) verorozaken vaak hyperprolactinemie via dopamine-D2-receptorantagonisme in de tuberoinfundibulaire baan, leidend tot galactorroe, gynaecomastie, erectiestoornissen en verminderde lubricatie.

Stemmingsstabilisatoren en antidepressiva: lithium, valproaat en additieve SSRI's/SNRI's kunnen additionele ejaculatie- en orgasme-vertraging of libidoverlies induceren.

Institutionele taboes en zorgafhankelijkheid: binnen residentiële en ambulante GGZ ontbreekt regelmatig privacy voor soloseksualiteit of partnercontact, vergezeld van angst voor ontremming of sancties.

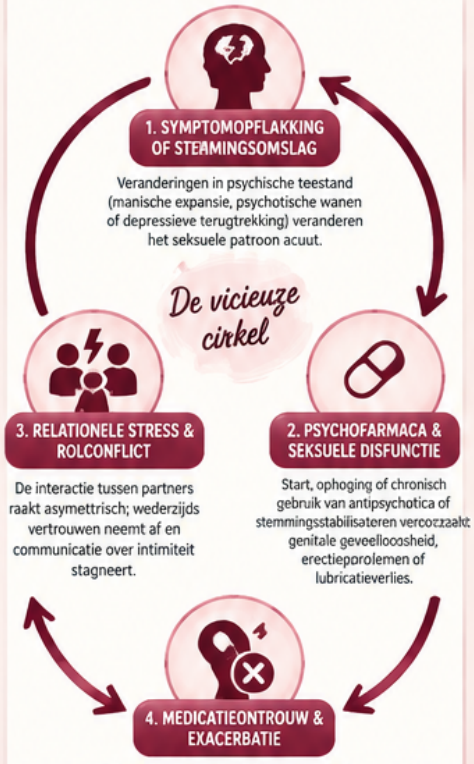
Professionele Disclaimer & Vakdeskundige Review

Deze educatieve mindmapkaart dient als klinisch naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische diagnostiek of farmacotherapeutisch behandelplan. Conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties vereist dosisaanpassing of switch van psychofarmaca te allen tijde expliciete afstemming met de regiebehandelend psychiater of arts. Vóór definitieve klinische publicatie is formele seksuologische en medisch-farmaceutische terminologiecontrole door een vakseoksundige aangewezen.

Cyclisch Model:
De Wisselwerking tussen Fasen, Relatie en Disfunctie

De invloed van psychose en bipolaire episodes op seksualiteit verloopt dynamisch. Zonder proactieve gespreksvoering belanden cliënt en partner vaak in een vicieuze cirkel van wederzijds onbegrip, relatiebelasting en therapieontrouw.

- **Fase-afhankelijke schommelingen:** manische/hypomanische fasen kenmerken zich frequent door seksuele hyperactiviteit, impulsiviteit of riskant gedrag; depressieve of post-psychotische fasen tonen apathie, anhedonie en uitgesproken vermindering van verlangen.
- **Relationele overbelasting:** een partner ervaart dikwijls rolverwarring tussen partner-zijn en mantelzorger, gepaard met angst voor recidive tijdens seksuele intimiteit.
- **Therapieontrouw als vermijdingsgedrag:** seksuele bijwerkingen van psychofarmaca behoren tot de primaire niet-gerapporteerde redenen voor staken van medicatie.
- **Terugvalrisico:** medicatieontrouw uit frustratie over seksuele dysfunctie vergroot het risico op exacerbatie of psychotische decompensatie aanzienlijk.



Klinische Handvatten & Beslisboom:
PLISSIT-Methodiek & Psychiatrische Samenwerking

Ondersteuning van seksuele gezondheid bij EPA vereist een gestructureerde dialoog volgens het PLISSIT-model (Zorgstandaard Seksuele Disfuncties & V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid) en nauwe samenwerking met het multidisciplinaire behandelteam.

P (Permission): geef proactief en expliciet toestemming om over intimiteit en soloseksualiteit te praten; normaliseer dat medicatie en stemmings-wisselingen fysieke responsen beinvloeden.

LI (Limited Information): bied gerichte psycho-educatie over de wisselwerking tussen prolactinespiegels, dopamineblokkade en genitale fysiologie.

SS (Specific Suggestions): adviseer praktische aanpassingen, zoals seksuele activiteit plannen op tijdstippen van minimale farmacologische sedatie, gebruik van glijmiddelen, of sensate-focus-principes.

IT (Intensive Therapy): tijdige verwijzing naar een gekwalificeerd NVVS-seksuoloog bij chronische disfuncties, ernstige relationele trauma's of aanhoudende pijnklachten.

Multidisciplinaire Afstemming met de Behandelend Psychiater

Wanneer hyperprolactinemie of sedatie seksuele functies verstoort, bespreekt de seksuoloog of GGZ-professional dit binnen het MDO. Mogelijke medische overwegingen voor de voorschrijver omvatten: prolactinebepaling, switch naar een prolactinesparend atypisch antipsychoticum (zoals aripiprazol) of toeoveging van partiële dopamine-agonisten, altijd afgewogen tegen psychiatrische stabiliteit.

Hoe te handelen bij nieuw geuite seksuele disfunctie bij EPA onder stabiele farmacotherapie?

1. **Klachten zijn direct gerelateerd aan sedatie, erectie-/lubricatiestoornis of prolactine-verhoging**
   → Bied Limited Information en overleg met behandelend psychiater voor labdiagnostiek (prolactine) en evaluatie van farmacotherapeutische opties.
2. **Klachten betreffen acute seksuele ontremming, verlies van grenzen of decompensatiegevaar**
   → Evalueer direct de psychiatrische teostand, waarborg fysieke en relationele veiligheid, en intensiveer crisisafspraken met het regieteam.
3. **Klachten betreffen persisterende relationele afstand en verlies van intiem contact zonder acute ontregeling**
   → Zet Specific Suggestions in (sensate focus zonder prestatiedruk) of verwijs naar een geregistreerd seksuoloog NVVS voor partnerbehandeling.

PEYRONIE-ZIEKTE (INDURATIO PENIS PLASTICA) — PATHOFYSIOLOGIE EN PSYCHOSEKSELE IMPACT

Etiologie en Pathofysiologische Stadia

Induratio Penis Plastica (IPP of Peyronie-ziekte) ontstaat door afwijkende wondgenezing na microtraumata in de tunica albuginea, gekenmerkt door fibrosering en plaquevorming.

- **Microtrauma:** Repetitieve mechanische belasting leidt tot subklinische microvasculaire rupturen en fibrine-extravasatie in de schede van het corpus cavernosum.
- **Actieve ontstekingsfase (12-18 mnd):** Lymfocytaire infiltratie en overmatige TGF-bëta-expressie verozzraken pijn tijdens erecties en progressieve deviatie.
- **Chronische stabiele fase:** Uitrijping tot acellulaire collageenrijke plaques en eventuele calcificatie met stabiele anatomische verkromming.

Klinische Differentiatie

Differentieer IPP steeds van congenitale penisdeviatie (aanwezig vanaf de puberteit, symmetrische erectiele weefsels zonder palpabele plaques of pijn).

De Psychoseksuele Vermijdingscyclus

De fysieke dismorfofobie en pijninterferentie lokken een vicieuze interactiecyclus uit waarin somatische vervorming en relationele angst elkaar versterken.

- **Pijn en fysiologische deformatie:** Erectiegerelateerde pijn en zichtbare kromstand verminderen initiële seksuele opwinding en spontaniteit.
- **Penetratiefalen en coïtale obstructie:** Onmogelijkheid of angst voor coïtus leidt tot acute faalangst en anticipatoire stress.
- **Cognitieve toeschouwersrol (spectatoring):** Focus verschuift van erotische gewaarwording naar penisvorm, wat leidt tot secundaire erectiestoornissen.
- **Algehele intimiteitsvermijding:** Schaamte en relationele terugtrekking resulteren in vermijding van alle affectieve en lichamelijke nabijheid.

In welke klinische fase bevindt de patiënt zich conform urologische evaluatie?

1 Actieve fase:

Erectiepijn aanwezig en/of progressie van deviatie <12 maanden

↓

Conservatief urologisch beleid (tractietherapie, pijnstilling). Seksuologische focus: psycho-educatie, behoud niet-coïtale intimiteit en angstverlaging.

2 Stabiele fase:

Geen pijn meer en deviatie stabiel gedurende minimaal 6 tot 12 maanden

↓

Indicatie voor invasieve opties (collageen-injecties, plicatie of incisie/grafting). Partnergerichte seksuologische counseling en sensate focus.

Multidisciplinair BehandelKader en Counseling

De zorgstandaard en richtlijnen hanteren een gelaagde aanpak waarin urologische interventies gecombineerd worden met biopsychosociale partnerbegeleiding.

- **Urologische interventies:** Conservatieve tractieapparatuur; intraleasionele injecties (collagenase) bij palpabele plaques; correctieve chirurgie (Nesbit/plicatie of grafting) bij ernstige functionele hinder.
- **PLISSIT - Permission (P):** Expliciet toestemming geven om schaamte, veranderd lichaamsbeeld en erectieverlies openlijk ta bespreken.
- **PLISSIT - Limited Information (LI):** Feitelijke anatomische voorlichting over plaquevorming om irrationele angsten en verliesfantasieën te corrigeren.
- **Sensate Focus en Techniekaanpassing:** Verschuiving van prestatie- en coïtusgerichtheid naar affectieve aanraking en positionele aanpassingen.

PLISSIT-Niveaus

P — Permission
Expliciet toestemming geven om schaamte, veranderd lichaamsbeeld en erectieverlies openlijk te bespreken.

LI — Limited Information
Feitelijke anatomische voorlichting over plaquevorming om irrationele angsten en verliesfantasieën te corrigeren.

S — Specific Suggestions
Praktische adviezen voor seksuele technieken, positionering en sensate focus.

IT — Intensive Therapy
Individuele en/of partnertherapie bij aanhoudende psychoseksuele problematiek.

Urologische Interventies

Tractietherapie
Conservatieve tractieapparatuur voor penislengte en -curve.

Injecties
Intraleasionele injecties (collagenase) bij palpabele plaques.

Chirurgie
Nesbit/plicatie of grafting bij ernstige functionele hinder.

Checklist

- [ ] Pijn bij erectie (ja/nee)
- [ ] Mate van deviatie (graden)
- [ ] Erectiele functie (IIEF-score)
- [ ] Angst- en vermijdingsgedrag
- [ ] Relatie- en intimiteitssituatie
- [ ] Partnerbetrokkenheid

Domeinspecifieke Disclaimer

Dit naslagwerk is uitsluitend bestemd voor educatieve en consultatieve doeleinden door bevoegde zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische diagnostiek of urologische behandelplanning. Vóór definitief klinisch gebruik is domeinspecifieke verificatie vereist.

Palpabele plaque en stabiliteit (actief versus chronisch)

Psychoseksuele scores (IIEF / vermijdingsgraad partner)

GENITO-URINAIR SYNDROOM VAN DE MENOPAUZE (GSM)

Weefselatrofie en Behandelstrategieën

ANATOMISCHE & FYSIOLOGISCHE VERANDERINGEN BIJ OESTROGEENDEFICIËNTIE

De daling van circulerende oestrogenen tijdens en na de menopauzale transitie leidt tot specifieke weefselveranderingen in het urogenitale systeem. Deze veranderingen zijn progressief van aard en herstellen zelden spontaan zonder interventie.

Epitheelatrofie:
Verdunning van het meerlagig plaveiselepitheel van de vagina en het distale urogenitale kanaal, leidend tot kwetsbaarheid en verlies van elasticiteit.

Verstoring vaginaal microbioom:
Afname van glycogeenproductie resulteert in vermindering van Lactobacillus-soorten.

pH-verschuiving:
Stijging van de fysiologische vaginale zuurgraad (pH stijgt van 3,8–4,5 naar > 5,0), waardoor de gevoeligheid voor urogenitale infecties toeneemt.

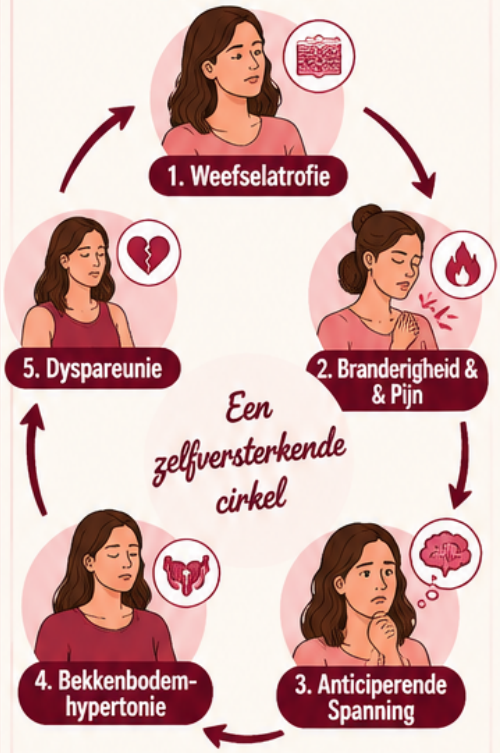
Verlies van vascularisatie en lubricatiecapaciteit:
Verminderde lokale doorbloeding leidt tot vertraagde en ontoereikende transsudatie tijdens seksuele stimulatie.

Klinische Context

GSM omvat zowel vulvovaginale klachten (droogte, branderigheid, dyspareunie) als urologische symptomen (dysurie, recidiverende urineweginfecties, mictiedrang).

DE CYCLISCHE FEEDBACKLUS VAN GSM EN BEKKENBODEMRESPONS

Zonder tijdige psycho-educatie en behandeling kan GSM overgaan in een zichzelf versterkende biopsychosociale cirkel waarin weefselpijn en reflexmatige spierspanning elkaar onderhouden.



Biopsychosociale Dynamiek

Chronische pijn leidt veelal tot secundaire vermindering van seksueel verlangen en vermijding van intimiteit, conform de mechanismen beschreven in de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

1. **Weefselatrofie & Fragiliteit:** Microtraumata en verminderde lubrificatie bij wrijving of penetratie.
2. **Nociceptieve Prikkeling & Branderigheid:** Pijnervaring activeert een perifere en centrale waarschuwingsrespons.
3. **Anticiperende Angst:** Angst voor fysiek ongemak reduceert subjectieve en fysiologische opwinding.
4. **Reflexmatige Hypertonie:** Verhoogde tonus van de musculus levator ani ter bescherming tegen pijn.
5. **Ernstige Dyspareunie:** Toenemende weefselbelasting, vermijdingsgedrag en relationele spanning.

MULTIDISCIPLINAIRE & EVIDENCE-BASED INTERVENTIESTRATEGIEËN

De therapeutische aanpak combineert somatische weefselondersteuning, functioneel herstel van de bekkenbodem en relationeel-seksuologische begeleiding conform het getrapte zorgmodel.

Lokale hormoontherapie:
Laaggedoseerde vaginale oestrogenen (ovules, tabletten of ringen) herstellen de epitheeldikte, glycogeenspiegels en pH-waarde met minimale systemische absorptie.

Prasteron (vaginale DHEA):
Lokale precursorbehandeling die lokaal wordt omgezet in oestrogenen en androgenen voor weefselherstel.

Niet-hormonale opties:
Vaginale moisturizers met hyaluronzuur voor structurele hydratatie (meermaals per week) en pH-neutrale glijmiddelen (op water- of siliconenbasis) tijdens seksuele activiteit.

Bekkenfysiotherapie:
Tonusregulatie, biofeedback en ontspanningsoefeningen om hypertonie van de bekkenbodemspieren af te bouwen.

Seksuologische counseling & psycho-educatie:
Herdefiniëren van intimiteit, uitbreiden van het seksuele repertoire buiten penetratie en inzet van het PLISSIT-model ter vermindering van prestatiedruk.

Verwijzing & Kwaliteitsborging

Dit schema dient ter consultatieve ondersteuning en scholing. Sluit oncologische en dermatologische contra-indicaties uit via een arts. Vóór definitief professioneel gebruik is domeinspecifieke klinische validatie door een bevoegd specialist vereist.

LICHEN SCLEROSUS EN LICHEN PLANUS: DERMATOLOGISCHE ZORG EN BEHOUD VAN SEKSUELE FUNCTIE

KLINISCHE KENMERKEN EN WEEFSELVERANDERINGEN

Lichen sclerosus (LS) en lichen planus (LP) zijn chronische inflammatoire genitale dermatosen die leiden tot structurele weefselveranderingen bij zowel vrouwen als mannen. Herkenning van de vorege en gevorderde symptomen is cruciaal om ernstig functieverlies en verlittekening te voorkomen.

Architectuurverlies: resorptie van labia minora, fimosis bij mannen en begraving van de clitoris/glans door verlittekening.

Atrofie en depigmentatie: porseleinwitte atrofische plaques ('cigarette paper skin') en verlies van elasticiteit van de introïtus.

Fissuren en erosies: kwetsbare huid met oppervlakkige scheurtjes, purpura en bij lichen planus soms pijnlijke erosieve mucosale laesies.

Differentiaaldiagnose & Monitoring

Regelmatige dermatologische of gynaecologische controle is geïndiceerd vanwege een klein verhoogd risico op plaveiselcelcarcinoom bij chronische lichen sclerosus.

DE VICIEUZE CIRKEL VAN GENITALE KLACHTEN

Onbehandelde actieve ontstekingsverschijnselen induceren een biopsychosociale vicieuze cirkel die direct interfereert met da seksuele responscyclus.

- Jeuk (pruritus) en branderig gevoel leiden tot krabben en secundaire weefselbeschadiging.
- Microtraumata en chronische ontsteking resulteren in progressieve fibrose en verlies van rekbaarheid.
- Mechanische frictie tijdens coïtus of penetratie veroorzaakt dyspareunie en introïtuspijn.
- Anticipatieangst voor pijn lokt onwillekeurige bekkenbodemhypertonie uit, met secundair verminderd seksueel verlangen en vermijdingsgedrag als gevolg.

KLINISCHE AANPAK EN MULTIDISCIPLINAIRE INTERVENTIES

Behandeling vereist een gecombineerde aanpak van dermatologische onderhoudsmedicatie, bekkenfysiotherapie en seksuologische counseling om intimiteit en weefselfunctie te behouden.

Topicale corticosteroïden: klasse IV corticosteroïd (zoals clobetasolpropionaat) volgens afbouwschema naar langdurige onderhoudsbehandeling ter preventie van verdere verlittekening.

Emollientia en barrièrezalf: dagelijks vet houden van het genitaal epitheel en neutraal reinigen zonder zeep.

Bekkenfysiotherapie & Dilatortherapie: herstel van bekkenbodemontspanning en geleidelijke rekking van de introïtus met behulp van pelotte- of dilatortraining en geëigend glijmiddel.

Seksuologische begeleiding: psycho-educatie over niet-penetratieve intimiteit, aanpassing van het seksueel script en verwerking van verlies rondom het genitaal lichaamsbeeld.

Klinische Disclaimer

Deze kaart dient als psycho-educatief overzicht en vervangt geen individuele dermatologische diagnose, biopsie of behandelplan.

Welk PLISSIT-niveau en interventietraject is geïndiceerd bij patiënten met genitale lichen?

1. Acute actieve ontsteking, ernstige fissuren en actieve jeuk
   → Prioriteer dermatologische evaluatie en start/optimaliseer klasse IV corticosteroïdtherapie vóór intensieve seksuologische penetratie-oefeningen.
2. Rustige huid onder steroïdbehandeling maar aanhoudende pijn door hypertonie of vernauwing
   → Verwijs naar geregistreerd bekkenfysiotherapeut voor ontspanningstraining en start gecontroleerde pelottentherapie met seksuologische steun.

SEKSUALITEIT BIJ AUTISMESPECTRUMSTOORNISSEN (ASS) — SENSORISCHE PRIKKELVERWERKING EN COMMUNICATIE

Sensorische Profielen en Interoceptie bij Neurodiverse Seksualiteit

Seksuele prikkeling onvat een complexe integratie van externe sensorische modalitieiten en interne lichaamsgewaarwording. Bij neurodivergente individuen, in het bijzonder binnen het autismespectrum, verloopt deze sensorische integratie dikwijls atypisch via hyperreactiviteit, hypoactiviteit of sensorisch zoekgedrag.

- **Tactiele prikkels:**
  Lichte aanrakingen kunnen als aversief of pijnlijk (tactiele afweer) worden ervaren, terwijl stevige, diepe druk dikwijls kalmerend en regulerend werkt.
- **Auditieve en olfactorische gevoeligheden:**
  Omgevingsgeluiden, ademhalingsgeluiden, geuren van lichaamsvocht of zweet kunnen leiden tot sensorische overbelasting en onmiddellijk verlies van seksuele opwinding.
- **Visuele overstimulatie:**
  Fel licht kan storend werken; gedimd licht of volledige duisternis biedt vaak de noodzakelijke rust om de focus op lichamelijke sensaties te behouden.
- **Interoceptieve differentiatie:**
  Moeite met het tijdig waarnemen en interpreteren van fysiologische signalen (zoals hartslag, erectie, lubricatie, spierspanning of naderend orgasme), wat kan leiden tot verwarring tussen angst en seksuele opwinding.

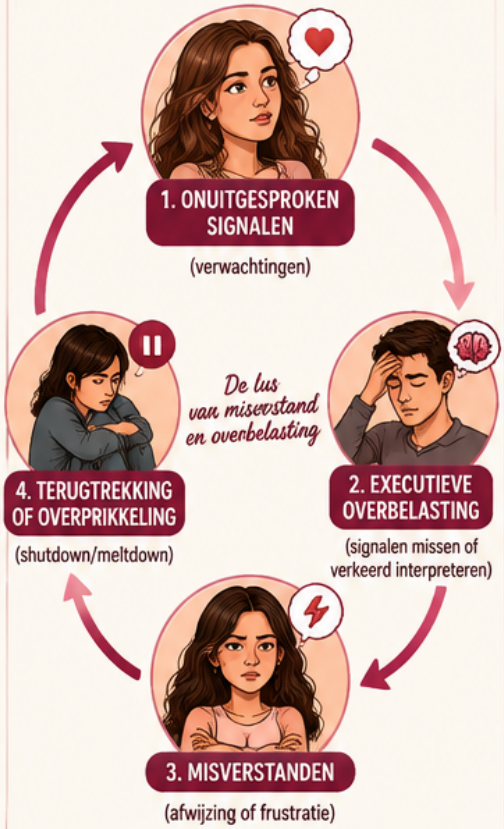
Klinisch Aandachtspunt: Sensorische Drempels

Onderzoek tijdens de seksuologische intake altijd gedetailleerd het sensorisch profiel. Wat neurotypische partners als vanzelfsprekend intiem ervaren (zoals strelen of zacht zoenen), kan voor een persoon met ASS een sensorische scook teweegbrengen die de seksuele responscyclus direct blokkeert.

De Interactielus: Verwachtingen, Executieve Overbelasting en Misverstanden

Seksuele interacties verlopen tussen neurotypische en neurodivergente partners vaak stroef door onuitgesproken aannames. Deze interactielus illustreert hoe het ontbreken van expliciete communicatie leidt tot cognitieve en relationele escalatie.

1. **Stap 1:** Impliciete sociale en erotische signalen worden door de partner uitgezonden (zoals veranderde lichaamstaal of indirecte toespelingen).
2. **Stap 2:** De signalen worden gemist of verkeerd geinterpreteerd, wat leidt tot executieve overbelasting bij het ontcijferen van verwachtingen.
3. **Stap 3:** Het ontbreken van een reactie roept bij de initiator gevoelens van afwijzing of frustratie op.
4. **Stap 4:** De spanning escaleert in terugtrekking of overprikkeling (shutdown/meltdown), waardoor toekomstig seksueel contact beladen raakt.



Interactielus Vermijden

Vervang impliciete non-verbale verleiding door expliciet afgesproken verbale of visuele signalen om de executieve belasting te minimaliseren.

Klinische Interventies: Aanpassingen, Formats en Expliciete Toestemming

Binnen de seksuologische begeleiding (PLISSIT niveau Limited Information en Specific Suggestions) richten interventies zich op het concretiseren van contexten, het aanpassen van de fysieke omgeving en het formaliseren van communicatieafspraken.

- **Omgevingsmodificatie:**
  Creëer een sensorisch neutrale ruimte (gedempt warm licht, afwezigheid van geparfumeerde producten, neutrale lakens, verzwaringsdekens vooraf ter emotieregulatie).
- **Expliciete 'Traffic Light" toestemming:**
  Gebruik duidelijke verbale codes voor grenzen en wensen (Groen = prettig/ga door,
  Oranje = pas tempo/intensiteit aan,
  Rood = direct stoppen zonder toelichting vooraf).
- **Scripting en voorspelbaarheid:**
  Verminder executieve stress door vooraf heldere kaders en eerwachtingen over de opbouw en duur van de seksuele ontmoeting af zta stemmen.
- **Sensate Focus aanpassingen:**
  Hanteer bij sensate focus gestructureerde, voorspelbare aanrakingen met duidelijke druk, waarbij lichte kietelende aanrakingen strikt worden vermeden.

Verantwoording en Richtlijnconformiteit

Deze educatieve kaart dient als praktijkondersteuning conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid en vervangt geen individuele diagnostiek of specialistische medische behandeling. Een domeinspecifieke medische/seksuologische terminologiecontrole door een gekwalificeerd vakdeskundige is vereist vóór definitieve klinische publicatie.

Praktijkobservatie

Geidentificeerde sensorische gevoeligheden (tactiel, auditief, reuk, licht):

Afgesproken expliciete toestemmingscode en communicatieformat:

Gekozen omgevings- en stimulatieaanpassingen:

Hoe reageert de cliënt op tactiele aanraking tijdens seksuele opwinding?

Aanraking leidt tot overprikkeling of afweer (hyperreactiviteit)	→ Schakel over naar steivge drukstimulatie of verzwaarde aanraking; eliminieer lichte strelingen en breng omgevings-prikkels direct omlaag.
Moeite met het voelen van eigen opwinding of respons (interoceptieve hyporeactiviteit)	→ Gebruik visuele spiegels, gerichte sensate focus met focus op spiercontractie/ ontspanning, of explicite verbale feedback van de partner.

ADHD en Intieme Relaties —
Prikkelzoekend Gedrag, Afleidbaarheid en Emotieregulatie

Neurobiologische Basis en Aandachtsregulatie

Bij volwassenen met ADHD spelen neurobiologische variaties in het dopaminerge beloningssysteem en executieve functies een sturende rol in seksueel verlangen en interactie. De wisselwerking tussen sensorische gevoeligheid en executieve ontregeling leidt tot specifieke dynamieken tijdens intieme interacties.

- **Dopaminerge disregulatie:** verlaagde basale dopaminespiegels bevorderen de continue drang naar prikkels en nieuwswaarde.
- **Hyperfocus bij nieuwe relaties:** extreme intimiteitsinvestering tijdens de verliefdheidsfase dooft vaak abrupt uit bij gewenning.
- **Sensorische afleidbaarheid:** omgevingsgeluiden, tactiele hypersensitiviteit of intrusieve gedachten doorbreken plotseling de seksuele opwinding.
- **Executieve disfunctie:** moeite met de overgang van dagelijkse taken naar sensuele aamexeigheid en ontspanning.

Klinische Differentiatie

Differentieer plotseling opwindingsverlies door aandachtsverslapping van een primair hypoactief seksueel verlangen (HSDD) conform de DSM-5-criteria.

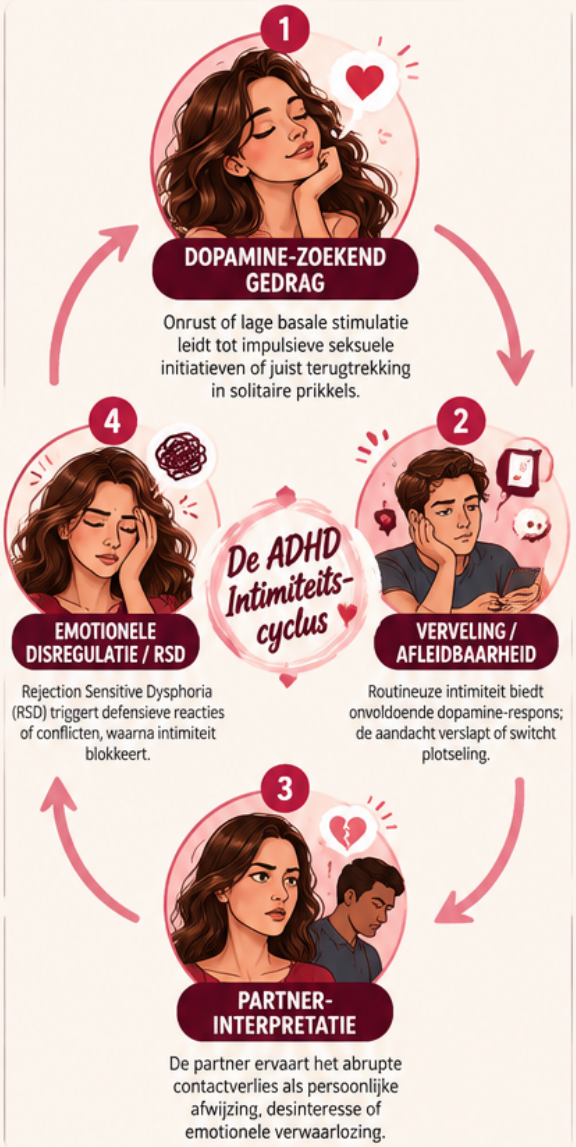
De Relationele ADHD-Interactiecyclus

In vaste partnerrelaties resulteert de interactie tussen neurodivergente prikkelbehoefte en neurotypische reacties geregeld in een terugkerend cyclisch patroon van misverstanden, frictie en emotionele verwijdering.

- **Fase 1 (Dopamine-zoekend gedrag):** Onrust of lage basale stimulatie leidt tot impulsieve seksuele initiatieven of juist terugtrekking in solitaire prikkels.
- **Fase 2 (Seksuele afleiding of verveling):** Routineuze intimiteit biedt onvoldoende dopamine-respons; de aandacht verslapt of switcht plotseling.
- **Fase 3 (Partner-interpretatie):** De partner ervaart het abrupte contactverlies als persoonlijke afwijzing, desinteresse of emotionele verwaarlozing.
- **Fase 4 (Emotionele disregulatie & RSD):** Rejection Sensitive Dysphoria (RSD) triggert defensieve reacties of conflicten, waarna intimiteit blokkeert.

Misattributie in de Relatie

Het labelen van neurobiologische afleidbaarheid als gebrek aan liefde of aantrekkingskracht versterkt vermijdingsgedrag bij beide partners.



Hoe reageert de cliënt/partner op plotselinge afleiding tijdens intiem contact?

Cliënt schiet in schaamte, defensief gedrag of plotselinge relationele woede (RSD)	Partner veelt zich chronisch seksueel en emotioneel afgewezen
Prioriteer psycho-educatie over executieve functies en emotieregulatie vóór verdere sensate focus opdrachten.	**Evalueer relatiestructuur, ontkoppel neurobiologische afleiding van affectieve toewijding en herdefinieer wederzijdse verwachtingen.**

Therapeutische Interventies en Aandachtsbehoud

Klinische interventies volgens het PLISSIT-model richten zich op psycho-educatie (Limited Information), het verminderen van sensorische ruis en gerichte gedragsmatige suggesties (Specific Suggestions) om intimiteit haalbaar en prikkelend te houden.

- **Sensorische optimalisatie:** inzetten van gedempt licht, witte ruis, verzwaarde dekens of ritmische muziek om irrelevante omgevingsprikkels te dempen.
- **Gestructureerde sensate focus:** kortere, afgebakende oefentijden (bijv. 10-15 minuten) met expliciete focusopdrachten om aandachtsbehoud te borgen.
- **Novelty binnen kaders:** introduceren van wisselende tactiele stimuli, rollenspellen of variatie in locatie zonder overstimulatie te veroorzaken.
- **Transparante communicatie:** neutrale 'stop-en-hergroepeer'-safewords afspraken zodra het hoofd afdwaalt, zonder partnerafwijzing.

Disclaimer en Deskundigheidsdomein

Deze kaart dient als educatief naslagwerk en vervangt geen individuele medische of seksuologische diagnostiek. Farmacologische afstemming verloopt via een arts of psychiater.

PLISSIT-Stappen

1. **Normaliseren en Valideren (Permission)**
   Maak de invloed van ADHD op verlangen en concentratie expliciet bespreekbaar en normaliseer het optreden van mentale afdwalingen.
2. **Psycho-educatie Executieve Functies (LI)**
   Verklaar aan beide partners de rol van dopaminespiegels, sensorische drempels en hyperfocus bij seksuele interacties.
3. **Praktische Aanpassingen Inrichten (SS)**
   Pas prikkelreductie toe in de slaapkamer en definieer kortere, gevarieerde intimiteitsmomenten afgestemd op de medicatiewerking.

Klinische Tip

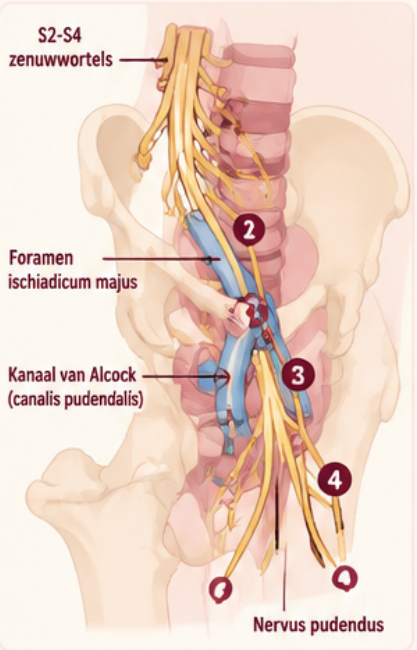
Aandacht is geen gebrek aan liefde, maar een neurobiologische realiteit waarmee je kunt leren omgaan.

PUDENDUSNEURALGIE EN PELVIENE ZENUWBEKLEMMING

1. ANATOMISCH VERLOOP EN SENSORISCHE INNERVATIE

De nervus pudendus ontspringt uit de sacrale plexus (zenuwwortels S2-S4) en loopt door het foramen ischiadicum majus, kruist het ligamentum sacrospinale en treedt via het foramen ischiadicum minus het kanaal van Alcock (canalis pudendalis) binnen. Compressie of tractie in het nauwe traject leidt tot neuropathische prikkeling in de perifere innervatiegebieden.

- **Nervus rectalis inferior:** sensibele innervatie van het perianale gebied en motorische aansturing van de musculus sphincter ani externus.
- **Nervus perinealis:** sensibele verzorging van het perineum, het scrotum of de labia majora en motoriek van de oppervlakkige bekkenbodem-musculatuur.
- **Nervus dorsalis van de clitoris / penis:** distale sensibele tak naar de clitoris of glans penis; cruciaal voor seksuele arousal en pijnervaring bij aanraking.



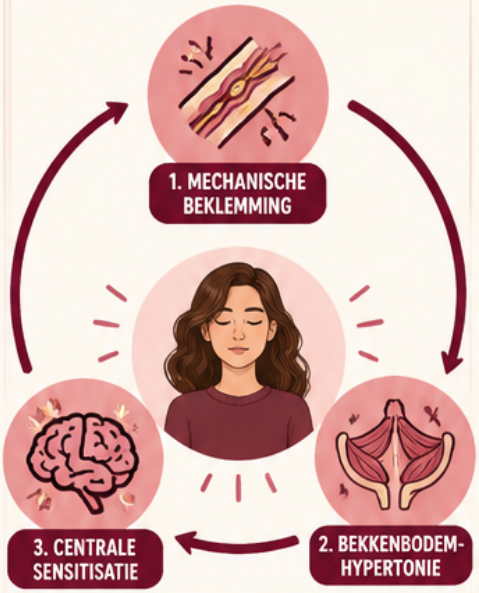
KLINISCHE AANWIJZING

Kenmerkend voor pudendusneuralgie is pijn die verergert bij zitten en afneemt bij staan, liggen of zitten op een toiletbril (ontlasting van het perineum en Alcock-kanaal).

2. VICIEUZE CIRKEL: BEKLEMMING, HYPERTONIE EN SENSITISATIE

Chronische beklemming lokt een complex vicieus proces uit waarin perifere neuropathie, musculaire reacties en centrale pijnsystemen elkaar continu versterken en onderhouden.

1. **Mechanische zenuwcompressie** of microtrauma in het Alcock-kanaal verrorzaakt focale ischemie, neurogene inflammatie en ectopische prikkelvorming.
2. **Pijnimpulsen** triggeren een reflectoire spasme en myogene hypertonie van de bekkenbodemspieren (o.a. m. levator ani en m. obturator internus).
3. Deze aanhoudende spiercontractie verhoogt de mechanische druk in het zenuwkanaal, wat leidt tot verdere zenuwbeklemming en weefselhypoxie.
4. Aanhoudende nociceptieve input induceert spinale wind-up en centrale sensitisatie, resulterend in allodynie, hyperalgesie en functionele seksuele disfuncties.



CAVE CENTRALE SENSITISATIE

Bij chronische aanwezigheid (>3-6 maanden) kunnen seksuologisten losgekoppeld raken van de oorspronkelijke perifere compressie, waardoor een breder pijnsyndroom ontstaat.

3. DIAGNOSTIEK, NANTES-CRITERIA EN BEHANDELINTERVENTIES

De diagnostiek van pudendusbeklemming steunt primair op de **klinische Nantes-criteria.** De behandeling vraagt om een multidisciplinaire, stapsgewijze aanpak van gedragsmatige drukverlichting tot invasieve pijnmodulatie.

NANTES-ESSENTIËLE CRITERIA

- Pijn in het anatomische innervatiegebied van de n. pudendus.
- Verergering bij zitten.
- Patiënt ontwaakt 's nachts niet van de pijn.
- Geen objectief sensibel verlise bij klinisch onderzeek.
- Positieve diagnostische zenuwblokkade.

STAPSGEWIJZE BEHANDELING

- **Conservatief & gedragsmatig:** wigkussens met centrale uitsparing, vermijden van langdurig fietsen of zitten, en bekkenfysiotherapeutische myofasciale release gericht op ontspanning van de m. obturator internus.
- **Medicamenteuze neuromodulatie:** gabapentinoïden (gabapentine, pregabaline) of tricyclische antidepressiva (amitriptyline) ter demping van neuropathische prikkels.
- **Gespecialiseerde interventies:** diagnostische en therapeutische lokale zenuwblokkades met lokaal anestheticum en corticosteroïden, pulsed radiofrequentie (PRF), of operatieve decompressie bij bewezen entrapment.

INTERDISCIPLINAIR BELEID

Combineer medische pijninterventies altijd met seksuologische begeleding (PLISSIT-kader) ter vermindering van anticipatieangst, seksuele vermijding en secundaire relatiespanning.

4. KLINISCHE DIFFERENTIATIE EN BESLISBOOM BEKKENPIJN

Niet elke perineale of pelviene zenuwpijn betreft een mechanische beklemming in het Alcock-kanaal. Systematische triage borgt tijdige verwijzing naar de juiste medisch specialist of bekkenfysiotherapeut.

Voldoet het klinisch beeld aan de essentiële Nantes-criteria voor pudendusbeklemming?

Ja

Brandende perineale pijn, toename bij zitten, geen nachtelijk ontwaken, positieve Alcock-palpatieprikkel.

↓

Start multidisciplinair traject: zitdrukontlasting, bekkenfysiotherapie gericht op ontspanning, overweeg diagnostische n. pudendus blokkade en neuromodulerende medicatie.

Nee

Diffuus bekkenpijnsyndroom, geen duidelijke zithoudings-relatie, of palpabele triggers buiten het verzorgingsgebied.

↓

Evalueer alternatieve oorzaken (chronisch bekkenpijnsyndroom/ CPPS, myofasciale bekkenbodem-hypertonie, lumbosacrale radiculaire prikkeling) en verwijs naar gynaecoloog, uroloog of neuroloog.

5. KLINISCHE VERANTWOORDING EN DISCLIAIMER

Deze educatieve kaart dient als klinisch naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische diagnostiek of behandeladviezen. Vóór definitieve klinische toepassing is domeinspecifieke medisch-seksologische verificatie door een bevoegd vakdeskundige vereist conform de geldende kwaliteitsrichtlijnen.

- **Referentiekader:** Zorgstandaard Seksuele Disfuncties & V&VN Richtlijn Seksuele Gezondheid.
- **Toepassing:** uitsluitend te hanteren door getrainde consulenten, seksuologen, artsen en bekkenfysiotherapeuten.

ENDOMETRIOSE EN ADENOMYOSE — DIEPE DYSPAREUNIE EN PARTNERGERICHTE ZORG

PATHOFYSIOLOGIE EN LOKALISATIES

Endometriose en adenomyose veroorzaken diepe dyspareunie via mechanische tractie en neurogene inflammatie rondom bekkenstructuren.

- Ectopisch stroma en klierweefsel buiten het cavum uteri reageren op ovariële steroïden.
- Voorkeurslocaties: sacro-uteriene ligamenten, cavum Douglasi, septum rectovaginale en uterosacrale plooien.
- Lokale afgifte van cytokinen, prostaglandinen en zenuwgroei-factoren induceert perifere sensitisatie en chronische bekkenbodemhypertonie.

Klinische Differentiatie

Diepe dyspareunie onderscheidt zich van oppervlakkige dyspareunie doordat de pijn optreedt bij stotende mechanische penetratie nabij de fornix posterior en bekkenligamenten, in plaats van aan het vestibulum.

DE VICIEUZE CIRKEL VAN CYCLISCHE PIJN NAAR RELATIONELE VERWIJDERING

De wisselwerking tussen somatische nociceptie en interpersoonlijke dynamiek onderhoudt seksuele vermijding en psychologische lijdensdruk.

- Cyclische en niet-cyclische bekkenpijn genereert aanhoudende anticipatieangst voor penetratie.
- Reflectoire contractie van de bekkenbodem-spieren verhoogt mechanische weerstand en weefselprikkeling.
- Vermijdingsgedrag van intimiteit ontstaat uit schuldgevoel of vrees de partner teleur te stellen.
- Partner interpreteert afwijzing als relationele desinteresse of ervaart handelingsverlegenheid, wat leidt tot emotionele distantie.

MULTIDISCIPLINAIR BEHANDELPLAN EN PARTNERGERICHTE INTERVENTIES

Een effectieve therapeutische benadering combineert medische symptoomreductie met seksuologische en fysiotherapeutische begeleiding conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

MEDISCH

- [ ] Hormonale suppressie via continue oestroprogestativa of GnRH-analogen ter onderdrukking van ectopische bloedingen en peritoneale prikkeling.

BEKKENFYSIOTHERAPIE

- [ ] Myofasciale ontspanning en herstel van tonusregulatie van de musculatuur.

POSITIE-AANPASSINGEN

- [ ] Sturen op penetratiediepte en bekkenkanteling (bijvoorbeeld zij-aan-zij of partner bovenin met gecontroleerde tractie) om tractie op het cavum Douglasi te vermijden.

SENSAFE FOCUS VARIANTEN

- [ ] Stapsgewijze heropbouw van sensaties zonder prestatiedruk of verplichte penetratie, gericht op herstel van genegenheid.

Professionele Disclaimer

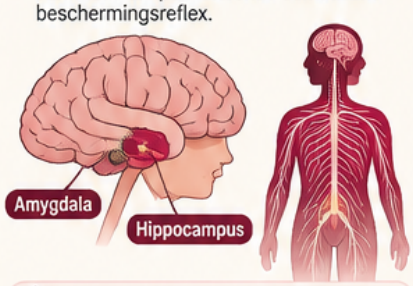
Deze kaart dient als psycho-educatief naslagwerk en vervangt geen specialistisch medisch of gynaecologisch onderzoek. Vóór definitieve publicatie is domeinspecifieke terminologiecontrole door een vakdesskundige aangewezen.

POST-TRAUMATISCHE STRESSTOORNIS (PTSS) EN INTIMITEIT

Neurobiologie van PTSS bij Intimiteit

Traumatische ervaringen (zowel seksueel geweld als niet-seksueel trauma) kunnen diepgaande sporen nalaten in het autonome zenuwstelsel. Bij herinnering aan of associatie met de gebeurtenis reageert het brein alsof het gevaar opnieuw actueel is.

- **Amygdala-hyperactivatie:** detecteert acute dreiging bij zintuiglijke prikkels en ontketent directe stressresponsen.
- **Hippocampus-dysfunctie:** moeite met contextduiding; heden en verleden lopen in elkaar over.
- **Autonome ontregeling:** acute activatie van de sympathicus (vecht- of vluchtreactie) of dorsale vagus (freeze/dissociatie).
- **Bekkenbodemhypertonie:** onwillekeurige contractie als persisterende somatische beschermingsreflex.



Neurobiologische Paradox

Intieme nabijheid vereist fysiologische ontspanning en activatie van het ventraal vagale systeem. Voor een getraumatiseerd zenuwstelsel kan fysieke kwetsbarheid juist als levensbedreigend worden gecodeerd.

Van Veilige Prikkel naar Traumatrigger

In een intieme context kunnen neutrale of liefdevolle sensorische prikkels plotseling fungeren als traumatrigger via klassieke conditionering en sensorische generalisatie.

- **Sensorische prikkels:** specifieke geuren, gewicht op het lichaam, aanraking van specifieke zones, geluiden of oogcontact.
- **Fysiologische misinterpretatie:** seksuele opwinding (hartslag, vasodilatatie) wordt door het limbische systeem ervaren als acute paniek.
- **Arousal-uitschieters:** hyperarousal leidt tot angst, agitatie of vluchtgedrag; hypoarousal leidt tot depersonalisatie en gevoelloosheid.
- **Relationele breuk:** de partner voelt zich afgewezen of machteloos; de cliënt ervaart schaamte en schuldgevoelens.

Klinische Differentiatie

Seksuele aversie en vermijding na trauma kunnen gepaard gaan met zowel onthouding als dwangmatige risicovolle seksualiteit door verlies van grensbesef.

Neutrale Intimiteitsprikkel

Liefdevolle aanraking, nabijheid, blikcontact, geur, stem, warmte ...

Sensorische Traumatrigger

Het brein herkent een oude dreiging en activeert het alarmsysteem.

Autonome Hyper-/ Hypoarousal

Sympathicus (angst/agitatie/ vlucht) of dorsale vagus (freeze/dissociatie).

Bekkenbodemkramp / Dissociatie

Onwillekeurige contractie of geveelloosheid.

Relationele Terugtrekking

Afstand, vermijding, schaamte, schuldgevoelens.

Klinische Interventies en Partnerbetrokkenheid

De aanpak van seksuele disfuncties na trauma vraagt om een gestructureerde, fasegerichte benadering conform de GGZ Zorgstandaard en V&VN-richtlijn.

- **Fasegerichte traumazorg:** stabilisatie en emotieregulatie gaan vooraf aan traumaverwerking (zoals EMDR of traumagerichte CGT).
- **Sensate Focus met trauma-adaptatie:** heropbouw van aanraking zonder prestatiedruk, met strikte stop-signalen en behoud van regie.
- **Bekkenfysiotherapie:** gerichte myofasciale ontspanning bij persisterende bekkenbodem-overactiviteit.
- **Partnerpsycho-educatie:** inzicht bieden in autonome reflexen om misinterpretatie als persoonlijke afwijzing te voorkomen.

Praktijkaanbeveling (PLISSIT)

Gebruik stap 1 (Permission) en stap 2 (Limited Information) om de relatie tussen trauma en bekkenreacties genormaliseerd en schaamtevrij bespreekbaar te maken.

Casusverkenning: Arousal en Regulatie

Praktijkvoorbeeld van een cliënt met PTSS na een relationeel trauma die intieme aanraking ervaart als paniekinducerend.

- **Aanmelding:** primaire klacht van plotselinge hyperventilatie en bekkenbodemkramp bij genitale nabijheid.
- **Interventie:** vertragen van interacties, introduceren van 'grounding'-technieken en non-genitale sensate focus.
- **Evaluatie:** toegenomen tolerantievenster (window of tolerance) en herstelde relationele communicatie.

Beslisboom: Seksuele Klachten bij PTSS

Stappenplan voor indicatiestelling tussen traumabehandeling en seksuologische therapie.

Is de cliënt fysiologisch en emotioneel stabiel genoeg voor specifieke seksuologische oefeningen?

Acute herbelevingen, ernstige dissociatie en actuele instabiliteit aanwezig

↓

Prioriteer fase 1 en 2 traumazorg (stabilisatie, emotieregulatie, EMDR/ traumagerichte CGT). Beperk seksuologie tot psycho-educatie en herstel van fysieke veiligheid.

Trauma voldoende verwerkt of geïntegreerd, maar aanhoudende bekkenbodemoveractiviteit en vermijding

↓

Start gespecialiseerde seksuologische begeleiding (Sensate Focus, exposure) in combinatie met gespecialiseerde bekkenfysiotherapie.

Klinische Disclaimer & Terminologieverantvoording

Deze geïllustreerde mindmap dient als educatief naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele diagnostiek of medische/psychiatrische behandeling. Vóór definitieve klinische toepassing wordt een domeinspecifieke medisch-seksuologische terminologiecontrole door een gekwalificeerd vakgeskundige aanbevolten.

- Gebaseerd op de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid.
- Niet bedoeld als zelfhulpmethode voor acute crisissituaties.
- Raadpleeg bij complexe traumaproblematiek een gergeistreerd seksuoloog NVVS of klinisch psycholoog.

Seksualiteit bij Nierfalen, Dialyse en Niertransplantatie

Endocriene en Vasculaire Pathofysiologie bij Chronische Nierinsufficiëntie (CKD)

Chronische nierinsufficiëntie (CKD) ontregelt de seksuele respons via endocriene disbalans, micro- en macrovasculaire schade en metabole uitputting. Een daling van de glomerulaire filtratiesnelheid leidt tot stapeling van uremische toxinen en verstoring van de hypothalamus-hypofyse-gonadale as.

Hyperprolactinemie:
Verminderde renale klaring en verstoorde dopaminerge remming veroorzaken hyperprolactinemie, leidend tot centrale inhibitie van het seksueel verlangen bij zowel mannen als vrouwen.

Hypogonadisme:
Progressieve daling van vrij en totaal testosteron bij mannen, ovariële dysfunctie, anovulatie en vroege amenorroe bij vrouwen.

Vasculaire endotheeldisfunctie:
Uitgesproken arteriële vaatstijfheid, atherosclerose en verminderde stikstof-monoxide (NO)-beschikbaarheid belemmeren genito-pelviene doorbloeding en erectiele vulling.

Renale anemie en vermoeidheid:
Erytropoëtinedeficiëntie leidt tot chronisch weefselzuurstofgebrek, ernstige uitputting en verhoogde drempels voor fysieke en genitale seksuele opwinding.

Medisch-biologische differentiatie

Hyperprolactinemie en uremie onderdrukken de centrale libido-aansturing direct. Differentieer biochemische oorzaken altijd van psychogene vermoeidheid en medicatie-bijwerkingen.

De Vicieuze Cirkel: Vermoeidheid, Lichaamsbeeld en Relationele Factoren

De biopsychosociale impact van dialyse en nierfalen vormt een zelfversterkende interactie tussen fysieke beperkingen, psychische belasting en relationele afstand.

Fysieke barrières:
Aanwezigheid van hemodialysefistels, centrale veneuze katheters of peritoneale dialysekatheters veroorzaakt angst voor dislocatie, beschadiging of bloeding tijdens intimiteit.

Aantasting van het lichaamsbeeld:
Operatielittekens, buikzwelling door dialysaat en huidveranderingen door uremie beïnvloeden het gevoel van seksuele aantrekkelijkheid en eigenwaarde negatief.

Chronische uitputting:
Post-dialyse "washout" en aanhoudende lethargie concurreren direct met spontane seksuele toenadering en energie voor relationele nabijheid.

Verschuiving naar zorgrelatie:
Partners nemen vaak taken van mantelzorger op zich, waardoor de erotische dynamiek naar de achtergrond verdwijnt en communicatieblokkades ontstaan.

PLISSIT-toepassing bij chronische ziekte

Conform de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid en Zorgstandaard Seksuele Disfuncties: initieer actief de 'Permission' (toestemming) stap: "Bij chronische nierziekten en dialyse zien we vaak veranderingen in verlangen of intimiteit. Hoe is dat voor u?"

Klinische Interventies, Dialyse-optimalisatie en Farmacotherapie

Het behandelbeleid vereist nauwe multidisciplinaire samenwerking tussen nefroloog, verpleegkundig specialist en seksuoloog. Interventies richten zich op biochemische normalisatie, xellige farmacologische ondersteuning en herstel van intimiteit.

Optimalisatie van dialysedosering:
Verhogen van de dialyse-efficiëntie (Kt/V) en strikte controle van fosfaat, calcium en ureum verminderen uremische neuropathie en verbeteren vitaliteit.

Correctie van renale anemie:
Doelgerichte inzet van erytropoëse-stimulerende middelen (ESA) en ijzersuppletie verhoogt de weefseloxygenatie en algehele energiebalans.

Cardiovasculair veilige erectietherapie:
PDE-5-remmers (zoals sildenalil of tadalafil) kunnen effectief zijn bij erectiestoornissen, mits strikt gecontroleerd op hemodynamische tolerantie en contra-indicatie met nitraten.

Transplantatieperspectief en herstel:
Succesvolle niertransplantatie normaliseert in veel gevellen de hormonale as en fertiliteit; aandacht voor therapietrouw bij immunosuppressiva en residuaal cardiovasculair vaatlijden blijft essentieel.

Veiligheidswaarschuwing farmacotherapie

PDE-5-remmers zijn strikt gecontra-indiceerd bij gelijktijdig gebruik van nitraten of instabiele cardiovasculaire status. Controleer dialysedagen en hemodynamische parameters voorafgaand aan voorschrijven.

Stappenplan klinische aanpak

1. **Stap 1: Signaleren & Toestemming** (PLISSIT - P)
Vraag actief naar veranderingen in energie, lichaamsbeeld en seksueel functioneren tijdens reguliere nefroloog- of dialyseconsulten.

2. **Stap 2: Biomedische screening** (PLISSIT - LI)
Evalueer laboratoriumwaarden (prolactine, tostosteron, hemoglobine, fosfaat/ureum) en verifieer de actuele dialyse-adequaatheid (Kt/V).

3. **Stap 3: Praktische en relationele adaptatie** (PLISSIT - SS)
Bied specifieke adviezen voor time-management (intimiteit op niet-dialysedagen), fistelbescherming, comfortabele posities en sensate focus oefeningen.

4. **Stap 4: Multidisciplinaire behandeling & evaluatie** (PLISSIT - IT)
Overweeg cardiovasculair afgestemde farmacotherapie of verwijs door naar een erkend NVVS-seksuoloog bij aanhoudende partner- of stemmingsproblematiek.

Beslissingsschema

Is er sprake van een erectiestoornis of verminderd verlangen bij een hemodialysepatiënt?

Laboratorium toont ernstige anemie, hyperprolactinemie of inadequate dialyseklaring (lage Kt/V)	Biomedische waarden stabiel, maar angst voor fistelbloeding of partnerzorgrelatie overheerst	Biomedische waarden stabiel, persisterende erectiestoornis sonder nitraatgeberuik of hemodynamische instabiliteit
Prioriteer nefrologische optimalisatie: dialysedosering aanpassen, prolactine/ hypogonadisme evalueren en anemie behandelen alvorens specifieke sekstherapie te starten.	Zet in op psycho-educatie, specifieke suggesties rondom fysieke belasting/ fistelbescherming en sensate focus oefeningen om relationele intimiteit los ta koppelen van zorgtaken.	Overweeg in nauw overleg met de behandelend nefroloog een proofbehandeling met een laaggedoseerde PDE-5-remmer en monitor bloeddruk zorgvuldig.

Klinische Disclaimer & Terminologieverantwoording

Deze mindmap-kaart dient uitsluitend als educatief en klinisch naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische diagnose, farmacologische evaluatie of specialistische behandeling. Vóór definitieve klinische toepassing is domeinspecifieke medische en seksuologische terminologiecontrole door een vakdeskundige vereist.

- Gebaseerd op de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid.
- Farmacologische interventies bij nierinsufficiëntie vereisen altijd validatie van nierfunctie, dialysestatus en comedicatie door een arts of nefroloog.

BARIATRISCHE CHIRURGIE EN LICHAAMSBEELD — SEKSUELE VERANDERINGEN NA MASSIEF GEWICHTSVERLIES

Biologische Transformatie: Hormonale Shifts & Huidoverschot

Na bariatrische ingrepen (zoals gastric bypass of sleeve-gastrectomie) ondergaat het lichaam ingrijpende endocriene en fysieke transformaties. Gewichtsreductie leidt doorgaans tot daling van perifere oestrogeenconversie in adipocyten, toename van SHBG en stijging van biologisch beschikbaar vrij testesteron. Bij vrouwen normaliseert frequent de LH/FSH-asymmetrie, met herstel van ovulatiecycli en verhoogde fysiologische opwindbaarheid als gevolg. Tegelijkertijd ontstaat na massief vetverlies aanzienkijk huidoverschot (ptosis van buikwand, mammae, mediale dijen en mons pubis), wat mechanische frictie, smetplekken en acute sensaties van fysieke vervreemding kan verorzaken.

- **Endocrien herstel:** stijging vrij testesteron, modulatie van SHBG, toegenomen genitale vascularisatie en herstel van ovulatiecycli.
- **Anatomische realiteit:** persisterende huidoverschotten en weefsellaxiteit rond abdomen, heupen en genitaalregio.
- **Functionele belemmeringen:** intertrigo, bewegingsbeperking en frictiepijn tijdens intieme interacties.

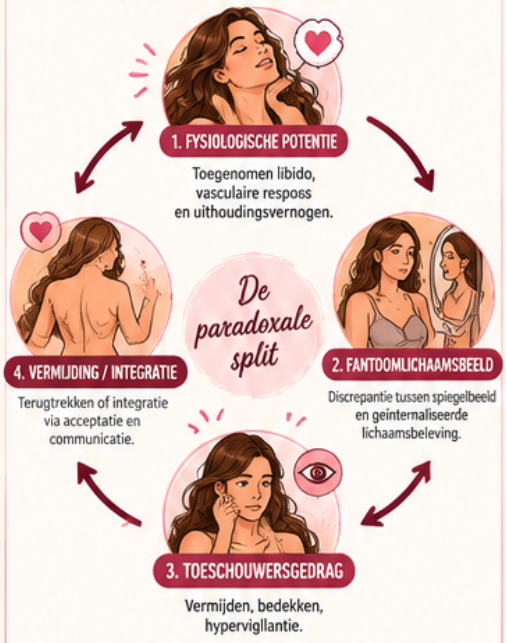
Klinische Differentiaal & Vruchtbaarheid

Door de snelle toename van ovariële responsiviteit en normalisatie van de gonadotrope as stijgt de fertiliteit aanzienlijk kort na bariatrische ingrepen. Adviseer proactief betouwabre niet-orale anticonceptie (i.v.m. veranderde gastro-intestinale absorptie) en verifieer dat fysiologische veranderingen niet los worden gezien van relationele dynamieken.

De Paradoxale Split: Fysiologische Potentie versus Lichaamsvervreemding

Centraal in het hesstelproces staat een cognitief-affectieve paradox. Waar de fysiologische responsiviteit, erectiele rigiditeit, vaginale lubricatie en uithoudingsvermogen) meetbaar toeneemt, blijft de subjectieve seksuele beleving frequent achter. Veel cliënten ervaren een hardnekkig 'fantoomlichaamsbeeld': het psychische zelfbeeld blijft hangen in de vroegere zwaarlijvigheid of raakt gefragmenteerd door schaamte over hangende huidplooien. Deze discrepantie tussen somatische paraatheid en emotionele kwetsbaarheid generert toeschouwersgedrag (spectatoring), weardoor intimiteit vermeden kan worden ondanks de initiële verwachting van "volledige seksuele bevrijding".

- **Fysiologische toename:** verhoogd vasculair reactievermogen en herstel van baseline uithoudingsvermogen.
- **Fantoomlichaamsbeeld:** discrepantie tussen het gereflecteerde spiegelbeeld en de geïnternaliseerde lichaamsbeleving.
- **Vermijdingsgedrag:** licht vermijden, bedekken van het lichaam en hypervigilantie voor afkeuring door de partner.



Klinische Counseling: PLISSIT-Interventie & Relationele Balans

Binnen de seksuologische begeleiding biedt het PLISSIT-model een gestructureerd kader om de veranderende seksualiteit bespreekbaar te maken. Massief gewichtsverlies verschuift bestaande relationele machtsevenwichten: toegenomen autonomie of herwonnen aantrekkelijkheid kan bij de partner onzekerheid of angst voor relatieverlies aanwakkeren. Counseling richt zich op het hertrainen van sensoriële focus (sensate focus zonder prestatiedruk), het bespreken van reconstructieve plastisch-chirurgische opties en het expliciiteren van veranderende relationele behoeften.

- **PLISSIT-niveaus P & LI:** normaliseren van de vertraagde lichaamsaanpassing en psycho-educatie over huidoverschot.
- **Specific Suggestions (SS):** aanpassen van belichting, kledingkeuzes tijdens intimiteit en integratie van niet-coitale intimiteit.
- **Systeemfocus:** exploratie van partnerdynamiek (jaloezie, heroriëntatie van de zorgafhankelijkheid en intimiteitsverandering).

Praktijkniveau & Beroepsgrenzen

Conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties behoort stap 1 (Permission) en stap 2 (Limited Information) tot het basistakenpakket van iedere somatische zorgverlener. Stap 3 (Specific Suggestions) en stap 4 (Intensive Therapy) vereisen gerichte scholing in seksuologische methodieken.

Voldoet de seksuele lijdensdruk aan de criteria voor een DSM-S seksuele disfunctie of betreft het adaptatieproblematiek?

Klachten zijn primair toe te schrijven aan inadequate stimulatie, huidschaamte of relationele frictie	→ Classificeer niet direct als primaire functiestoornis; intervenieer met psycho-educatie, communicatieoefeningen en lichaamsbeeldtherapie (PLISSIT niveau P/LI/SS).
Persisterend disfunctioneren (>6 mnd) met ernslige subjectieve lijdensdruk ondanks adequate stimulatie en context	→ Verricht volledige biopsychosociale intake conform de richtlijnen en verwijs evetnueel door naar gespecialiseerde seksuologische zorg (PLISSIT niveau IT).

Klinische Observatie & Begeleidingsprotocol

Gebruik onderstaande werkvelden om tijdens het consult de mate van somatische adaptatie, psychisch lichaamsbeeld en relationele dynamiek te inventariseren en op te volgen.

- **Domeingerichte evaluatie** van biologische parameters versus emotionele beleving.
- **Vastlegging** van bespreekbaarheid van seksualiteit en intimiteitsbeleving.
- Aantekeningen ten behoeve van multidisciplinaire afstemming met het bariatrische team.

Hormonale status & somatische restklachten
(o.a. frictie, smetplekken, lab-uitslagen vrij testesteron/LH)

Lichaamsbeeldbeleving & toeschouwersgedrag
(schaamtegraad, fantoomperceptie, vermijding)

Partnerreacties en relationele communicatie
(balansverschuiving, ervaren steun of jaloezie)

Interventieplan & vervolgstappen
(sensate focus, verwijzing plastische chirurgie / POH-GGZ / seksuoloog)

Disclaimer & Domeinvalidatie

Dit les- en praktijkmateriaal is bestemd voor psycho-educatie en professionele reflectie binnen de seksuologische en medische praktijk. Het vervangt geen individuele medische, chirurgische of specialistische seksuologische consultatie. Vóór definitieve klinische teepassing in specialistische protocollen dient domeinspecifieke terminologie en lokale richtlijnconcordantie geverifieerd te worden door een bevoegd vakedeksuüige.

SEKSUELE DISFUNCTIES BIJ ZIEKTE VAN PARKINSON — MOTORE BEPERKINGEN EN DOPAMINERGE FLUCTUATIES

NEURODEGENERATIEVE PATHOLOGIE EN SEKSUELE RESPONS

De ziekte van Parkinson beïnvloedt de seksuele functie via een samenspel van centrale dopaminerge depletie, autonome neuropathie en motore disfuncties. Zowel de fysiologische opwinding als de subjectieve seksuele beleving raken ingrijpend veranderd.

- **Centrale effecten:** Verminderd seksueel verlangen door hypo-dopaminerge toestand, versterkt door secundaire depressieve stemming en apathie.
- **Autonome regulatiestoornissen:** Erectiele disfunctie bij mannen en verminderde genitale lubricatie bij vrouwen door sympathische en parasympathische ontregeling.
- **Motore barrières:** Bradykinesie, rigiditeit, rustremor en houdingsinstabiliteit bemoeilijken spontane bewegingen, koestering en bekkenmobiliteit.
- **Sensorische en secundaire symptomen:** Vermoeidheid, verminderde gelaatsmimiek (maskergelaat dat non-verbale intimiteit verstoort) en pijnlijke spierspasmen.

Klinische Differentiatie

Onderscheid primaire neurogene seksuele disfunctie (autonoom/centraal) altijd van secundaire belemmeringen (motore rigiditeit, angst voor vallen) en tertiaire relationele spanningen tussen partner en mantelzorger.

DOPAMINERGE FLUCTUATIES: 'ON/OFF'-DYNAMIEK VERSUS ICD

Farmacologische behandeling met levodopa en dopamine-agonisten induceert uitgesproken temporele fluctuaties in motoriek en seksueel gedrag, variërend van apathische hypo-seksualiteit tot ernstige impulsbeheersingsstoornissen (ICD).

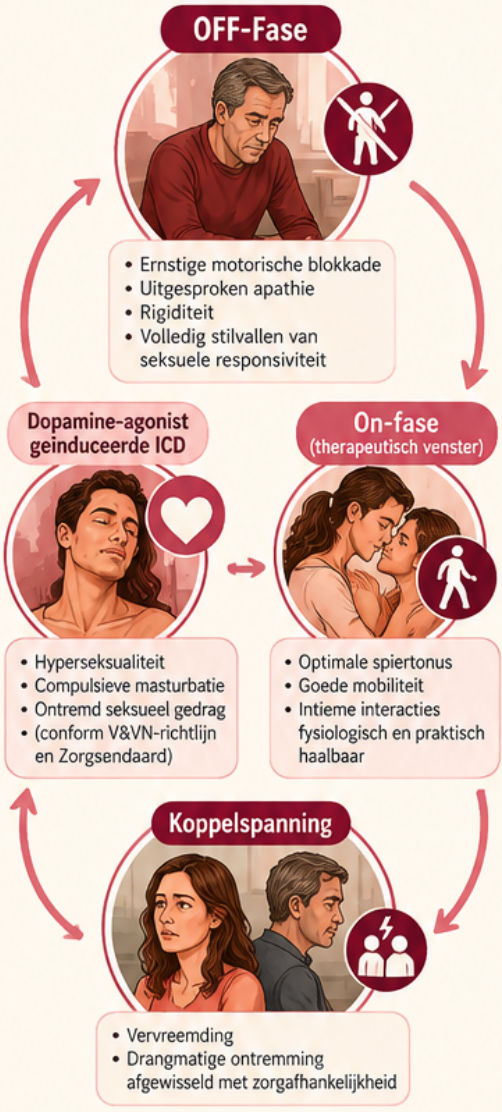
- **Off-fasen:** Ernstige motorische blokkade, uitgesproken apathie, rigiditeit en een volledig stilvallen van seksuele responsiviteit.
- **On-fasen (therapeutisch venster):** Optimale spiertonus en mobiliteit waarbij intieme interacties fysiologisch en praktisch haalbaar zijn.
- **Dopamine-agonist-geïnduceerde ICD:** Hyperseksualiteit, compulsieve masturbatie of ontremd seksueel gedrag (conform V&VN-richtlijn en Zorgstandaard).
- **Koppelspanning:** Vervreemding doordat de partner wordt geconfronteerd met plotse drangmatige ontremming afgewisseld met zorgafhankelijkheid.

Alertheid op Impulsbeheersingsstoornissen

Signalen van ontremming of hyperseksualiteit vereisen onmiddellijke afstemming met de behandelend neuroloog voor medicatiereductie of -switch van dopamine-agonisten.

FARMACOLOGISCHE FLUCTUATIES

Farmacologische behandeling met levodopa en dopamine-agonisten induceert uitgesproken temporele fluctuaties in motoriek en seksueel gedrag, variërend van apathische hypo-seksualiteit tot ernstige impulsbeheersingsstoornissen (ICD).



Welk patroon domineert het klinische beeld rond seksualiteit?

1 Hyperseksualiteit, compulsief seksueel gedrag of relationele grensoverschrijding onder dopamine-agonisten

→ Intervenieer op veiligheid en grenzen; rapporteer met spoed naar neuroloog/voorschrijver voor titratie; bied partnerondersteuning.

2 Fysieke onmogelijkheid, ernstige stijfheid of tremor tijdens intiem contact

→ Implementeer medicatietiming (piek on-fase), positioneringshulpmiddelen en ergonomische ontlasting van de aangedane partner.

KLINISCHE AANPAK EN KOPPELBEGELEIDING (PLISSIT)

De begeleiding integreert praktische aanpassingen met relationele heroriëntatie, gestructureerd volgens de niveaus van het PLISSIT-model en de multidisciplinaire samenwerking met neuroloog en bekkenfysiotherapeet.

- **Timing van intimiteit:** Plan seksuele activiteit planmatig 30 tot 60 minuten na inname van levodopa, wanneer de motorische 'on'-fase maximaal is.
- **Ergonomische aanpassingen:** Gebruik van wigkussens, zijwaartse posities of rugligging voor de aangedane partner ter ontlasting van spiertonus.
- **Verschuiving van mantelzorgrol:** Herstel van de partneridentiteit los van de dagelijkse fysieke verzorging via sensate focus technieken.
- **Symptomatische ondersteuning:** Voorschrijven van glijmiddelen bij autonome lubricatiestoornissen en PDE-5-remmers bij erectiestoornissen na cardiovasculaire triage.

Disclaimer en Validatie

Deze educatieve mindmap vervangt geen individuele medische diagnose of specialistisch behandelplan. Terminologie en doseringen dienen vóór klinische toepassing getoetst te worden binnen het lokale multidisciplinaire behandelteam.

PLISSIT-MODEL

1 Stap 1: Toestemming (Permission)

Verken proactief de seksuele geoondheid en bevraag expliciet veranderingen in intimiteit sinds de diagnose of medicatiewijzging.

2 Stap 2: Beperkte Informatie (Limited Information)

Bied psycho-educatie over het effect van dopamine op libido, de 'on/off'-cycli en autonome symptomen zoals verminderde genitale doorbloeding.

3 Stap 3: Specifieke Suggesties (Specific Suggestions)

Adviseer over medicatietiming, glijmiddelen, ergiebesparende vrijtechnieken en het herverdelen van initiatief binnen het paar.

4 Stap 4: Intensieve Therapie & Verwijzing (Intensive Therapy)

Verwijs bij complexe relationele dynamiek, ernstige stemmingsproblemen of persisterende ICD door naar de gespecialiseerde seksuoloog NVVS of neuroloog.

SEKSUELE ROUW EN VERLIESVERWERKING

Functieverlies door Ongeval, Operatie of Ziekte

Kader: Levend Verlies en Seksuele Rouw

Wanneer lichamelijke integriteit of zenuwbanen veranderen door een ongeval, ingreep of chronische aandoening, ontstaat vaak **'ambiguous loss'** (levend verlies). Het fysieke lichaam is aaewezig, maar de vertrouwde seksuele respons en spontaniteit zijn onomkeerbaar gewijzigd.

- **Verlies van spontaniteit:** seks vraagt planning, voorbeeeiding of hulpmiddelen.
- **Verandering van lichaamsbeeld:** littekens, stomamateriaal of gevoelsverlies beïnvloeden de aantrekkelijkheidsbeleving.
- **Rouwfasen in intimiteit:** ontkenning, protest/boosheid, verdriet om de verloren functie en integratie van nieuwe mogelijkheiden.

Klinische Differentiatie

Seksuele rouw is een adaptieve reactie op reëel functieverlies en geen opzichzelfstaande stemmingsstoornis, al kan persisterende vermijding secundair leiden tot depressieve klachten.

De Spiraal van Seksuele Vermijding bij Functieverlies

Na fysieke verandering belanden koppels frequent in een neerwaartse spiraal waarin fixatie op de pre-morbide seksuele norm intimiteit blokkeert.

Aandachtspunt Consult

Wanneer affectieve aanraking verdwijnt om 'geen verkeerde signalen af te geven', ontstaat vaak emotionele distantie tussen partners.

Rouwbegeleiding en Herdefiniëring van Seksualiteit

Rouwinterventies binnen de seksuologie richten zich op erkenning van het reële verlies en verbreding van het seksuele repertoire voorbij coïtus en prestatiedruk.

- **Toelaten van verdrieit:** expliciet stilstaan bij het verlies van spontaniteit en reflexmatige opwinding.
- **Sensate Focus:** heropbouw van sensuele intimiteit zonder prestatiedoel of verplichte penetratie.
- **Niet-coïtaal repertoire:** stimulatie van alternatieve erogene zones en inzet van hulpmiddelen.
- **Partnercommunicatie:** openlijk uitspreken van angsten over veranderde aantrekkelijkheid en zorgafhankelijkheid.

Disclaimer Professionele Hulpverlening

Dit naslagwerk biedt psycho-educatieve handvatten voor clinici en vervangt geen individuele medische diagnostiek of gespecialiseerde behandeling. Terminologie dient getoetst te worden conform lokale zorgstandaarden.

SEKSUEEL FUNCTIONEREN BIJ COPD EN LONGZIEKTEN

Fysiologische Belasting en Respiratoire Parameters

Seksuele activiteit vraagt cardiorespiratoire inspanning die bij gezonde volwassenen doorgaans varieert tussen 3 en 5 METs (Metabolic Equivalent of Task), vergelijkbaar met stevig wandelen of twee trappen oplopen. Voor patiënten met chronisch obstructieve longziekten (COPD) of ernstige longaandoeningen vormt deze belasting een specifiele fysiologische uitdaging. Verhoogde ventilatoire vraag leidt snel tot tachypneu, dynamische hyperinflatie en een daling van de arteriële zuurstofsaturatie (SpO2).

- **Metabole belasting:** penetratieve gemeenschap vergt gemiddeld 3 tot 5 METs, terwijl niet-penetratieve en passieve intimiteit vaak onder 2 tot 3 METs blijft.
- **Zuurstofsaturatie (SpO2):** inspanningsdesaturatie (SpO2 < 90%) triggert centrale alarmsignalen en sympathische activatie, wat de respiratoire drive verder opjaagt.
- **Hyperinflatie en 'air trapping':** snellere ademhaling verkort de uitademtijd, waardoor lucht in de longen achterblijft en de diafragmabeweging mechanisch belemmert.
- **Spiermoeheid:** accessoire ademhalingsspieren raken overbelast bij actieve fysieke posities, wat leidt tot acute dyspneu en uitputting.

Klinische Verduidelijking & Disclaimer

Deze kaart dient als educatief hulpmiddel voor zorgverleners en vervangt geen individuele medische diagnostiek of longfunctiebeoordeling. Bij ernstige instabiliteit is multidisciplinaire afstemming met de behandelend longarts of longverpleegkundige aangewezen.

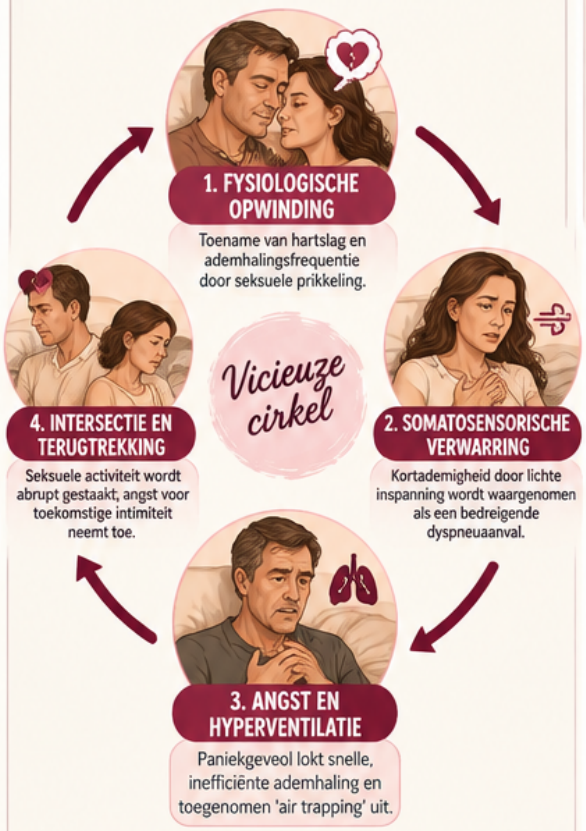
De Vicieuze Cirkel van Dyspneu en Opwindingsangst

Tijdens seksuele opwinding treden natuurlijke sympathische fysiologische reacties op zoals een stijgende hartslag, diepere of snellere ademhaling en perifere vasodilatatie. Bij patiënten met COPD kunnen deze normale opwindingsverschijnselen verward worden met het begin van een acute exacerbatie of verstikking. Dit triggert een vicieuze psychofysiologische cirkel die intimiteit voortijdig blokkeert.

- **Fysiologische opwinding** induceert fysiologische hyperventilatie en toename van de ademarbeid.
- **Catastroferende cognitie:** de gewaarwording van kortademigheid wordt geïnterpreteerd als dreigende asfictie of fysiek gevaar.
- **Sympathische paniekreactie** versterkt bronchoconstrictie en oppervlakkige ademhaling.
- **Vroegtijdig staken van intimiteit** met gevoelens van falen, verlies van zelfvertrouwen en relationele vermijding.

Cardiorespiratoire Paradox

De subjectieve angst voor kortademigheid tijdens opwinding leidt tot ademretentie en spierspanning, wat de fysiologische ventilatoire efficiëntie paradoxaal direct verslechtert.



Klinische Interventies en Ergonometrische Aanpassingen

In het kader van stepped-care counseling (PLISSIT: Limited Information & Specific Suggestions conform de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid) kunnen gerichte ergonomische en medische interventies de ademarbeid aanzienlijk reduceren en het vertrouwen herstellen.

- **Profylogtische bronchodilatatie:** inhalatie van een kortwerkende bēta-2-agonist of anticholinergicum 15 tot 30 minuten vóór aanvang van de seksuele interactie.
- **Aanpassing van zuurstoftoeover:** bij indicatie voor chronische zuurstoftherapie dient de zuurstofcanule niet afgedaan te worden; eventueel kan het debiet in overleg met de arts licht worden verhoogd tijdens inspanning.
- **Ergonomische houdingen:** posities waarbij het diafragma vrij kan bewegen (bijvoerbeeld zij-aan-zij lepeltjeshouding of waarbij de patiënt ondersteund rechtop zit met kussens onder de armen) verminderen de mechanische borstkasdruk.
- **Pursed-lip breathing:** aanleren van gecontroleerde uitademing met getuite lippen tussen intieme fasen door om dynamische hyperinflatie te doorbreken.
- **Energieverdeling:** intimiteit plannen op tijdstippen van de dag met minimale bronchiale obstructie en piekmedicatie-effect (vaak laat in de ochtend).

Praktijktip voor Zorgverleners

Despreek explicieit met beide partners dat passieve rollen of niet-penetratieve intimiteit volwaardige alternatieven zijn die aanzienlijk minder metabole belasting vergen.

Welke interventie sluit aan bij de actuele respiratoire beperking van de patiënt?

Patiënt ervaart vooral angst voor dyspneu **zonder ernstige desaturatie (SpO2 > 92%)**

→ Bied psycho-educatie over normale fysiologische opwinding, introduceer gecontroleerde 'pursed-lip' ademhaling en adviseer profylactische bronchodilatatie.

Patiënt vertoont snelle fysieke uitputting en desaturatie bij lichte inspanning **(< 3 METs)**

→ Adviseer ergonomische ondersteunde zit- of lighoudingen, behoud van continue zuurstoftoediening, en stimuleer een minder fysiek belastende partnerrol.

POST-FINASTERIDE SYNDROOM (PFS) — AANHOUDENDE ANDROGENE EN NEUROSTEROÏDE DISFUNCTIE

BIOCHEMISCHE EN NEUROBIOLOGISCHE HYPOTESEN

Het Post-Finasteride Syndroom (PFS) betreft het persisteren van seksuele, fysieke en neuropsychiatrische klachten na het staken van 5-alfa-reductaseremmers (zoals finasteride of dutasteride). Wetenschappelijk onderzoek richt zich op ontregeling van enzymatische pathways en centrale receptorgevoeligheid.

Neurosteroïd-depletie:
Remming van 5-alfa-reductase blokkeert de omzetting van progesteron naar **allopregnanolon** in het centrale zenuwstelsel, leidend tot veranderingen in GABA-A-receptormodulatie en stemming.

Androgeenreceptor-densiteit:
Veranderingen in expressie en gevoeligheid van androgeenreceptoren in perifere en centrale weefsels ondanks genormaliseerde serumtestosteron-spiegels.

Signaaltransductie:
Verminderde synthese van dihydrotesto-steron (DHT) met residuele epigenetische en neurochemische effecten op het seksuele responsnetwerk.

Klinisch Voorbehoud & Status van Bewijs

De pathofysiologische mechanismen van PFS worden intensief onderzocht maar zijn nog niet eenduidig causaal vastgesteld in brede multicenter studies. Sluit altijd somatische en psychiatrische comorbiditeit uit.

SYMPTOMCOMPLEX EN CYCLISCH VERLOOP

Het klinisch beeld kenmerkt zich door een multi-domein presentatie waarin aanhoudende seksuele uitval nauw verweven is met affectieve en cognitieve symptomen.

SYMPTOMCOMPLEX EN CYCLISCH VERLOOP

Het klinisch beeld kenmerkt zich door een multi-van ochtenderecties, genitaal gevoelsverlies (peniele aesthesie) en ejaculatie- of orgasmeproblemen.

Seksuele dimensie:
Persisterende erectiele disfunctie, verlies van ochtenderecties, genitaal gevoelsverlies (peniele anesthesie) en ejaculatie- of orgasmeproblemen.

Affectieve dimensie:
Emotionele vervlakking, anhedonie, secundaire depressieve stemmings-stoornissen en verhoogde angst.

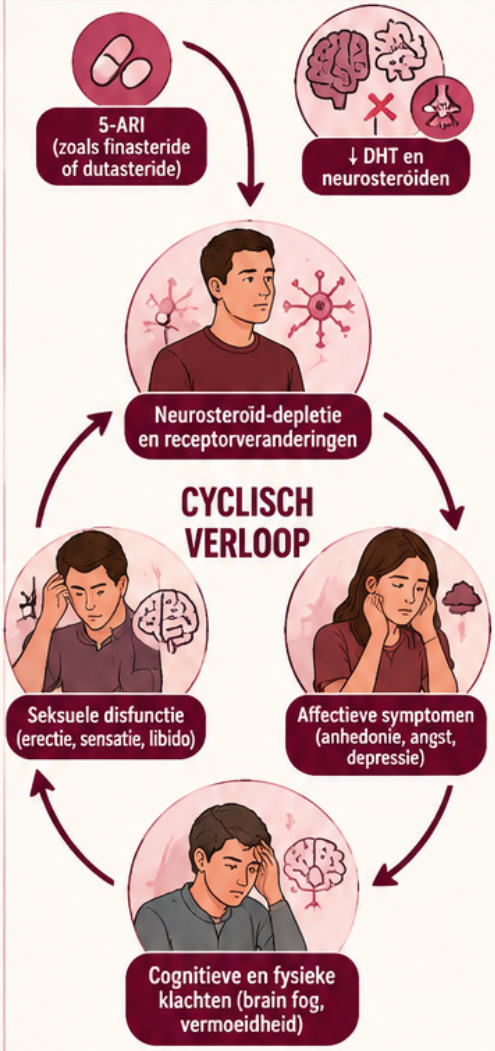
Cognitieve en fysieke dimensie:
Chronische vermoeidheid, concentratie-problemen ('brain fog') en verminderde spiertonus.

Vicieuze Cirkel van Disfunctie

Genitale gevoelloosheid en erectieverlies versterken anticipatieangst en affectieve anhedonie, waardoor herstel van spontane opwinding extra wordt bemoeilijkt.

1 Fase 1: Gebruik en Initiële Blokkade

Inname van 5-ARI blokkeert conversie van testosteron naar DHT en onderdrukt neurosteroiden.



> *"Aanhoudende disfunctie versterkt de psychische last, wat het herstel verder belemmert."*

2 Fase 2: Medicatiestop en Persistentie

Na stopzetting herstelt het perifere en centrale hormonale evenwicht niet spontaan bij vatbare individuen.

3 Fase 3: Secundaire Neuropsychiatrische Last

Aanhoudende fysieke dysfunctie leidt tot anhedonie, relatiespanning en verlies van seksueel welbevinden.

KLINISCHE BENADERING EN SPREEKKAMERBELEID

De seksuologische en medische begeleiding vraagt om een gestructureerde multidisciplinaire aanpak conform de principes van de **Zorgstandaard Seksuele Disfuncties** en het **PLISSIT-model.**

P — Permission (P):
Erken en valideer de klachten van de cliënt zonder oordeel; erken de substantiële lijdensdruk die ontstaat door onbegreen symptomen.

LI — Limited Information (LI):
Bied heldere psycho-educatie over neurosteroïden, DHT-signaleringsroutes en de impact van chronische stress op opwinding.

SS — Specific Suggestions (SS):
Focus op niet-genitale intimiteit, relaxatietraining, leefstijloptimalisatie en ondersteunende bekkenfysiotherapie bij bekkenbodemspanning.

IT — Intensive Therapy (IT):
Multidisciplinaire verwijzing naar uroloog/ endocrinoloog ter uitsluiting en cognitieve gedragstherapie voor het verwerken van identiteitsverliss en depressie.

Diagnostische Disclaimer

Deze educatieve kaart dient voor intervisie en consultvoorbereiding en vervangt geen medisch diagnostisch of farmacotherapeutisch advies door arts of specialist.

CHECKLIST VOOR BEOORDELING

- **Tijdsduur sinds staken 5-ARI en startdatum klachten**
- **Aard van seksuele klachten** (erectie, sensatie, libido)
- **Affectieve status** (anhedonie, depressie, angst)
- **Huidig multidisciplinair behandelplan & verwijzingen**

BESLISBOOM

Is er sprake van acute ernstige neuropsychiatrische decompensatie of suicidaliteit?

Ja
Ja, acute ernstige depressie of suicidaliteit aanwezig
↓
Verwijs onmiddellijk met spoed naar de huisarts of GGZ-crisisdienst; stel seksuologische interventie uit tot psychiatrische stabilisatie.

Nee
Nee, lijdensdruk zonder acute psychiatrische nood
↓
Start psycho-educatie conform PLISSIT-niveau LI/SS, exploreer partnerdynamiek en coördineer somatische uitsluitingsdiagnostiek via de behandelend arts.

SEKSUELE EXPLORATIE & KINK-GEÏNFORMEERDE ZORG

Risicobeperking, RACK en SSC

CONCEPTUELE KADERS: SSC VERSUS RACK

Binnen kink- en BDSM-gemeenschappen worden twee ethische veiligheidskaders gehanteerd om risico's en instemming te structureren. Beide modellen beogen schadebeperking bij seksuele exploratie zonder niet-conventionele verlangens te pathologiseren.

SSC

Safe, Sane, Consensual (SSC):

- Historisch kernmodel gericht op strikte fysieke en mentale veiligheid, rationele besluitvorming en wederzijdse expliciete instemming.

RACK

Risk-Aware Consensual Kink (RACK):

- Erkent dat bepaalde exploratieve handelingen inherente fysieke risico's dragen die niet volledig te elimineren zijn; de focus verschuift naar risico-erkenning, voorbereiding en geïnformeerde consent.

Toestemmingsdynamiek:

- Instemming is dynamisch, herroepbaar en vereist duidelijke afstemming vooraf over grenzen, communicatie en stopcriteria.

Ethische Afbakening

- Consensuele exploratie verschilt wezenlijk van grensoverschrijdend gedrag door expliciete voorafgaande onderhandeling, afgesproken stoptekens en continue autonomie van alle betrokkenen.

CYCLUS VAN VEILIGE EXPLORATIE: ONDERHANDELING TOT EVALUATIE

Verantwoorde exploratie verloopt volgens een gestructureerde cyclus die fysieke en emotionele ontregeling minimaliseert.

1. ONDERHANDELING & AFSTEMMING

Vooraf expliciet definiëren van hard limits (absolute grenzen), soft limits (te verkennen zones), stopwoorden (safewords volgens stoplichtsysteem) en fysieke voorzorgsmaatregelen.

2. UITVOERING & GRENSBEWAKING

Stapsgewijze opbouw met continue monitoring van fysiologische en affectieve reacties; directe activering van noodafspraken bij overschrijding of discomfort.

Veiligheid is een proces, geen moment

3. DECOMPRESSIE ("AFTERCARE")

Fysieke en psychologische nazorg direct na afloop: warmteregulatie, hydratatie, geruststelling en opvangen van fysiologische 'drop' door hormonale verschuivingen (endorfine/oxytocine daling).

4. EVALUATIE & INTEGRATIE

Reflectiegesprek op een neutraal moment na 24 tot 48 uur over ervaringen, grensoverschrijdingen en relationele impact.

KLINISCHE BENADERING & RISICOBEOORDELING

Richtlijnen voor de clinicus binnen het PLISSIT-model (Permission, Limited Information) om depathologiserend te interveniëren en risicobeoordeling te structureren.

- **Vermijd pathologisering:** Conform DSM-5 criteria is een atypische seksuele interesse geen stoornis mits er geen sprake is van lijdensdruk, functionele beperking of gebrek aan wederzijdse instemming.
- **Fysieke risico-educatie:** Bespreek zenuwbeklemming, weefselbeschadiging en asfyxie-gevaren objectief vanuit harm reduction.
- **Valideer veiligheidsstrategieën:** Onderzoek of de cliënt beschikt over betrouwbare safewords, betrouwbare partners en adequate nazorgstructuren.

KLINISCHE DISCLAIMER

Deze educatieve kaart dient als naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele diagnostiek of specialistische medische behandeling.

BESLISBOOM

Vertoont de cliënt tekenen van dwang, letsel of significante lijdensdruk?

Ja

Dwang, ontbreken van consent of gevaarlijk fysiek letsel

→ Intervenieer conform meldcodes seksueel grensoverschrijdend gedrag en verwijs door naar acute medische of forensische zorg.

Nee

Consensuele beleving met behoefte aan risicobeperking

→ Bied psycho-educatie over fysieke veiligheidsmarges, onderhandelingstools en aftercare-protocollen.

Interseksualiteit en Variaties in Seksuele Kenmerken (DSD) — Medische Ethiek en Begeleiding

Etiologie en Aangeboren Variaties in Geslachtskenmerken

Interseksualiteit onwat aangeboren variaties waarbij de chromosomale, gonadale of anatomische geslachtskenmerken afwijken van de binaire normatieve definities van man of vrouw. Binnen het medische domein worden deze variaties tevens aangeduid als Variations/Disorders of Sex Development (DSD). De etiologie is divers en vereist een zorgvuldige biopsychosociale benadering zonder pathologiserende vooroordelen.

Compleet Androgeenongevoeligheidssyndroom (CAIS)

- 46,XY karyotype met verminderde of afwezige gevoeligheid van androgeenreceptoren, resulterend in een typisch vrouwelijk extern fenotype en intra-abdominale testes.

Adrenogenitaal Syndroom (AGS / CAH)

- 46,XX karyotype met enzymdefect (meestal 21-hydroxylasedeficiëntie), leidend tot verhoogde bijnierandrogeenproductie en variabele virilisatie van de externe genitalia.

Klinefeltersyndroom (47,XXY)

- Meest voorkomende geslachtschromosomale aneuploidie bij mannen; gekenmerkt door hypergonadotroop hypogonadisme, verminderde testosteronproductie en fertiliteitsuitdagingen.

Turnersyndroom (45,X)

- Monosomie X bij vrouwen; geassocieerd met gonadale dysgenesie (streak ovaries), oestrogeendeficiëntie, kleine gestalte en mogelijke cardiovasculaire co-morbiditeit.

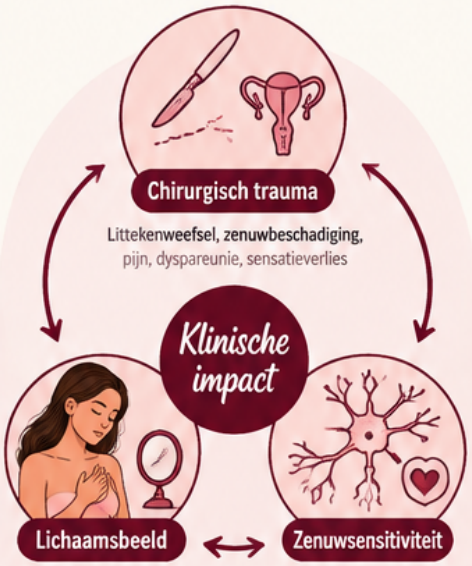
Taalgebruik en Bevestigende Zorg

Hanteer sensitieve terminologie. Terwijl 'DSD' in medisch-genetische contexten frequent wordt gebruikt, verkiezen veel cliënten de bewoording 'intersekse' of 'variaties in seksekenmerken' ter bescherming van hun ontpathologiserende autonomie.

Psychoseksuele Impact van Vroege Chirurgische Ingrepen

Historisch werden bij pasgeborenen en jonge kinderen met atypische genitalia frequent genoplastieken, clitorisreducties of gonadectomieën uitgevoerd zonder informed consent van het individu. Deze vroege, niet-noodzakelijke medische ingregen brengen aanzienlijke langetermijnrisico's met zich mee voor de psychoseksuele integriteit, het zelfbeeld en het intieme functioneren.

- Littekenweefsel en chronische genito-pelviene zenuwbeschadiging, leidend tot chronische pijn, dyspareunie en sensatieverlies.
- Aantasting van de orgasmerespons door partiële of totale de-innervatie van erectiel weefsel.
- Secundaire vaginale stenose na vroege reconstructies, met noodzaak tot pijnlijke postoperatieve dilataties.
- Gevoelens van lichamelijke vervreemding, medisch trauma en verlies van regie over het eigen lichaam.



Medisch-Ethische Richtlijn

Cosmetische of normaliserende genitale ingrepen dienen te worden uitgesteld totdat de persoon zelf in staat is tot geïnformeerde toestemming (informed consent), tenzij er sprake is van acute somatische noodzaak.

Klinische Begeleiding, Autonomie en Behandelrichtlijnen

Klinische interventies en seksuologische begeleiding conform het PLISSIT-model en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid richten zich op autonomie, psycho-educatie en herstel van genitale zelfbeschikking.

P — Permission (P)
Expliciete ruimte bieden om identiteit, intimiteit, schaamte en eerdere medische trauma's te exploreren in een niet-oordelende setting.

LI — Limited Information (LI)
Feitelijke educatie bieden over anatomische realiteit, hormonale dynamiek en het ontkrachten van heteronormatieve scripts.

SS — Specific Suggestions (SS)
Partnercommunicatie faciliteren, heroriëntatie op niet-penetratieve opwindingsvormen en gerichte doorverwijzing naar gespecialiseerde bekkenfysiotherapie bij spierspanning of weefselgevoeligheid.

IT — Intensive Therapy (IT)
Traumaverwerking (zoals EMDR of cognitieve gedragstherapie) bij medisch geïnduceerd hechtings- of genitaal trauma.

Disclaimer Professionele Consultatie

Deze educatieve kaart dient als naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische, psychologische of seksuologische diagnostiek en behandeling.

Stappenplan Begeleiding

1 — Stap 1: Validatie en Anamnese
Verken de persoonlijke medische geschiedenis en breng in kaart welke ingrepen of behandelingen in het verleden hebben plaatsgevonden, inclusief de ervaren mate van regie.

2 — Stap 2: Evaluatie van Lichaamsbeleving
Bespreek het actuele lichaamsbeeld, littekenpijn en genitale sensaties met behulp van neutrale, bevestigende terminologie.

3 — Stap 3: Bekrachtiging van Zelfbeschikking
Ondersteun de cliënt bij het nemen van autonome beslissingen rondom eventuele toekomstige medische interventies, hormoonsubstitutie en intieme relaties.

Beslisboom: Verwijzing en Ondersteuning

Is er sprake van aanhoudende fysieke pijnklachten of ernstig psychoseksueel trauma?

- Fysieke pijn, dyspareunie of bekkenbodemoveractiviteit staat op de voorgrond → Verwijs naar een gespecialiseerd bekkenfysiotherapeut voor milde myofasciale ontspanning en desensitisatie.
- Actieve posttraumatische stress of ernstige dissociatie bij genitale aanraking → Initieer traumagerichte psychotherapie (IT binnen PLISSIT) in samenwerking met een geregistreerd seksuoloog NVVS.

SEKSUELE DYSFUNCTIES DOOR ALCOHOL- EN MIDDELENAFHANKELIJKHEID — NEUROTOXISCHE EFFECTEN

NEUROBIOLOGISCHE EN TOXISCHE MECHANICA

Chronisch en acuut middelengebruik grijpt direct in op de biochemische regulatie van seksueel verlangen, opwinding en orgasme via centrale en perifere routes:

- **Centrale demping:** Hoge doses alcohol en sedativa stimuleren GABA-erge transmissie en remmen glutamaat, waardoor centrale prikkeleerwerking en dopaminerge beloningsmechanismen afvlakken.
- **Endocriene ontregeling:** Chronische ethanolblootstelling induceert hyperprolactinemie, leverfunctiestoornissen met verhoogde oestrogeenconversie en testiculaire atrofie, resulterend in secundair hypogonadisme en libido-uitval.
- **Vasculaire en autonome schade:** Cocaine en amfetaminen veroorzaken acute perifere vaatvernauwing; opioïden en chronische alcoholintoxicatie leiden tot perifere neuropathie en verstoring van de parasympathische erectie- en lubricatiereflexen.
- **Cannabinoide interactie:** Hoge frequentie van cannabisgebruik moduleert CB1-receptoren in het centrale zenuwstelsel, wat kan leiden tot vertraagde zaadlozing of orgasmische anhedonie.

Klinische Differentiatie (DSM-5)

Stel een door middelen/medicatie geïndiceerde seksuele dysfunctie uitsluitend vast wanneer de klachten direct samenhangen met intoxicatie, gebruik of onttrekking, en niet reeds persisteerden voorafgaand aan substantieafhankelijkheid.

De Disfunctionele Spiraal van Middelengebruik

In de klinische praktijk entstaat vaak een vicieuze interactie tussen affectieve regulatie en lichamelijke fysiologie:

Caveat Gecombineerd Gebruik

Combinaties van stimulerende middelen met PDE5-remmers ('chemsex') verhogen acute cardiovasculaire risico's drastisch en vereisen specifieke somatische screening.

Seksuele Revalidatie en Herstelondersteuning

Het herstel van seksuele functies volgt een gefaseerd traject volgens de **PLISSIT-methode** en geïntegreerde verslavingszorg:

1. **Toestemming & Exploratie (Permission)**
   Vraag actief en proactief naar middelengebruik binnen de seksuologische anamnese conform de V&VN-richtlijn en Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.
2. **Gerichte Psycho-educatie (Limited Information)**
   Licht toe dat fysiologisch herstel van erectie, orgasme en libido dorgaans enkele weken tot maanden na volledige detoxificatie vergt; voorkom premature wanhoop.
3. **Angstregulatie & Sensate Focus (Specific Suggestions)**
   Introduceer niet-geïst sensate focus-oefeningen zonder middelen om intimiteit opnieuw te koppelen aan nuchtere lichaamsbelveing zonder prestatiedruk.
4. **Multidisciplinaire Transfer (Intensive Therapy)**
   Schakel bij persisterende neuropathie, relatietrauma of hardnekkige craving door naar verslavingsartsen, urologen/gynaecologen of gespecialisserde seksstherapeuten.

Klinisch Beslispad bij Vermoeden van Middelengerelateerde Klachten

Hanteer onderstaand beslispad tijdens intake en behandelplanning:

Is er sprake van actieve intoxicatie of substantiële afhankelijkheid tijdens optreden van de seksuele klacht?

- **Ja** → Prioriteer somatische detoxificatie en abstinentiebegeleiding. Bied gerichte psycho-educatie over neurotoxiciteit; stel formele disfunctiediagnostiek uit tot na ontwenning.
- **Nee** → Onderzoek somatische comorbiditeit (endocrinologie, vaatlijden) en psychoseksuele factoren. Zet reguliere seksstherapeutische en medische interventies in.

Anamnestische Vastlegging & Praktijknotities

Documenteer hieronder de relevante gegevens omtrent gebruikspatroon en seksueel functioneren:

Professionele Verantwoordelijkheid
Deze kaart dient als educatief naslagwerk en vervangt geen medische consultatie of toxicologische diagnostiek. Domeincontrole door een medisch specialist/seksuoloog NVVS blijft aanbevolen.

Geïdentificeerde middelen en doseringsfrequentie (incl. alcohol/medicatie):

Aard van seksuele klacht (verlangen, opwinding, ejaculatie/orgasme, pijn):

Afgesproken acties detoxificatie en sensate focus:

SEKSUALITEIT IN DE PALLIATIEVE FASE — COMFORT, NABIJHEID EN EXISTENTIEEL WELZIJN

VERANDERENDE BEHOEFTEN VERSUS FYSIOLOGISCHE ACHTERUITGANG

In de palliatieve en terminale levensfase verschuift de expressie van seksualiteit veelal van genitale prestatie of penetratie naar existentiële troost, bevestiging van menswaardigheid en verlichting van huidhonger. Progressieve aandoeningen gaan gepaard met toenemende asthenie, pijn, dyspneu en verminderde mobiliteit, waardoor traditionele seksuele interactie fysiek te belastend kan zijn, Desondanks blijft het verlangen naar zachte fysieke aanraking, geborgenheid en interpersoonlijke resonantie tot in de laatste levensdagen frequent aanwezig.

- Huidhonger en tactiele geruststelling als primaire bron van psychosociaal en somatisch comfort
- Afscheid nemen, rouwverwerking en de herbevestiging van de relationele lotsverbondenheid
- Impact van progressieve vermoeidheid, pijnmedicatie (opioïden) en algehele lichamelijke uitputting op seksueel verlangen en responsviteit
- Verandering van lichaamsbeeld door gewichtsverlies, cachexie, wonden of stomamateriaal

Klinische Differentiatie

Seksualiteit in de palliatieve fase is niet afwezig maar getransformeerd. Het wegvallen van fysieke capaciteit voor coïtus betekent geenszins het verdwijnen van affectieve en erogene behoeften.

DISCLAIMER EN DOMEINVERIFICATIE

Deze geïllustreerde educatieve kaart dient als klinisch naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische diagnose of multidisciplinaire behandelplanning. Vóór definitieve klinische teepassing wordt lokale afstemming met het palliatieve team en domeinspecifieke terminologiecontrole door een geregistreerd arts of seksuoloog NVVS aanbevolen.

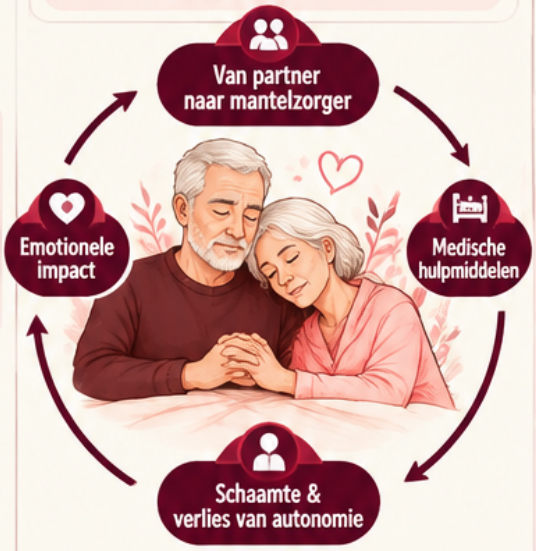
DYNAMIEK VAN ROLVERSCHUIVING EN OMGEVINGSBARRIÈRES

Het binnendringen van professionele zorg in de leef- en slaapruimte verstoort de traditionele intieme balans. Partners transformeren noodgedwongen in mantelzorgers met hygiënische en medische taken, hetgeen affectieve en erotische verhoudingen onder druk zet. Daannaast creëren medische hulpmiddelen, afhankelijkheid en de continue aanwezigheid van zorgverleners een hoge drempel van schroom en verlies van relationele autonomie.

- Transitie van gelijkwaardige liefdespartner naar verzorgende en patiënt
- Fysieke barrières door hoog-laagbedden, katheters, zuurstofslangen en infuuspompen
- Gêne en schroom rondom geur, lekkage, lichamelijke aftakeling of incontinentie
- Gebrek aan privacy en angst voor plotse binnenkomst van zorgpersoneel in hospices of thuissituatie

Aandachtspunt voor de Zorgprofessional

Het bespreken van rolverschuivingen helpt partners schuldgevoelens te reduceren wanneer zorgtaken de affectieve intimiteit overschaduwen.



Samen, ook in de laatste fase

Hoe reageert het zorgteam op signalen van intimiteitsbehoefte of relationele spanning?

Patiënt en/of partner tonen verlegenheid of vermijdingsgedrag rondom nabijheid

Pas het PLISSIT-model toe (P - Permission): normaliseer de behoefte aan nabijheid en verifieer proactief of privacy of fysieke belemmeringen een rol spelen.

Zorgtaken en medische hulpmiddelen blokkeren fysiek contact in bed

Organiseer praktische ondersteuning: koppel hulpmiddelen tijdelijk ergonomisch om, adviseer positioneringskussens of overweeg een koppelbed/tweepersoonsmatras.

VERPLEEGKUNDIGE EN SEKSUALOGISCHE INTERVENTIES IN DE PRAKTIJK

Zorgverleners vervullen een faciliterende sleutelrol door actieve toestemming (PLISSIT: Permission) te geven en randvoorwaarden te scheppen voor rust, afzondering en tederheid. Interventies richten zich op het wegnemen van praktische barrières en het herdefiniëren van fysiek contact binnen de fysieke mogelijkheden van de patiënt.

- Actieve waarborging van privacy: 'Niet storen'-bordjes aanbrengen en expliciete afspraken maken over zorgmomenten in hospices en zorginstellingen
- Inzet van faciliteiten zoals het koppelbed om fysiek naast elkaar liggen mogelijk te maken
- Pijn- en vermoeidheidsmanagement: intieme momenten afstemmen op optimale analgesie en energieniveaus
- Aanbieden van zachte aanraking, hand-/voetmassages of verzorgende zalven om huidhonger te stillen zonder genitale druk
- Veilige positionering bij kortademigheid of mobiliteitsbeperkingen

Ethische & Professionele Afbakening

Ondersteuning is gericht op het faciliteren van de autonomie van de cliënt en partner. Verpleegkundigen en zorgverleners nemen nooit seksuele handelingen over en respecteren strikt de professionele grenzen conform de beroepscode.

KOPPELBED INTEGRATIE

1. **Signaleren en Toestemming Bieden (Permission)**
   Verken proactief en empathisch de behoefte aan intimiteit: 'Veel memsen in deze fase missen nabijheid of aanraking; hoe is dat voor u en uw partner?'
2. **Privacy en Ruimte Faciliteren**
   Spreek ongestoorde tijdvensters af, sluit de deur, instrueer collega's en plaats zo nodig een koppelbed.
3. **Praktisch Afstemmen en Comfort Optimaliseren**
   Stem medicatietiming af ter vermindering van pijn of dyspneu, fixeer katheters comfortabel en adviseer steunkussens.
4. **Evalueren en Zo Nodig Doorverwijzen**
   Evalueer laagdrempelig of de geboden condities passend waren en verwijs bij complexe existentiële of relationele problematiek naar de medisch seksuoloog of geestelijk vezzorger.

CROSS-CULTURELE SEKSUOLOGISCHE ZORG – SCRIPTS, RELIGIE EN TABOE

Culturele Scripts & Normen

Seksueel gedrag en relationele beleving worden gevormd door culturele scripts en religieuze normenstelsels. Deze scripts bepalen wat binnen een gemeenschap als acceptabel, eerbaar of verboden geldt.

- **Culturele scripts:** Interpersoonlijke en intrapsychische scripts dicteren rolverwachtingen, initiatiefname en communicatiepatronen tussen partners.
- **Kuisheids- en maagdelijkheidsnormen:** Hoge sociale waarde op maagdelijkheid kan leiden tot angst voor huwelijks-consummatie, prestatiedruk en schuld-gevoelens rond lichamelijk genot.
- **Genderconventies:** Dwingende rolverdelingen kunnen seksuele autonomie en plezierbeleving, met name bij vrouwen en seksuele minderheden, sterk inperken.
- **Eer en gemeenschapsloyaliteit:** De individuele seksuele identiteit wordt frequent ondergeschikt gemaakt aan familiestatus en sociale cohesie.

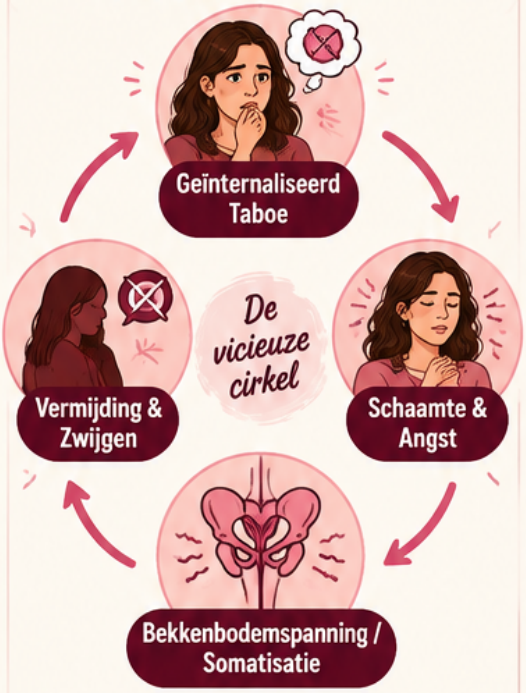
Normatief Kader

Onderzoek altijd hoe de cliënt zelf diens geloof of cultuur beleeft; vermijd culturele homogenisering en respecteer de persoonlijke interpretatie van tradities.

Frictie, Schaamte en Somatisatie

Wanneer seksuele verlangens botsen met geïnternaliseerde culturele of religieuze taboes, ontstaat psychologische en somatische spanning. Deze dynamiek verloopt veelal via een vicieuze cirkel waarin klachten zich lichamelijk manifesteren.

- **Geïnternaliseerde taboes:** Onbewuste morele oordelen wekken direct schaamte, schuld en vrees voor afwijzing op bij seksuele prikkeling.
- **Verhoogde autonome sympathische arousal:** Anticipatieangst leidt tot onwillekeurige bekkenbodemcontractie, verminderde lubricatie of erectieverlies.
- **Somatisatie van seksuele distress:** Psychoseksuele conflicten worden gepresenteerd als chronische buik-, bekken- of vermoeidheids-klachten zonder primair organisch substraat.
- **Versterkte schaamte en isolatie:** Het taboe op openlijke communicatie belemmert tijdige hulpzoeking en bekrachtigt de vermijdingscyclus.



Klinische Differentiatie

Bij onverklaarde bekkenpijn of penetratieklachten dient cultuursensitieve exploratie van schaamte en taboes te worden meegewogen, zonder somatische oorzaken voorbarig uit te sluiten.

Cultuursensitieve Interviewtechnieken en Deconstructie

Klinische gespreksvoering binnen de cross-culturele seksuologie vereist een neutrale, niet-oordelende houding conform het PLISSIT-model, met gerichte aandacht voor taalkundige en morele naunces.

- **Toestemming en normalisatie (Permission):** Expliciet permissie vragen om intimiteit te verkennen en valideren dat spanningen rond culturele tradities frequent voorkomen.
- **Inclusieve en metaforische taal:** Sluit aan bij de bewoordingen van de cliënt; verken indirecte metaforen voor geslachts-organen en intimiteit alvorens medische termen te introduceren.
- **Deconstructie van mythes:** Bied feitelijke psycho-educatie (Limited Information) over hymen-anatomie, fysiologie en respons zonder overtuigingen te diskwalificeren.
- **Partnermobilisatie en culturele bemiddeling:** Betrek waar passend de relationele context en onderzoek gezamenlijke ruimte voor herinterpretatie van scriptregels.

Professionele Afbakening

Dit leermiddel dient uitsluitend voor educatieve doeleinden binnen de seksuologische praktijk en vervangt geen formele diagnostiek of multidisciplinaire indicatiestelling.

NEUROBIOLOGIE VAN HET ORGASME — CEREBRALE ACTIVATIE EN NEUROTRANSMITTERSYSTEMEN

CEREBRALE DEACTIVATIE & NEUROTRANSMITTER-SYSTEMEN

Tijdens de transitie van plateau naar orgasme toont fMRI-onderzoek een selectieve uitschakeling van de linker dorsolaterale prefrontale cortex, amygdala en temporale cortex. Deze corticale deactivatie correleert neurobiologisch met het tijdelijk loslaten van angst, zelfmonitoring en rationele controle. Tegelijkertijd bereikt de dopaminerge activatie in het mesolimbische beloningssysteem haar piekpunt, waarna direct bij orgasme een massale neuro-endocriene uitstoot plaatsvindt van oxytocine en prolactine vanuit de hypofyse.

Prefrontale uitschakeling:
Temporale en prefrontale hypoperfusie correleert met verminderde angst en het wegvallen van cognitieve zelfevaluatie.

Dopaminerge sturing:
Verhoogde dopaminetransmissie (D2-stimulatie) in de nucleus accumbens versterkt de seksuele anticipatie en intensiteit.

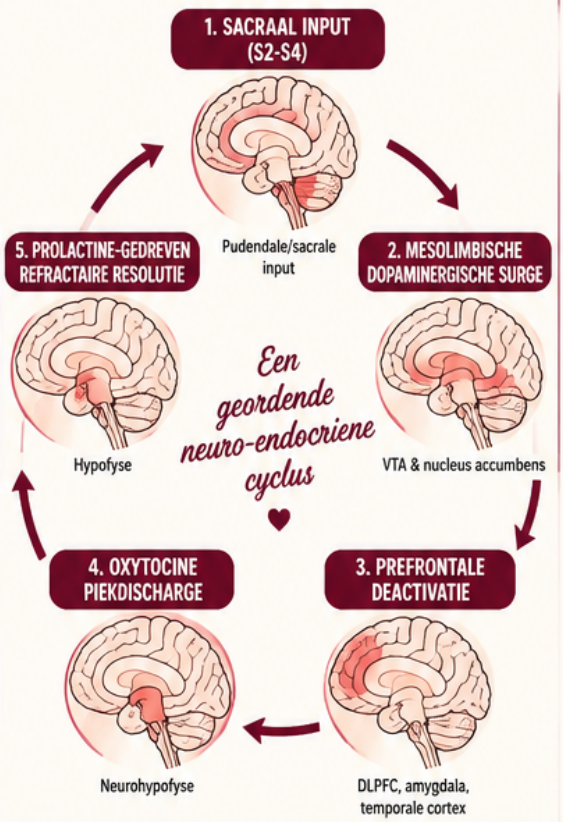
Neuro-endocriene ontlading:
Oxytocine faciliteert ritmische contracties van de bekkenbodem; post-orgastisch prolactine medieert de refractaire periode en verzadiging.

Klinische Differentiatie & Terminologie

Deze educatieve mindmap is bedoeld voor zorgprofessionals en studenten ter ondersteuning van casuistiek en consultvoorbereiding, en dient niet als vervanging voor individuele diagnostiek of specialistische medische consultatie. Voor definitieve praktijktoepassing is domeinspecifieke medische validatie aanbevolen.

CEREBRALE NEURO-ENDOCRIENE INTEGRATIELUS

De orgastische respons voltrekt zich via een geordende neuro-endocriene cyclus waarin sensibele perifere prikkels en centrale activatie elkaar versterken tot aan de drempelwaarde voor motore en endocriene ontlading.



1 Stap 1: Sacrale Afferentie
Sensorische prikkeling van genitalia activeert n. pudendus (S2-S4) en n. pelvici, met opstijgende projecties via het ruggenmerg naar de thalamus.

2 Stap 2: Mesolimbische Beloning
Thalamocorticale activatie triggert dopaminerge projecties vanuit de ventrale tegmentale zone naar de nucleus accumbens ter versterking van arousal.

3 Stap 3: Prefrontale Deactivatie
Functionele uitschakeling van de linker dorsolaterale prefrontale schors inhibeert oordelende cognitieve processen en hypervigilantie.

4 Stap 4: Neurohypofysaire Uitstoot
Paraventriculaire nucleus stimuleert massale oxytocineafgifte, wat gepaard gaat met contracties van de bekkenbodemmusculatuur met een interval van 0,8 seconden.

5 Stap 5: Prolactine-gemedieerde Resolutie
Post-orgastische toename van systemisch prolactine induceert een rem op verdere opwinding en markeert de fysiologische refractaire fase.

KLINISCHE TOEPASSING: ANORGASMIE & SPECTATORING

Verstoringen in de centrale deactivatie vormen de primaire neurobiologische correlaten van cognitieve spectatoring en situatieve anorgasmie conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

Aanhoudende prefrontale controle:
Bij spectatoring blijft de dorsolaterale prefrontale cortex actief controleren en monitoren, wat centrale deactivatie blokkeert.

Serotonerge inhibitie:
Verhoogde 5-HT neurotransmissie (zoals bij SSRI-gebruik) remt dopaminerge activatie in het mesolimbische circuit en vertraagt of blokkeert de drempelwaarde voor ontlading.

Interventiekader (PLISSIT niveau 2-3):
Psycho-educatie over cerebrale uitschakeling en sensate-focustechnieken richten zich op het verleggen van aandacht van prestatie naar somatosensorische gewaarwording.

? Welke neurobiologische interferentie staat centraal bij de orgasmeproblematiek?

1 Aanwezigheid van aanhoudende prefrontale hypervigilantie en zelfevaluatie (spectatoring)

↓

Zet in op PLISSIT-stap SS (Sensate Focus fase I en II) gericht op reductie van cognitieve controle en zintuiglijke heroriëntatie zonder prestatiedruk.

2 Farmacologische inhibitie door medicatie (bijvoorbeeld SSRI-gerelateerde anorgasmie)

↓

Overweeg in overleg met de voorschrijvend arts farmacotherapeutische evaluatie of dosisaanpassing, gecombineerd met gerichte psycho-educatie over neurotransmittersystemen.

SEKSUELE AROUSAL NON-CONCORDANTIE
— KLINISCHE SEKSUOLOGIE —

Theoretische Grondslag: Fysiologie versus Mentale Beleving

Seksuele arousal non-concordantie beschrijft de discrepantie tussen autonome genitale doorbloeding en de bewuste, subjectieve ervaring van opwinding. Wetenschappelijk onderzoek (onder meer Chivers et al.) toont aan dat genitale reacties (zoals lubricatie of erectie) vaak een automatische reflexmatige fysiologische respons zijn op seksueel getinte stimulii, zonder dat dit noodzakelijkerwijs gepaard gaat met subjectief seksueel verlangen of welbewinden.

Genitale respons:
een autonome vasculaire reactie (vasocongestie) gestuurd door het autonome zenuwstelsel ter voorbereiding of bescherming van weefsel.

Subjectieve opwinding:
de bewuste cognitieve en emotionele interpretatie van prikkels als erotisch relevant, plezierig en gewenst.

Geslachtsverschillen in concordantie:
meta-analyses tonen aan dat non-concordantie bij vrouwen aanzienlijk vaker voorkomt dan bij mannen, al ervaren ook mannen regelmatig fysiologische erecties zonder subjectieve arousal.

DSM-5 differentiaaldiagnostiek:
volgens de geautoriseerde Zorgstandaard Seksuele Disfuncties mag een seksuele interesse-/opwindingsstoornis niet worden vastgesteld wanneer stimulatie inadequuat is qua focus, intensiteit of duur, of wanneer non-concordantie verkeerd wordt geïnterpreteerd.

Klinische Disclaimer

Deze geïllustreerde educatieve kaart dient als klinisch naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele medische of seksuologische consultatie. Terminologie en classificaties dienen conform de vigerende Zorgstandaard en richtlijnen toegepast te worden.

Cyclisch Responsmodel: Automatische Vasocongestie en Cognitieve Verwerking

Het cyclische model van seksuele respons onderscheidt de biologische verwerking van seksuele prikkels van de psychologische betekenisgeving. Een prikkel activeert via neurovasculaire banen automatische lubricatie of erectie. Pas na appraisal (cognitieve taxatie) **in context en veiligheid ontstaat subjectieve opwinding.**

1 Stap 1: Registratie Stimulus
Zintuiglijke waarneming activeert direct het autonome zenuwstelsel zonder voorafgaande bewuste reflectie.

2 Stap 2: Autonome Genitale Reactie
Reflexmatige doorbloeding treedt op ter voorbereiding en weefselbescherming, ongeacht subjectieve intentie.

3 Stap 3: Cognitieve Evaluatie (Appraisal)
Hersenschors toetst de prikkel aan relationele veiligheid, stemming, contextuele normen en autonomie.

4 Stap 4: Concordantie of Discrepantie
Integratie beepalt de uiteindelijke subjectieve ervaring: bekrachtiging (arousal) of dissociatie/ verwarring.

- **Fase 1 (Seksuele Stimulus):** Detectie van een seksuele cue door zintuigen en perifeer zenuwstelsel.
- **Fase 2 (Autonome Vasocongestie):** Onwillekeurige toename van bloedtoevver naar bekkenorganen (clitorale/vaginale zwelling, erectie).
- **Fase 3 (Cognitieve Waarneming & Betekenisgeving):** Evaluatie van de stimulus op context, relationele veiligheid, affectieve toestand en afwezigheid van dwang.
- **Fase 4 (Subjectieve Beleving of Remming):** Positieve taxatie leidt tot subjectieve seksuele opwinding; negatieve taxatie of angst leidt tot non-concordantie en inhibitie.

Psycho-Educatieve Toepassing en PLISSIT-Interventieprotocol

Het ontkoppelen van fysieke respons en mentaal verlangen is essentieel voor het reduceren van angst, zelftwijfel en schuldgevoelens bij pätiënten. Binnen de structuur van het PLISSIT-model (Zorgstandaard Seksuele Disfuncties; V&VN Richtlijn Seksuele Gezondheid) biedt de clinicus gerichte normalisatie en begrenzing.

P (Permission):
Proactief toestemming geven om lichamelijke reacties los van intentie of verlangen te bespreken.

LI (Limited Information):
Uitleggen dat genitale reactie een lichamelijke reflex is en geen synoniem voor 'zin' of 'toestemming' (cruciaal bij trauma- en misbruikverwerking).

SS (Specific Suggestions):
Gerichte sensate-focus oefeningen, focussen op zintuiglijke gewaarwording zonder prestatiedoel of verwachting van genitale respons.

IT (Intensive Therapy):
Doorverwijzing naar gespecialiseerde seksuologische CGT bij hardnekkige cognities, relationele blokkades of traumagerelateerde klachten.

Aandachtspunt Trauma en Schuldgeveel

Benadruk bij pätiënten die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben meegemaakt expliciet dat fysiologische lubricatie of erectie tijdens traumatische gebeurtenissen een biologische weefselbeschermende reflex is, en geenszins instemming of genot impliceert.

Interactieve Intake (Checkfields)

Genitale reactie waargenomen door patient
(Ja/Nee en fysiologische manifestatie)

☐ Subjectieve beleving van verlangen/plezier op dat moment (schaal 0-10 en toelichting)

☐ Aanwezige dysfunctionele cognities ('Mijn lichaam wil het, dus ik moet wel...')

☐ Toegepaste psycho-educatieve interventie (PLISSIT niveau P/LI/SS)

Diagnostische Beslisboom

Voldoet de klacht aan DSM-5 criteria voor seksuele interesse-/opwindingsstoornis of betreft het fysiologische non-concordantie?

Fysiologische reactie ontbreekt bij wel aanwezige subjectieve opwinding en adequate stimulatie	Fysiologische reactie aanwezig zonder subjectieve opwinding, leidend tot lijdensdruk of schuld
Evalueer somatische factoren (vaatstelsel, medicatie, neurologie) en adviseer gerichte psycho-educatie en stimulatieverbetering (PLISSIT Stap LI/SS).	Bied psycho-educatie over arousal non-concordantie (Chivers model): ontkoppel reflex van wens/toestemming; normaliseer autonome reacties.

POST-COÏTALE DYSFORIE (PCD)

— Etiologie, Triggers en Begeleiding —

Biopsychosociale Etiologie en Risicofactoren

Post-coïtale dysforie (PCD) kenmerkt zich door een acute episode van somberheid, onverklaarbare huilbuien, prikkelbaarheid of leegte direct na een consensuele seksuele ervaring. De genese is multifactorieel:

Biomedisch:
- Abrupte neuro-endocriene verschuiving post-orgasme (steile daling in dopamine, prolactinestijging en oxytocine-fluctuaties).

Psychologisch:
- Verhoogde pre-existente alexithymie, hechtingsangst, prestatiedruk of onverwerkte eerdere seksuele trauma's.

Relationeel:
- Gevoelens van kwetsbaarheid na diepe intimiteit, angst voor verlies van autonomie of discrepantie in relationele verwachtingen.

Klinische Differentiatie

PCD treedt op na consensuele seks en is nadrukkelijk geen afwijzing van de partner of uiting van spijt over de handeling zelf.

Het Cyclische Dynamiekmodel: Neurochemische Val vs. Hechtingsangst

Het verloop van PCD volgt een herkenbare dynamiek waarin biologische responsen en hechtingsstijlen elkaar versterken.

1. **Fase 1:** Hoge opwinding en orgastische piek met massale afgifte van oxytocine en dopamine.
2. **Fase 2:** Acute neurochemische daling (post-orgasmische drop) leidend tot een plots neurobiologisch affectief vacuüm.
3. **Fase 3:** Cognitieve interpretatie gekleurd door hechtingsstijl: angst voor verlating of juist benauwing door samensmelting.
4. **Fase 4:** Emotionele uitbarsting (tranen, agitatie, terugtrekking) gevolgd door partneronbegrip of schuldgevoelens.

PLISSIT Integratie

Gebruik Limited Information (LI) om uit te leggen dat de fysiologische 'rebound' een biologisch substraat heeft en niet wijst op een defecte relatie.

3 Stappen in de Begeleiding

1. **Normalisatie & Toestemming (Permission)**
   Erken de emotie direct zonder pathologisering. Bevestig dat post-coïtale huilbuien fysiologisch verklaarbaar en niet zeldzaam zijn.
2. **Psycho-educatie (Limited Information)**
   Licht de hormonale en neurochemische cascade toe aan beide partners om misinterpretaties (saals afwijzing) weg te nemen.
3. **Gerichte Interventies (Specific Suggestions)**
   Ontwerp een gepersonaliseerd 'aftercare'-protocol: afstemmen van nabijheid of juist fysieke ruimte direct na afloop.

De Cirkel

1. NEUROCHEMISCHE PIEK

Oxytocine + Dopamine (massale afgifte)

2. NEUROCHEMISCHE DALING

Post-orgasmische drop (↓ dopamine, ↑ prolactine, oxytocine-fluctuaties)

Van neurochemische daling naar hechtings-respons

4. EMOTIONELE UITBARSTING

Tranen, agitatie, terugtrekking

3. HECHTINGSREACTIE

Angst, leegte, samensmelting of verlating

> *"Het lichaam kalmeert, maar het hart is nog wakker."*

Klinische Gespreksvoering en Partnerbegeleiding

Gerichte praktische handvatten voor de behandelkamer conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en V&VN-richtlijnen:

- **Verken de specificke triggers:** treedt het enkel op bij penetratie, masturbatie of orgasme, of ook bij intiem niet-genitaal contact?
- **De-escaleer interactiepatronen:** voorkom dat de partner de huilbui interpreteert als persoonlijk falen of seksuele tekortkoming.
- Stel een **time-out** en non-verbale signalering in wanneer cognitieve overspoeling optreedt na de seksuele ontlading.

Professionele Afbakening

Vóór eindpublicatie: domeinspecifieke seksuologische terminologiecontrole door vakdeskundige vereist. Deze educatieve kaart vervangt geen individuele medische diagnostiek.

Geïdentificeerde predisponerende en uitlokkende factoren:

Afgesproken post-coïtale behoeften (ruimte vs. fysieke nabijheid):

Hoe reageert de cliënt op directe fysieke nabijheid tijdens de episode?

Cliënt ervaart nabijheid als beklemmend of zintuiglijk overweldigend	Cliënt ervaart intense verlatingsangst of leegte
Bied tijdelijke fysieke ruimte met behoud van kalme, veilige verbale aanwezigheid ('grounding').	Bied zachte, niet-seksuele fysieke 'aftercare' zoals vasthouden of een verzwaarde deken.

SEKSUELE DISFUNCTIES BIJ MULTIPLE SCLEROSE

Primaire, Secundaire en Tertiaire Niveaus

Kader & Fysiopathologie volgens Foley's Model

Multiple sclerose (MS) beïnvloedt de seksuele gezondheid via een dynamische interactie tussen neuropathologische schade, fysieke symptomen en psychosociale belasting. Het drietrapsmodel van Frederick Foley categoriseert deze problematiek in primaire, secundaire en tertiaire disfuncties.

1 Primaire disfuncties

- Directe myelum- en hersenlaesies die sensibele en autonome zenuwbanen verstoren (verminderde genitale sensitiviteit, verminderde lubricatie, erectiele disfunctie en anorgasmie).

2 Secundaire disfuncties

- Indirecte gevolgen van MS-symptomatologie of medicamenteuze bijwerkingen (spasticiteit, vermoeidheid, blaas- en darmfunctiestoornissen, centrale neuropathische pijn).

3 Tertiaire disfuncties

- Psycho-emotionele en relationele impact van chronische invaliditeit (veranderd lichaamsbeeld, angst voor afwijzing, depressieve klachten, rolverschuivingen van partner naar mantelzorger).

Klinische Disclaimer & Differentiatie

Dit schema dient ter educatieve ondersteuning van seksuologen, artsen en verpleegkundigen en vervangt geen individuele medische diagnostiek of behandeladvies. Domeinspecifieke medische en seksuologische terminologie vereist periodieke validatie volgens vigerende richtlijnen.

Cyclisch Interactiemodel van Seksuele Disfuncties

De drie niveaus van Foley bestaan niet geïsoleerd, maar versterken elkaar in een biopsychosociale feedbackloop. Neurologische uitval triggert functionele belemmeringen, welke vervolgens leiden tot vermijdingsgedrag en partnerverveemding.

- **Laesielocatie en transmissie**: Schade in cerebrale of lumbosacrale trajecten verlaagt de basale seksuele prikkeloverdracht.
- **Fysieke belemmering**: Vermoeidheid en spasmen tijdens intimiteit verhogen de faalangst en verminderen de seksuele spontaniteit.
- **Relationele terugtrekking**: Communicatiebarrières en anticiperende schaamte (bijv. vrees voor urineverlies) bekrachtigen secundaire seksuele aversie.

De cyclus in 4 fasen

1. Neurologische Disconnectie
2. Fysieke Cumulatie
3. Cognitieve & Emotionele Belasting
4. Relationele Terugtrekking

Multidisciplinaire Interventieladder (PLISSIT & Zorgstandaard)

Interventies worden afgestemd op de aard van de klacht en het competentieniveau van de professional, conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid.

P (Permission)

Proactief exploreren en normaliseren van veranderde intimiteit en seksuele noden bij MS.

LI (Limited Information)

Psycho-educatie over het effect van neurologische aandoeningen op seksualiteit en fysiologie.

SS (Specific Suggestions)

Praktische aanpassingen qua timing, ergonomische houdingen, hulpmiddelen en medicatieplanning.

IT Intensive Therapy)

Gespecialiseerde seksuologische combinatietherapie en cognitieve gedragstherapie bij complexe problematiek.

Beslissingsboom voor Triage

Welk niveau van het Foley-model vormt de voornaamste barrière in het actuele consult?

1. **Primair niveau** (neurogene uitval genitale prikkels)
   → Verken compensatoire stimulatie (o.a. vibrator met hoge amplitude), bevochtigingsmiddelen of farmacotherapie via neuroloog/uroloog.
2. **Secundair niveau** (spasmen, vermoeidheid, incontinentie)
   → Schakel bekkenfysiotherapie in; plan seksuele activiteit rondom energietopassing en mictiebeleid; evalueer spasmemedicatie.
3. **Tertiair niveau** (relatiecrisis, rolconflict, zelfbeeld)
   → Start partnercommunicatie-oefeningen, sensate focus of verwijs naar een NVVS-geregistreerd seksuoloog.

RETROGRADE EJACULATIE – DIAGNOSTIEK, FARMACOTHERAPIE EN FERTILITEIT

Etiologie en Blaashalsinsufficiëntie

Retrograde ejaculatie ontstaat wanneer de blaashals (interne urethrasfincter) tijdens de ejaculatie onvoldoende sluit, waardoor het sperma retrograad de vesica urinaria instroomt in plaats van anterograad door de urethra te worden uitgedreven.

- **Chirurgische oorzaken:** transurethrale resectie van de prostaat (TURP), blaashalsincisie, retroperitoneale lymfklierdissectie (RPLND) en bekkenchirurgie met laesies van sympathische plexusbanen.
- **Neurogene oorzaken:** autonome neuropathie bij langdurige diabetes mellitus, multipele sclerose of dwarslaesie die de sympathische bezenuwing (Th10-L2) van de blaashals aantast.
- **Farmacologische inductie:** selectieve alfa-1-blokkers (o.a. tamsulosine, silodosine voor mictieklachten of BPH), sympathicolytica en bepaalde psychofarmaca.
- **Anatomische en congenitale** afwijkingen van de blaashals of urethra posterior.

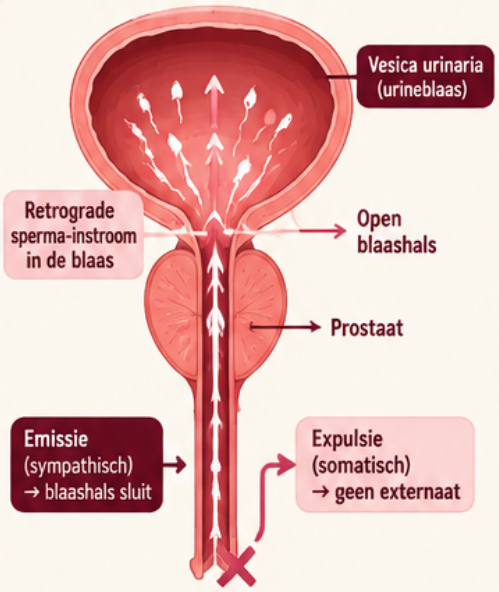
Klinische Differentiatie: Anejaculatie vs. Retrograde Ejaculatie

Onderscheid retrograde ejaculatie zorgvuildig van anejaculatie en orgasmedisfunctie: bij zuivere retrograde ejaculatie blijft het orgastische gevoel aanwezig ('droog orgasme'), terwijl bij anejaculatie zowel de emissiefase als orgasmebeleving afwezig of geremd kunnen zijn.

Fysiologie: Emissie versus Expulsie Flow

De fysiologie van de ejaculatie verloopt in twee nauw op elkaar afgestemde neurogene en mechanische fasen. Een coördinatiestoornis in de eerste fase leidt tot een retrograde verplaatsing.

- **Emissiefase:** Sympathische aansturing (nervi hypogastrici, Th10-L2) stimuleert contracties van prostaat, zaadblaasjes en vas deferens. Gelijktijdig contraheert de interne sfincter om de blaashals hermetisch af te sluiten.
- **Expulsiefase:** Somatische aansturing via de nervus pudendus (S2-S4) veroorzaakt ritmische samentrekkingen van de musculus bulbospongiosus en ischiocavernosus, waardoor het sperma pulserend door de meatus externus wordt gestuwd.
- **Pathofysiologisch knooppunt:** Bij verlies van de sympathische tonus op de blaashals kiest de zaadvloeistof de weg van de minste weerstand naar de urineblaas.



1 Sympathische Emissie & Blaashalssluiting
Transport van zaadcellen en prostaatvocht naar de pars prostatica urethrae bij actieve contractie van de interne blaashalssfincter.

2 Blaashalsfalend Zaadtransport
Bij insufficiënte sfinctersluiting ontsnapt het ejaculaat naar de blaasbodem in plaats van distale ophoping in de bulbaire urethra.

3 Ritmische Expulsie zonder Externaat
Perineale spiercontracties verlopen conform het orgasmeritme, maar extern treedt nauwelijks of geen vloeistofuitstoot op.

Diagnostiek, Medicamenteuze Behandeling en Fertiliteit

De diagnostische bevestiging en therapeutische strategie vereisen een stapsgewijze medische aanpak, afhankelijk van de primaire zorgvraag (ongewenste kinderloosheid versus hinder van droog orgasme).

- **Post-ejaculatoire urineanalyse (PEU):** urineonderzoek direct na masturbatie toont grote hoeveelheden zaadcellen en prostaatsecreet (centrifugeren van ongeconcentreerde urine).
- **Medicamenteuze behandeling:** sympathicomimetica (zoals efedrine, pseudo-efedrine of midodrine) en tricyclische antidepressiva (zoals imipramine) ter verhoging van de blaashalstonus bij intacte zenuwbanen.
- **Fertiliteitsopties bij aanhoudende retrograde** ejaculatie: blaasneutralisatie (natriumbicarbonaat per os), semenopvang uit urine na ejaculatie, gevolgd door opwerking in het laboratorium voor IUI, IVF of ICSI.
- **Begeleiding en PLISSIT-kader:** bespreek relationele impact en normaliseer het behoud van orgastisch genot.

Voorbehoud en Domeinbeoordeling

Dit schema dient voor psycho-educatie en klinische oriëntatie door zorgprofessionals en vervangt geen specialistisch urologisch of andrologisch onderzoek. Vóór definitieve klinische teepassing is formele medisch-seksuologische verificatie van individuele farmacotherapeutische doseringen vereist.

Wat is het primaire doel van de patiënt of het paar bij retrograde ejaculatie?

Actieve kinderwens / fertiliteitsvraag	Geen kinderwens, hinder van veranderde ejaculatiebeleving
Verwijs naar fertiliteitsarts/uroloog voor post-ejaculatoire urine-isolatie, blaasmilieu-alkalisatie en geassisteerde voortplanting (IUI/ICSI).	Evalueer staken of omzetten van luxerende medicatie (bijv. alfa-1-blokkers) en overweeg een proefbehandeling met sympathicomimetica mits geen cardiovasculaire contra-indicaties.

SEKSUALITEIT BIJ REUMATOÏDE ARTRITIS EN BINDWEEFSELZIEKTEN

SYSTEEMBARRIÈRES & GEWRICHTSKLACHTEN

Reumatoïde artritis en systemische bindweefselziekten veroorzaken zowel directe mechanische belemmeringen als indirecte fysiologische drempels voor seksueel functioneren. Chronische ontstekingsprocessen beïnvloeden de seksuele responscyclus op meerdere niveaus.

- **Gewrichtsdestructie**, contracturen en synovitis in heupen, knieën, handen en wervelkolom beperken bewegingsuitslagen en specifieke vrijhoudingen.
- **Ochtendstijfheid** en bewegingsgebonden pijn veroorzaken anticipatie-angst voor weefselschade of exacerbaties.
- Systemische inflammatie en chronische vermoeidheid dempen het centrale verlangen en de spontane initiatie.
- Secundaire sicca-klachten (zoals bij het syndroom van Sjögren) geven uitgesproken vaginale droogte en dyspareunie.
- **Medicatie-effecten**: remmende werking op libido, lubricatie of erectie door analgetica, corticosteroïden en DMARD's.

Casusverkenning & Differentiatie

Onderzoek altijd of seksuele inhibitie primair mechanisch (pijn bij abductie van de heup) of fysiologisch/hormonaal (vaginale atrofie, medicatie-geïnduceerd libidoverlies) van aard is.

DE VICIEUZE CYCLUS VAN PIJN, VERMOEIDHEID & INHIBITIE

Pijn en uitputting zetten een zichzelf versterkend neurofysiologisch en cognitief proces in gang. Zonder tijdige interventie leidt dit tot structurele vermijding van fysieke intimiteit binnen de partnerrelatie.

1. Fysieke Trigger & Overbelasting

Gewrichtspijn of systemische uitputting treedt op tijdens of na fysieke belasting, resulterend in verhoogde spiertonus en ontstekingsactiviteit.

2. Anticipatie-angst & Sympathische Activatie

Verwachte pijn leidt tot verhoogde waakzaamheid, activering van het autonome zenuwstelsel en reflexmatige bekkenbodemhypertonie.

Pijn Vermoeidheid Inhibitie

4. Fysiek Ongemak & Seksuele Vermijding

Wrijvingspijn of gewrichtsbelasting bevestigt de catastroferende cognities; partners trekken zich terug uit vrees voor kwetsing of pijn.

3. Remming van Opwinding & Lubricatie

Sympathische dominantie inhibeert de parasympathische vasodilatatie, waardoor genitale zwelling, erectie en natuurlijke vochtsecretie stagneren.

ERGONOMIE, TIMING & GEWRICHTSBESCHERMING

Gerichte klinische adviezen en praktische suggesties (PLISSIT Stap 3: Specific Suggestions) stellen patiënten in staat intimiteit te beleven met minimale gewrichtsbelasting en energieverbruik.

- Plan intimiteit op piekmomenten van energie en pijnstilling (doorgaans 45 tot 60 minuten na inname van analgetica): vermijd momenten van piekochtendstijfheid.
- Voorbereidende warmte: een warm bad of gerichte spieropwarming vóór seksuele activiteit vermindert stijfheid en bevordert spierontspanning.
- Ondersteunende hulpmiddelen: gebruik stevige wigkussens, ergonomische positioneerkussens of meubilair om heup- en kniegewrichten neutraal te ondersteunen zonder actieve spierkracht.
- Gewrichtsontlastende posities: zijwaartse lepelhouding vermindert axiale belasting; passieve rugligging ontlast heupgewrichten en polsen.
- Ruime toepassing van neutrale glijmiddelen op siliconen- of waterbasis bij sicca-klachten om mechanische frictie en dyspareunie direct te minimaliseren.

Klinische Disclaimer

Deze educatieve kaart dient als naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individueel reumatologisch of bekken-fysiotherapeutisch behandelplan.

Is er sprake van ernstige heupbeperking of actieve artritis tijdens consultatie?

Actieve artritis of acute opvlamming

Focus op niet-penetratieve intimiteit, sensate focus zonder gewrichtsbelasting en multidisciplinair overleg met de behandelend reumatoloog.

Stabiele chronische beperking met mechanische pijn

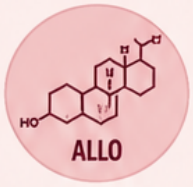
Implementeer houdingsaanpassingen met wigkussens, optimaliseer de medicatie timing en overweeg verwijzing naar een gespecialiseerd bekkenfysiotherapeut.

PREMENSTRUELE DYSFORE STOORNIS (PMDD) EN SEKSUELE FLUCTUATIES

Hormonale Gevoeligheid & Neurobiologie

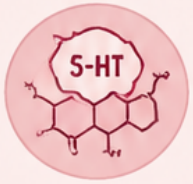
Premenstruele Dysfore Stoornis (PMDD) representeert geen absolute endocriene disbalans, maar een afwijkende cellulaire neuro-respons op normale cyclische schommelingen van progesteron en oestrogeen tijdens de luteale fase.

- **Allopregnanolone (ALLO):** Progesteronmetaboliet die fungeert als positieve allosterische modulator van GABA-A-receptoren.
- **GABA-A Receptor Paradox:** Bij PMDD treedt een paradoxale respons op ALLO-daling of fluctuatie op, leidend tot prikkelbaarheid, affectieve labiliteit en anhedonie.
- **Serotonerge Interactie:** Schommelingen in oestradiol beïnvloeden direct de 5-HT synthese en beschikbaarheid, wat seksueel verlangen en responsiviteit negatief kan moduleren.



Allopregnanolone (ALLO)

GABA-A Receptor



Serotonine (5-HT)

Differentiaaldiagnostische Aandacht

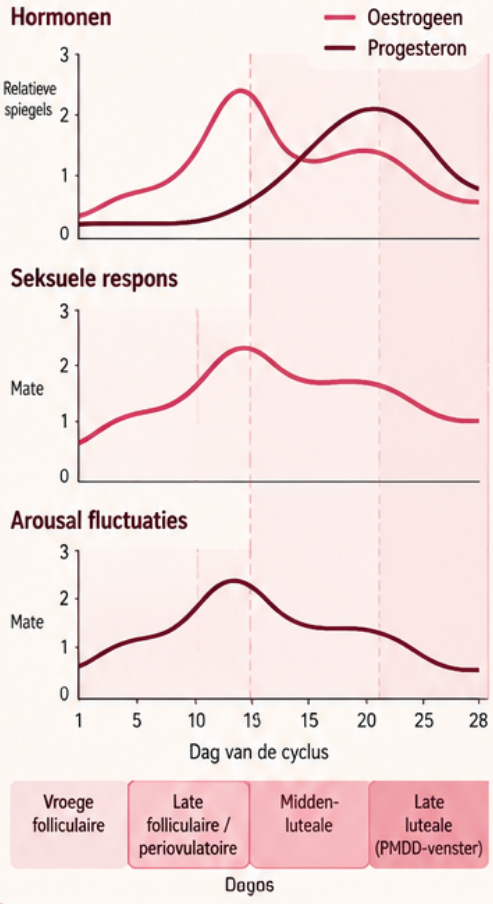
Onderscheid PMDD van Premenstruele Exacerbatie (PME) van onderliggende stemmings- of angststoornissen via prospectieve dagelijkse symptoomregistratie gedurende minimaal twee opeenvolgende menstruele cycli.

Menstruele Cycluscurve & Responsdynamiek

Seksuele lust en fysieke opwinding fluctueren neurofysiologisch over de vier opeenvolgende fasen van da menstruele cyclus:

1. **Vroege Folliculaire Fase (Dag 1–5):** Lage oestrogeen- en progesteronspiegels; fysiek ongemak kan seksuele activiteit remmen, hoewel bekkencongestie soms arousal faciliteert.
2. **Late Folliculaire / Periovulatoire Fase (Dag 6–14):** Piek in oestradiol en milde testosteronpiek correleren met toegenomen spontaan libido, verhoogde vaginale lubricatie en seksuele initiatie.
3. **Midden-Luteale Fase (Dag 15–22):** Progesteron domineert; verschuiving naar responsief verlangen en hechtingsbehoefte.
4. **Late Luteale Fase (PMDD-venster, Dag 23–28):** Snelle daling van steroïdhormonen induceert bij PMDD dysforie, verminderd libido, dyspareunie-gevoeligheid en relationele terugtrekking.

Hormonale niveaus en seksuele respons over de menstruele cyclus



Klinische Toepassing & Psycho-educatie (PLISSIT)

Gestructureerde begeleiding binnen de seksuologische praktijk combineert psycho-educatie, relationele afstemming en leefstijl-interventies volgens het **PLISSIT-kader.**

P — Permission (P):
Expliciete normalisatie van cyclische libidodips; ontlasten van prestatiedruk binnen het partnerschap.

LI — Limited Information (LI):
Inzicht verschaffen in de wisselwerking tussen neurosterotrope receptoren, stemming en seksueel functioneren.

SS — Specific Suggestions (SS):
Herstructureren van intieme momenten (sensate focus zonder coïtusfocus) tijdens symptoompieken.

IT — Intensive Therapy (IT):
Doorverwijzing naar multidisciplinair team (arts/gynaecoloog voor hormonale opties of SSRI's; cognitieve gedragstherapie) bij ernstige lijdensdruk.

Disclaimer en Domeinbeoordeling

Dit overzicht is bededeld voor psycho-educatie en consultvoering door zorgprofessionals en vervangt geen medische diagnose of farmacotherapeutisch behandelplan. Domeinterminologie en medische beleidslijnen dienen conform de vigerende Zorgstandaard Seksuele Disfuncties periodiek interdisciplinair getoetst te worden.

Welke interventiestap is aangewezen bij cyclische seksuele aversie in de late luteale fase?

1. **Klachten uitsluitend gerelateerd aan miscommunicatie en wederzijdse druk rond wisselend verlangen**
   → **Pas Specific Suggestions toe:** sensate focus-oefeningen, partnereducatie over de cycluscurve en tijdelijke de-escalatie van coïtale verwachtingen.
2. **Ernstige affectieve ontregeling, suicidale ideatie of invaliderende dysforie aanwezig**
   → **Schakel over naar Intensive Therapy:** verwijs door naar arts/psychiater voor farmacotherapeutische evaluatie (luteale SSRI's of ovulatiesuppressie) conform richtlijnen.

SEKSUALITEIT BIJ CHRONISCHE NIERINSUFFICIËNTIE

Dialyse, Anemie en Endocriene Veranderingen

Uremische Toxiciteit en Endocriene Disbalans (Stadium 4-5 Nierfalen)

Chronische nierinsufficiëntie (CKD stadium 4-5) leidt tot progressieve biochemische en endocriene ontregelingen die de seksuele respons beïnvloeden. De accumulatie van uremische toxines verstoort de gonadale as bij zowel mannen als vrouwen.

- **Hypogonadotroop hypogonadisme:** verminderde klaring en verstoorde secretie van LH en FSH leiden tot testiculaire atrofie en verlaagde testosteronspiegels bij mannen.
- **Hyperprolactinemie:** inadequate renale eliminatie van prolactine veroorzaakt secundair verminderd libido, galactorroe, cyclusstoornissen en amenorroe.
- **Vasculaire disfunctie:** uremische endotheeldisfunctie en microvasculaire sclerose verhinderen adequate stikstofmonoxide (NO)-afgifte en bekkencongestie.
- **Autonome neuropathie:** secundaire uremische zenuwschade verzwakt de parasympathische vasodilatatie en vermindert de genitale sensibiliteit.

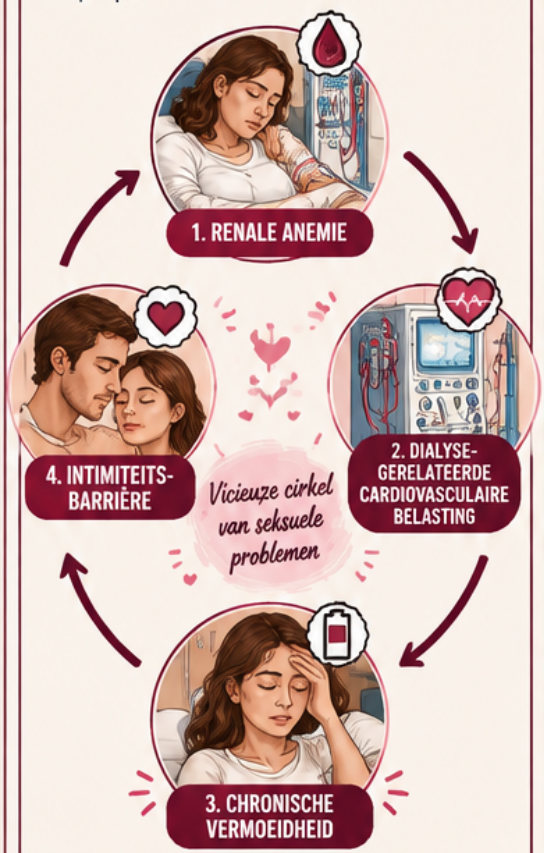
Klinische Differentiatie

Stel vast of seksuele disfuncties primair voortkomen uit uremische intoxicatie, medicatiebijwerkingen (zoals antihypertensiva) of secundaire depressieve klachten.

Wisselwerking: Cardiovasculaire Belasting, Dialyse en Vermoeidheid

De wisselwerking tussen dialyse-afhankelijkheid, renale anemie en hemodynamische fluctuaties creëert een vicieuze cirkel die intieme interacties fysiek en mentaal belemmert conform de V&VN-richtlijn Veranderende Seksuele Gezondheid.

- **Renale anemie:** verminderde erytropoëtineproductie leidt tot hypoxie, ernstige chronische uitputting en gebrek aan energie voor intimiteit.
- **Dialysefluctuaties:** hemodialyse induceert post-dialyse vermoeidheid en plotse bloeddrukschommelingen; peritoneaaldialyse beïnvloedt het buikgevoel en lichaamsbeeld.
- **Cardiovasculaire belasting:** atherosclerose en linker ventrikelhypertrofie verhogen het cardiovasculaire risico bij seksuele inspanning.
- **Lichaamsbeleving en zelfbeeld:** aanwezigheid van een arterioveneuze fistel of dialysekatheter kan gevoelens van kwetsbaarheid en verlies van aantrekkelijkheid oproepen.



Belastbaarheid en Timing

Bespreek met de patiënt en partner dat seksuele activiteit het best gepland kan worden op interdialysedagen of vóór dialysesessies, wanneer de post-dialyse vermoeidheid minimaal is.

Multidisciplinair Behandelplan en Seksuele Revalidatie

Het behandelen van seksuele problemen bij gevorderd nierfalen vereist een gecoördineerde samenwerking tussen nefrologie, urologie/gynaecologie, verpleegkundigen en seksuologie, ingebed in het PLISSIT-communicatiemodel.

- **Medische optimalisatie:** correctie van hematocriet/hemoglobine via erytropoëse-stimulerende middelen (ESA's) en adequate dialysedosering.
- **Farmacologische interventies:** zorgvuldig gebruik van PDE-5-remmers bij erectiestoornissen met controle op nitraatgebruik en dialyseplanning; lokale oestrogeentherapie bij urogenitale atrofie.
- **PLISSIT-kader (Permission & Limited Information):** verpleegkundigen en artsen valideren intimiteits-problemen en verschaffen gerichte informatie over energiebeheer en veilige houdingen.
- **Psychoseksuele begeleiding:** sensate focus en cognitieve herstructurering ter vermindering van prestatiedruk en aanpassing aan het veranderde lichaam.

Medische Disclaimer & Verwijzing

Dit schema dient uitsluitend als educatief overzicht voor zorgverleners en vervangt geen individuele medische diagnostiek of behandeladviezen. Medicatieaanpassingen vereisen altijd overleg met de behandelend nefroloog.

Stappenplan

1. **Stap 1: Signaleren & Toestemming (Permission)**
   Vraag actief naar veranderingen in seksualiteit en intimiteit tijdens het nefrologisch of verpleegkundig consult met open vragen conform de V&VN-richtlijn.
2. **Stap 2: Biomedische evaluatie**
   Beoordeel laboratoriumwaarden (anemie, prolactine, testosteron, elektrolyten) en medicatieoverzichten op erectie- of libidoremmende stoffen.
3. **Stap 3: Specifieke informatie & Counseling**
   Adviseer over energieverdeling, dialyseroosters, fistelbescherming en alternatieve vormen van fysieke nabijheid zonder prestatiedruk.
4. **Stap 4: Gespecialiseerde doorverwijzing (Intensive Therapy)**
   Verwijs bij aanhoudende seksuele disfuncties of ernstige relationele spanning door naar een geregistreerd seksuoloog NVVS of bekkenfysiotherapeut.

Beslismoment

Vertoont de dialysepatiënt persisterende seksuele disfuncties ondanks nefrologische optimalisatie?

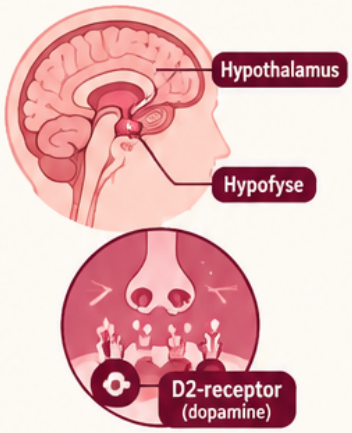
Klachten zijn overwegend somatisch/vasculair zonder actieve cardiale contra-indicatie	Klachten betreffen ernstige vermijdingsangst, relatiecrisis of stemmingsproblemen
Evalueer farmacotherapie (bijv. PDE-5-remmers in overleg met nefroloog/cardioloog) of lokale hormonale middelen.	Verwijs door naar de medisch psycholoog of consulent/ seksuoloog NVVS voor gerichte partnerbegeleiding.

Hyperprolactinemie en Libidoverlies — Neuro-Endocriene Evaluatie en Aanpak

Neuro-Endocriene Basis: Prolactine en Dopaminerge Remming

Prolactine wordt uitgescheiden door de lactotrope cellen in de adenohypofyse en staat onder een continue tonische remming door dopamine via D2-receptoren vanuit de hypothalamus. Wanneer deze dopaminerge tonus wegvalt of geblokkeerd raakt, stijgt de prolactinespiegel.

- **Tonische inhibitie:** Hypothalamisch dopamine bereikt via het tubero-infundibulaire systeem de hypofysaire voorkwab om prolactinesecretie te remmen.
- **Dopamine-antagonisten:** Antipsychotica, anti-emetica en bepaalde antidepressiva blokkeren D2-receptoren en veroorzaken frequent iatrogene hyperprolactinemie.
- **Symptomen van hyperprolactinemie:** Hypoactief seksueel verlangen (HSDD), erectiestoornissen, verminderde vaginale lubricatie, galactorroe, cyclusstoornissen en subfertiliteit.



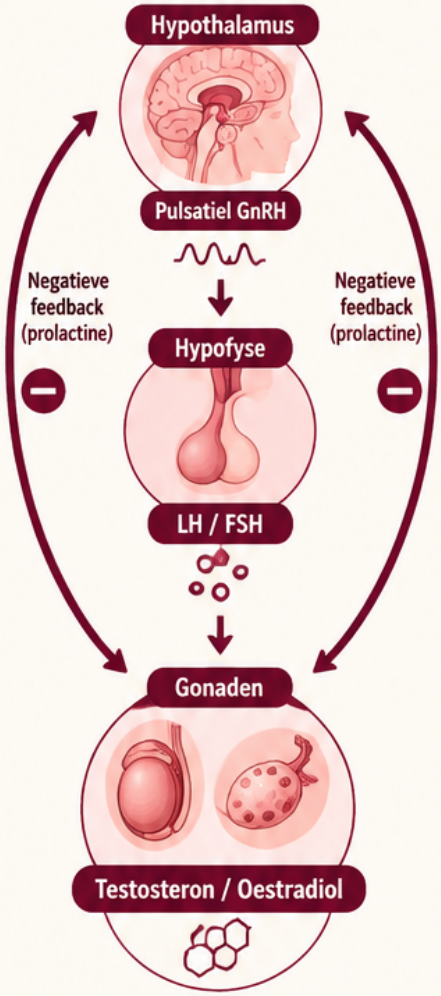
Klinische Differentiatie

Niet elk libidoverlies is hormonaal verklaard; chronische stress, relationele dynamiek en secundaire vermoeidheid moduleren de seksuele respons parallel aan endocriene ontregeling.

De HPG-As Regulatielus en Seksueel Verlangen

Verhoogde prolactinespiegels oefenen directe negatieve feedback uit op de pulsatieve secretie van gonadotropine-releasing hormoon (GnRH) in de hypothalamus. Hierdoor ontstaat secundair hypogonadotroop hypogonadisme met afname van gonadotropines en steroïdhormonen.

- **Hypothalamus:** Prolactine remt kisspeptine-neuronen, waardoor de pulsatieve afgifte van GnRH stagneert.
- **Adenohypofyse:** Daling van LH- en FSH-secretie leidt tot verminderde stimulatie van de gonaden.
- **Gonaden (testes/ovaria):** Lage serumspiegels van testosteron en oestradiol resulteren direct in verlies van verlangen, genitale atrofie en verminderde opwindingsrespons.



Stapsgewijze Endocriene Evaluatie en Beleid

Bij aanhoudend verminderd seksueel verlangen of geassocieerde disfuncties (conform DSM-5 minimaal 6 maanden aanwezig met klinisch lijdensdruk) volgt een gestructureerd diagnostisch traject.

PLISSIT & Multidisciplinaire Afstemming
Combineer psycho-educatie (Limited Information) met tijdige medische doorverwijzing naar internist-endocrinoloog of gynaecoloog bij bevestigde endocriene afwijkingen.

1. **Stap 1: Anamnese en Medicatie-inventarisatie**
   Evalueer seksuele klachten binnen het biopsychosociale model. Breng medicatiegebruik gedetailleerd in kaart (o.a. antipsychotica, metoclopramide, SSRI's).
2. **Stap 2: Laboratoriumdiagnostiek**
   Bepaal nuchter serum prolactine, TSH (uitsluiten primaire hypothyreoïdie), vrij/totaal testosteron, LH en FSH. Sluit macroprolactinemie uit bij asymptomatische hyperprolactinemie.
3. **Stap 3: Beeldvorming en Differentiaaldiagnose**
   Bij persisterende onverklaarde hyperprolactinemie (> 3-5x normaalwaarde zonder medicamenteuze oorzaak) is een MRI van de sella turcica aangewezen ter beoordeling van (micro)prolactinoom of hypofysesteeltractie.
4. **Stap 4: Seksuologische Begeleiding en Terugvalpreventie**
   Bied parallelle begeleiding voor de relationele impact en seksuele responsproblemen; medische normalisatie herstelt spontane zin niet altijd direct indien vermijding is ontstaan.

Klinische Beslisboom: Beleid bij Verhoogd Prolactine

Gebruik onderstaande beslisstructuur om te bepalen welke interventieroute noodzakelijk is bij patiënten met verlaagd libido en aangetoond verhoogd prolactine.

Is er sprake van een medicamenteuze oorzaak of structurele hypofysaire pathologie?

Medicamenteus geïnduceerd (bijv. antipsychoticum of dopamine-antagonist)	Prolactinoom of onverklaarde ernstige verhoging bevestigd op MRI
Overleg met de voorschrijvend arts voor dosisaanpassing of switch naar dopamineneutraal alternatief (bijv. aripiparzol); staak medicatie nooit abrupt. Ondersteun met psycho-educatie.	Verwijs naar endocrinologie voor eventuele start met dopamine-agonisten (bijv. cabergoline) en combineer met seksuologische partnerbegeleiding.

Formele Disclaimer en Kwaliteitsborging

Deze educatieve mindmap-kaart is bedoeld voor zorgprofessionals en studenten in de seksuologie en dient uitsluitend ter ondersteuning van klinisch redeneren en psycho-educatie.

- **Geen vervanging van diagnostiek:** Deze inhoud vervangt nimmer individueel medisch consult, laboratoriumonderzoek of endocriene diagnostiek.
- **Kwaliteitsborging:** Vóór definitieve klinische toepassing is domeinspecifieke medische en seksuologische terminologiecontrole door een gekwalificeerd vakdeskundige aangewezen.
- **Context:** Consistent met de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid.

Disclaimer
Niet gebruiken voor zelfdiagnose of zelfmedicatie. Verwijs patiënten bij aanhoudende klachten altijd door naar de bevoegde arts of medisch specialist.

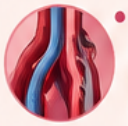
SEKSUELE DISFUNCTIES NA BEKKENFRACTUREN EN -TRAUMA

1. LETSELMECHANISMEN: NEUROVASCULAIRE EN STRUCTURELE SCHADE

Ernstige bekkenfracturen (zoals 'open book'- of compressietraumata) en penetrerend letsel kunnen leiden tot acute of blijvende seksuele disfuncties door beschadiging van vitale structuren in het bekkengebied.

- **Nervus pudendus (S2-S4):** compressie, tractie of neurotmesis met verlies van sensatie in perineum, clitoris/penis en uitval van de bulbocavernosusreflex.

- **Plexus lumbosacralis en hypogastricus:** autonome uitval leidend tot ectiestoornissen, lubricatiedeficiëntie en verlies van ejaculatoire controle.



- **Arteriële en veneuze vaatscheuren:** ruptuur van arteria pudenda interna of vertakkingen resulterend in arteriogene erectiestoornissen of vroege veneuze lekkage.

- **Musculoskeletale en anatomische distorsie:** asymmetrie van het bekken, avulsie van bekkenbodemspieren en adhesievorming.

Klinische waarschuwing

Direct post-traumatisch herstel kan misleidend lijken door initieel weefseloedeem; neurologische uitval vereist gestructureerde evaluatie na de acute stabilisatiefase.

2. CYCLISCH FASENMODEL: VAN ACUUT TRAUMA TOT CHRONISCH HERSTEL

Het klinisch beloop na bekkentrauma verloopt via vier cyclische, elkaar beinvloedende herstelfasen waarin somatische en psychoseksuele integratie plaatsvinden.

1. ACUUT

- Traumatische stabilisatie, orgaanbehoud, reconstructieve osteosynthese en preventie van secundaire ischemie.

2. SUBACAUT

- Neurogene regeneratie (1 mm/dag axonale uitgroei) en initiële fysiotherapeutische bekkenbodemactivatie.

3. REVALIDATIE

- Multidisciplinaire functionele training, evaluatie van sensibele herstelgrenzen en geassisteerde erectie/lubricatie.

4. CHRONISCHE ADAPTATIE

- Psychoseksuele heroriëntatie, chronisch pijnbesef, partnerschapsaanpassing en plastisch-chirurgische correcties.

Van acuut trauma tot chronisch herstel

Stappenplan

1. **Stap 1: Acute trauma-stabilisatie**
   Behandeling van primaire fracturen en urogenitale rupturen met hemodynamische stabilisatie.
2. **Stap 2: Neuro-vasculaire screening**
   Documentatie van perineale sensibiliteit en autonome functie conform PLISSIT-niveau 'Permission'.
3. **Stap 3: Revalidatie & Bekkenfysiotherapie**
   Herstel van myofasciale balans en gerichte biofeedback na consolidation van botfragmenten.
4. **Stap 4: Langetermijnadaptatie & Seksueel Repertoire**
   Verbreding van sensate focus en exploratie van mechanische en reconstructieve hulpmiddelen.

3. REVALIDATIEPROTOCOLLEN EN PLASTISCH-CHIRURGISCHE OPTIES

Multidisciplinair management integreert bekkenfysiotherapie, medisch-technische interventies en seksuologische counseling volgens de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

- **Bekkenfysiotherapie:** gerichte myofasciale release van littekenweefsel, triggerpointbehandeling en normalisering van bekkenbodem-hypertonie.
- **Farmacotherapie & hulpmiddelen:** PDE-5-remmers, intra-urethrale alprostadil, vacuümpompen en bekkenstabiliserende ergonomische kussens.
- **Chirurgische reconstructie:** microvasculaire revascularisatie, neurolyse van de nervus pudendus en semi-rigide of opblaasbare erectieprothesen.
- **Seksuologische begeleiding:** aanpassing van seksuele scenario's, sensate focus en verwerking van lichaamsbeeldveranderingen conform PLISSIT (SS/IT).

Domeinreview en Disclaimer

Deze educatieve mindmap dient als naslagwerk en vervangt geen individuele medische diagnostiek. Domeinspecifieke terminologie dient vóór definitieve implementatie gecontroleerd te worden door een klinisch seksuoloog of arts-seksuoloog NVVS.

Is er sprake van vroege erectiele of sensorische uitval na consolidatie van de fractuur?

- **Sprake van partiële sensatie en intacte vasculaire pulsaties** → Start proefbehandeling met PDE-5-remmers gecombineerd met bekkenfysiotherapie en sensate-focustoepassingen.
- **Volledige anesthesie perineum en refractair voor conservatieve farmacotherapie** → Verwijs naar urologie/ plastische chirurgie voor neurofysiologisch onderzoek, cavernosometrie en evaluatie voor prothese-implantatie of zenuwdecompressie.

SEKSUALITEIT BIJ ANGSTSTOORNISSEN EN PANIEKSTOORNIS – Sympathische Hyperactiviteit en Vermijding

NEUROVEGETATIEVE MECHANISMEN EN INTEROCEPTIEVE SENSITIVITEIT

Seksuele opwinding en angst delen overlappende autonome responsen. Bij angst- en paniekstoornissen leidt verhoogde sympathische tonus en catastrofale interpretatie van fysiologische veranderingen tot interferentie met de seksuele responscyclus.

- **Overlap in fysiologie:** tachycardie, tachypneu, spiertonus en perifere vasoconstrictie treden op bij zowel seksuele excitatie als acute angst.
- **Interoceptieve hyperwaakzaamheid:** normale tekenen van fysieke arousal (hartkloppingen, transpireren) worden misleidend gedecodeerd als naderende paniekaanval of decompensatie.
- **Neurovegetatieve inhibitie:** aanhoudende sympathische hyperactiviteit blokkeert parasympathisch gestuurde vasocongestie (erectiestoornissen, verminderde lubricatie).
- **Cognitieve interferentie:** overmatige zelfmonitoring (spectatoring) ontkoppelt subjectieve lustbeleving van lichamelijke reacties.

KLINISCHE DIFFERENTIATIE

Onderzoek zorgvuldig of vermijdingsgedrag primair voortvloeit uit angst voor paniekaanvallen getriggerd door fysiologische inspanning (interoceptieve angst) dan wel uit faalangst specifiek gerelateerd aan seksuele prestaties.

DE VICIEUZE CIRKEL VAN AUTONOME AROUSAL EN VERMIJDING

Het onderhouden van seksuele disfuncties bij paniek- en angststoornissen verloopt veelal via een zichzelf versterkend feedbacksysteem. Inzicht in deze cirkel is essentieel voor gerichte psycho-educatie en interventie.

DISCLAIMER EN BEHANDELSTATUS

Deze kaart dient als psycho-educatief en klinisch naslagwerk voor zorgverleners en vervangt geen individuele diagnostiek of specialistische GGZ-behandeling. Domeinspecifieke terminologie dient voorafgaand aan formele publicatie door een bevoegd vakdissundige te worden gevalideerd.

KLINISCHE BENADERING: EXPOSURE EN FYSIOLOGISCHE REGULATIE

De therapeutische aanpak combineert het stapsgewijs afbouwen van interoceptieve angst met het herstel van autonome regulatie binnen een veilige, niet-eisende context conform het PLISSIT-model.

1. **Psycho-educatie (PLISSIT stap LI):** uitleg over fysiologische coherentie tussen seksuele opwinding en sympathische activatie om catastrofale interpretaties te ontkrachten.
2. **Interoceptieve exposure:** gecontroleerd opwekken van lichamelijke sensaties (zoals lichte hyperventilatie of traplopen) om fysiologische tolerantie op te bouwen zonder vermijding.
3. **Sensate Focus (PLISSIT stap SS/IT):** gestructureerde tactiele aanrakingsoefeningen met expliciet verbod op geslachtsgemeenschap om prestatiedruk en spectatoring te elimineren.
4. **Adem- en autonome regulatietechnieken:** buikademhaling en verlengde uitademing om de parasympathische tonus en cardiale vagale rem tijdens intiem contact te versterken.

PRAKTIJKTIP VOOR DE ZORGPROFESSIONAL

Stel proactief open vragen bij patiënten met paniekstoornis: "Merkt u dat angstklachten of hartkloppingen invloed hebben op uw intieme leven of het vrijen?"

INTIMITEIT EN SEKSUALITEIT BIJ NAH: GEDRAG, REMMING EN EMOTIE

Module 08: Neurologische Aandoeningen & Seksuologie

Neuro-anatomie: Frontale en Temporale Letsels bij NAH

Niet-aangeboren hersenletsel (zoals na een CVA, traumatisch hersenletsel of hypoxie) verstoort vaak de delicate balans tussen remmende prefrontale circuits en limbische behoeften. Klinische differentiatie van de letsellocatie verklaart de aard van de gedragsverandering:

1. **Orbitofrontale cortex (OFC):** Schade leidt tot disinhibitie, verlies van sociale distantie, hyperseksuele verbale uitlatingen of impulsief handelen zonder rekening te houden met contextuele grenzen.
2. **Dorsolaterale prefrontale cortex (dlPFC):** Beschadiging resulteert primair in apathie, verminderd initiatief tot intimiteit, executieve dysfunctie en affectieve afvlakking.
3. **Mediale prefrontale cortex en anterior cingulate cortex (ACC):** Letsel veroorzaakt ernstige apathie, abulie en het onvermogen om seksuele drift om te zetten in doelgericht relationeel gedrag.
4. **Temporale kwab en amygdala:** Betrokkenheid kan leiden tot veranderingen in partnerherkenning, veranderde seksuele voorkeuren of (in zeldzame casus) partiële uitingen van het syndroom van Klüver-Bucy (hyperoraliteit en hyperseksualiteit).
5. **Hypothalamus en hypofyse-as:** Verstoring leidt tot neuro-endocriene dysregulatie (o.a. testosterondeficiëntie of hyperprolactinemie), wat direct ingrijpt op het basale libido.

Klinische Disclaimer & Voorbehoud

Deze mindmap-kaart dient als educatief naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen multidisciplinaire diagnostiek of medisch-specialistisch behandelplan. Domeinspecifieke terminologiecontrole door een vakedekundige seksuoloog/revalidatiearts is vereist vóór definitieve klinische protocollering.

Het Neuroseksuele Continuüm: Ontremming versus Apathie

In de klinische praktijk presenteren veranderingen in intimiteit na NAH zich zelden als geïsoleerde genitale disfuncties. Ze manifesteren zich op een continuüm tussen overmatige ontremming enerzijds en hypoactieve apathie anderzijds:

- **Seksuele ontremming (Disinhibitie):** Verhoogde frequentie van seksueel getinte opmerkingen, grensoverschrijdend aanraken van zorgverleners of partners, compulsief masturberen in openbare ruimtes, en verminderd vermogen tot partner-afstemming.
- **Hypoactieve respons (Apathie & Verlies van libido):** Algeheel ontbreken van seksueel verlangen, geen initiatiefname, onvermogen tot opwinding door centrale vermoeidheid (neurofatigue) of affectieve vervlakking.
- **Verstoorde wederkerigheid:** De partner ervaart een verschuiving van gelijkwaardige partnerrelatie naar een verzorgende/ouderrol, wat emotionele verwijdering en verlies van seksuele aantrekkingskracht versterkt.
- **Sensorische en motorische comorbiditeit:** Parese, spasticiteit, sensorische overprikkeling of afasie compliceren de non-verbale communicatie en fysieke nabijheid.

PLISSIT Integratie: Permission & Limited Information

Bespreek intimiteit vroegtijdig en normaliseer veranderingen: 'Bij hersenletsel zien we geregeld dat de remming of juist de behoefte aan nabijheid sterk verandert; hoe is dat binnen uw relatie?'. Sluit aan bij de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid en Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

Systeemgerichte en Omgevingsinterventies

Interventies bij NAH vereisen een gecombineerde aanpak gericht op de cliënt, de partner en de zorgomgeving. Pas de volgende stapsgewijze kaders toe:

1. **Omgevingsstructurering bij ontremming:** Bied duidelijke prikkelarme rustmomenten, begrens ongewenst gedrag direct, neutraal en consistent sonder moreel oordeel ('Dit gedrag hoort in uw slaapkamer').
2. **Faciliteren van privacy:** Creëer een veilige, afsluitbare privédomein-omgeving in intramurale settingen met duidelijke 'niet storen'-afspraken voor soloseks of partnerbezoek.
3. **Partnerbegeleiding en herpositionering:** Psycho-educatie over het neurobiologische karakter van de gedragsverandering ter ontlasting van schuldgevoelens bij de gezonde partner.
4. **Sensorische afstemming:** Plan intimiteit op momenten met minimale neurofatigue (vaak de ochtend) en reduceer auditieve en visuele prikkels.
5. **Multidisciplinaire afstemming:** Betrek de revalidatiearts, neuropsycholoog, seksuoloog NVVS en verpleegkundig team voor een eenduidig omgangsplan.

Stappenplan

1. **Stap 1: Signalering & Grensafbakening** Signaleer of het gedrag voortkomt uit ontremming, desorientatie of onvervulde affectieve behoeften. Communiceer duidelijke grenzen bij grensoverschrijdend gedrag conform instellingsrichtlijnen.
2. **Stap 2: Multidisciplinaire Analyse** Breng letsellocatie, medicatie-effecten (o.a. dopaminerge middelen, sedativa) en cognitieve belastbaarheid in kaart tijdens het MDO.
3. **Stap 3: Psycho-educatie & Counseling (SS/IT)** Bied de partner en het team concrete handvatten voor communicatie, prikkelreductie en het herontdekken van niet-coitale intimiteit.

Welk primair gedragsprofiel staat op de voorgrond in de klinische presentatie?

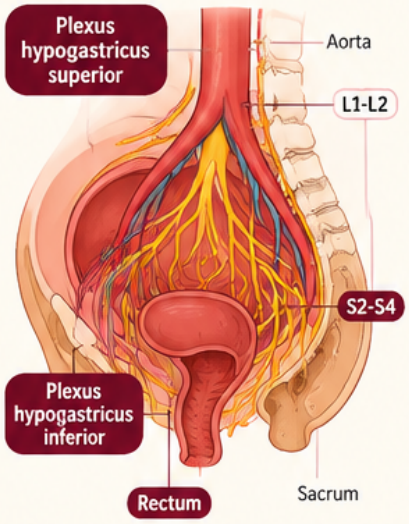
Disinhibitie en grensoverschrijdend gedrag
→ Implementeer directe neutrale begrenzing, structureer omgevingsprikkels, creëer veilige privaatruimtes voor soloseks en toets medicatie op dopaminerge overstimulatie.

Apathie en verlies van seksueel initiatief
→ Evalueer centrale vermoeidheid en stemming, plan vaste intieme rustmomenten zonder prestatiedruk en pas sensate-focus principes toe gericht op zintuiglijke nabijheid.

Seksuele Disfuncties na Colorectale Resecties

Anatomische Risicozones bij Colorectale Resecties

Tijdens diepe bekkenchirurgie, zoals een totale mesorectale excisie (TME) of rectumamputatie (abdominoperineale resectie), lopen de autonome bezenuwingstrajecten aanzieniijk letselrisico. De sympathische vezels ontstpringen uit de truncus sympathicus (L1-L2) en dalen af via de plexus hypogastricus superior over de aortvork en promontorium. De parasympathische input ontstaat vanuit de nervi splanchnici pelvici (S2-S4). Beide systemen versmelten lateraal van het rectum in de plexus hypogastricus inferior (plexus pelvinus). Beschadiging treedt veelal op bij dissectie langs de presacrale fascie of anterolatereal nabij de prostaat en vesiculae seminales.



- **Plexus hypogastricus superior:** risico op tractie- of doorsnijdingsletsel ter hoogte van het sacrale promontorium; leidt tot retrograde ejaculatie door falen van de blaashalsocclusie.
- **Nervi splanchnici pelvici (S2-S4):** kwetsbaar bij anterolaterale mobilisatie van het distale rectum en ter hoogte van het ligamentum laterale recti.
- **Plexus hypogastricus inferior:** bezenuwt rechtstreeks de corpora cavernosa, vesiculae, uterus en proximale vagina; letsel veroorzaakt neurogene erectiestoornissen en verminderde vaginale lubricatie.
- **Plexus pudendus:** somatosensorische innervatie van het perineum en de externe genitalia; kwetsbaar bij extensieve perineale reconstructies of sfincterextirpatie.

Klinische Differentiatie

Preoperatieve bestraling (neoadjuvante radiotherapie) en lokale oedeemvorming verhogen de kans op autonome tractieschade en microvasculaire fibrose aanzienlijk.

De Neurogene Uitvals- en Herstelcyclus

Zenuwbeschadiging na colorectale ingrepen volgt een neurobiologische en psychoseksuele dynamiek waarin acute denervatie leidt tot structurele en emotionele secundaire complicaties. Vroegtijdige herkenning en gestructureerde revalidatie voorkomen permanente weefselatrofie.

1. AUTONOME SCHADE & NEUROPRAXIE

Mechanische compressie, diathermieltsel of doorsnijding van autonome vezels resulteert in direct verliss van caverneuze vasodilatatie en verminderde genitale stuwing.

2. CAVERNEUZE & VAGINALE HYPOXIE

Afwezigheid van nachtelijke tumescentie en transmucosale transsudatie leidt tot intracorporale hypoxie, apoptose van gladde spiercellen en progressieve collageendepositie.

3. SECUNDAIRE FAALANGST & VERMIJDING

Falende spontane genitale respons activeert sympathische stressreacties, faalangst en seksuele anticipatiore vermijding binnen de dyadische relatie.

4. NEUROGENE REVALIDATIE & COMPENSATIE

Initiatie van lokale vasoactieve middelen, bekkenbodemfysiotherapie en zenuwsparende revalidatie ter bevordering van zenuwregeneratie en weefselperfusie.

Tijdsvenster van Neuropraxie

Partiële neuropraxie kan tot 12-24 maanden herstellen; actieve zuurstofvoorziening van het caverneuze weefsel in deze periode is essentieel om fibrosering tegen te gaan.

Klinische Aanpak: Neuromodulatie, Prothesen en Psycho-educatie

De transmurale behandeling van seksuele disfuncties na rectumextirpatie vereist een multidisciplinnire stappenstrategie conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid.

- **PLISSIT Stap P (Permission):** Actief uitvragen van genitale uitval, stoma-invloed en intimiteitsbeleving conform de intake-anamnese.
- **PLISSIT Stap LI & SS (Limited Info & Suggestions):** Uitleg over anatomische zenuwbanen, verlenging van stimulatietijd en glijmiddel- of vacuümaanwending.
- **Erectiele Revalidatie:** PDE-5-remmers bij partiële innervatie; overstap naar intracaverneuze injecties (alprostadil) of vacuümpompen bij complete autonome uitval.
- **Chirurgische Opties:** Hydraulische erectieprothese bij refractaire caverneuze fibrose na oncologische 'disease-free' follow-up.
- **Vaginale & Perineale Revalidatie:** Lokale hydratatie, oestrogeensuppletie (indien niet geontra-indiceerd), pelviene re-educatie en pelottes bij vaginaschrompeling.

Disclaimer Professionele Consultatie

Dit schema is uitsluitend bestemd als opleidings- en naslagmateriaal voor gekwalificeerde zorgprofessionals. Het vervangt geen individueel somatisch en oncologisch onderzoek.

Stappenplan

1. **Screening en Autonome Anamnese**
   Bepaal het type resectie (laag anterior vs. rectumextirpatie) en inventariseer aawessigheid van spontane nachtelijke erecties of reflexmatige vaginale lubricatie.
2. **Start Caverneuze/Vaginale Oxygenatietherapie**
   Introduceer binnen 3 tot 6 maanden postoperatief regelmatige fysiologische vaatvulling met PDE-5-remmers, intra-urethraal/intracaverneus alprostadil of een vacuümsysteem.
3. **Evalueer Na 12 Maanden en Schaal Op**
   Beoordeel zenuwregeneratie. Bij persisterende uitval en behandelwens: verwijs naar urologie voor prothesechirurgie of gespecialiseerde seksuologische sekstherapie.

Relevante gegevens

Tijdstip postoperatief en type colorectale resectie (TME / APR)

Geregistreerde autonome restfunctie (erectie, lubricatie, retrograde ejaculatie)

Gekozen interventie (PDE-5, vacuüm, intracaverneus, prothese, pelotte)

Vertoont de patiënt nog partiële reflexmatige erectie of lubricatie na bekkenresectie?

Ja: Partiële autonome innervatie intact

Start voege farmacologische revalidatie met dagelijkse of on-demand PDE-5-remmers en gerichte sensate focus met partner.

Nee: Complete autonome zenuwlaesie (denervatie)

Start direct intracaverneuze injectietherapie of mechanische vacuümpomp/bekkenoefeningen; overweeg prothese bij fibrosering na 1-2 jaar.

BDD met Genitale Focus
Overzichtskaart

Diagnostische Criteria en Cognitieve Vertekeningen

Morfodysfore stoornis (Body Dysmorphic Disorder, BDD) met genitale focus kenmerkt zich door een hardnekkige preoccupatie met vermeende afwijkingen of tekortkomingen in het uiterlijk van de genitaliën (zoals grootte, vorm of asymmetrie van labia, penis of scrotum) die voor anderen niet of nauwelijks waarneembaar zijn. Deze cognitieve fixatie leidt tot significante lijdensdruk en belemmeringen in het sociaal en seksueel functioneren.

Preoccupatie:
Minimaal één uur per dag piekeren over vermeende esthetische gebreken aan de genitaliën.

Repetitief gedrag:
Dwangmatig vergelijken, veelvuldig controleren in de spiegel of juist strikte vermijding.

Cognitieve vertekeningen:
Alles-of-niets denken, catastroferen en selectieve abstractie rondom genitaal aanzien.

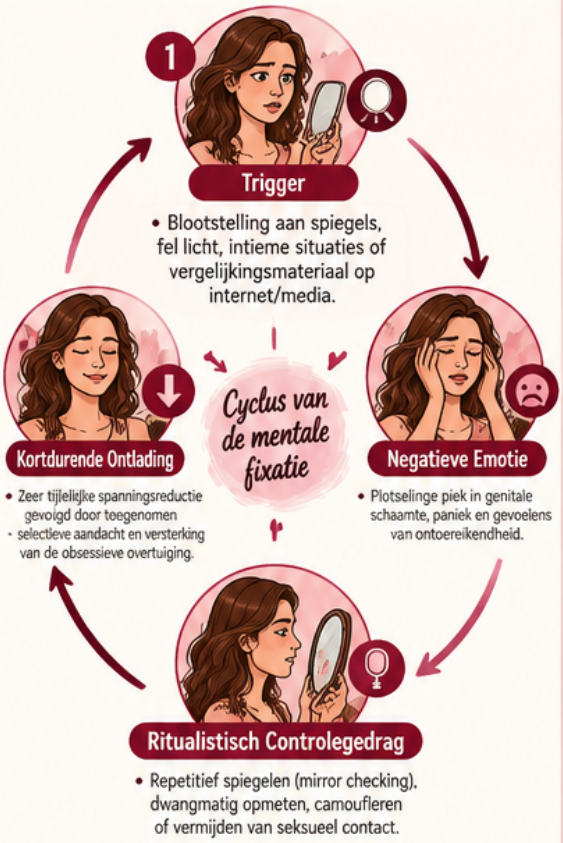
Significant lijden:
Klinisch relevante belemmering van intieme contacten, seksuele interactie en sociaal welzijn.

Belangrijk Aandachtspunt

Differentieer zorgvulelig tussen milde normatieve lichaamsonschuld/onzekerheid en de rigide, dwangmatige preoccupaties die wijzen op BDD conform DSM-5 criteria.

De Vicieuze Cirkel van Pieker- en Controlegedrag

Bij genitale BDD ontstaat een zichzeff versterkende instandhoudende cyclus. De initiële trigger (zoals een visuele confrontatie of intieme situatie) wekt intense angst en schaamte op, wat leidt tot controlegedrag dat de angst op de lange termijn verankert en versterkt.



Instandhouding

Controlegedrag en vermijding bevestigen tijdelijk het gevoel van controle, maar voeden de onderliggende sensorische hyperfocus en disfunctionele cognities.

Klinische Aanpak: CGT versus Chirurgische Contra-indicatie

Chirurgische en esthetische ingrepen (zoals labiaplastiek of penisvergroting) zijn gecontra-indiceerd bij actieve BDD: operaties verhelpen de onderliggende cognitieve vertekening niet en leiden veelal tot ontevredenheid, verschuiving van de preoccupatie of verergering van de symptomatiek. De eerstekeusbehandeling is gespecialiseerde cognitieve gedragstherapie (CGT), eventueel gecombineerd met medicamenteuze ondersteuning via een arts/psychiater.

Contra-indicatie esthetische chirurgie:
Hoge incidentie van postoperatieve ontevredenheid, toename van klachten of juridische conflicten.

Psycho-educatie:
Uitleg over de fysiologische variatie van normale genitaliën en de werking van BDD als obsessieve-compulsieve spectrumstoornis.

Cognitieve herstructurering:
Uitdagen van disfunctionele overtuigingen rondom genitaal uiterlijk, aantrekkelijkheid en afwijzing.

Exposure en responspreventie (ERP):
Gelejdelijke blootstelling aan situaties zonder toevlucht te nemen tot controlerituelen of camouflagesstrategieën.

Domeinspecifieke Review & Disclaimer

Vóór definitieve publicatie dient een formele terminologiecontrole door een gekwalificeerd arts/seksuoloog NVVS plaats te vinden. Dit studiemateriaal dient louter ter educatieve ondersteuning en vervangt geen individuele diagnostiek of specialistische medische/psychiatrische beoordeling.

Beslisschema: Vertoont de cliënt een wens voor invasieve esthetische correctie bij vermoeden van genitale BDD?

- Cliënt vraagt direct verwijzing voor plastische/esthetische chirurgie en vertoont dwangmatig controlegedrag → Voer psycho-educatie uit over BDD-mechanismen, ontmoedig operatieve correcties en start CGT met exposure en responspreventie of verwijs naar specialistische GGZ.
- Cliënt heeft milde fysiologische onzekerheid zonder lijdensdruk, dwanghandelingen of functieverlies → Bied anatomische psycho-educatie (Limited Information / PLISSIT) en normaliseer fysiologische variatie in vorm en asymmetrie.

OCD en Seksualiteit — Mindmap Kaart

Seksuele Obsessies en Contaminatievrees bij OCD

Obsessief-compulsieve stoornissen kunnen intieme relaties en seksuele respons diepgaand beïnvloeden. Enerzijds verourzaskt contaminatievrees intense walging of angst voor lichaamsvloeistoffen (sperma, vaginaal vocht, zweet of speeksel), waardoor fysieke aanraking vermeden wordt. Anderzijds treden ego-dystone seksuele intrusies op: ongewenste, beangstigende gedachten, beelden of impulsen die haaks staan op de eigen morele normen en seksuele identiteit. Patiënten vrezen vaak ten onrechte dat een intrusie een verborgen verlangen weerspiegelt.

- **Contaminatievrees:** angst voor besmetting door lichaamsvocht, overdracht van ziekten of geveelens van 'fysieke/mentale onreinheid'.
- **Ego-dystone intrusies:** ongewenste seksuele beelden (bijv. taboevoorstellingen, angst voor pedofilie of ongepaste seksuele oriëntatie-twijfels / SO-OCD).
- **Differentiaaldiagnose:** onderscheid intrusieve OCD-angst nadrukkelijk van parafiliëën of seksueel grensoverschrijdend gedrag (OCD leidt tot intense afkeer en angst, nooit tot lustvolle anticipatie).
- **Impact op opwinding:** sympatische hyperactivatie blokkeert fysiologische vasocongestie en leidt tot erectieverlies of verminderde vaginale lubricatie.

Ego-dystoon vs. Parafiel verlangen

Seksuele intrusies bij OCD zijn gekenmerkt door diepe angst, schuldgevoel en verzet. Ze representeren geen onderdrukt verlangen, maar een angstthematiek. Alertheid op dit onderscheid voorkomt schadelijke iatrogene misdiagnoses.

De Obsessief-Compulsieve Cyclus binnen Intimiteit

Binnen intieme momenten volgt OCD een vicieuze cyclus die spontaniteit en genot ondergraaft. Een sensorische prikkel of spontane gedachte triggert acute angst, die dwangmatig geneutraliseerd moet worden via zichtbare rituelen of mentale controles.

1. Trigger en Intrusie

Aanraking, fysiologische opwinding of blootstelling aan lichaamsvocht triggert een plotse angstgedachte of aversieve respons.

De OCD-cyclus in intimiteit

2. Betekenisverlening en Angst

De intrusie wordt catastrofaal geïnterpreteerd ('Als ik dit denk, ben ik immoreel' of 'Dit vocht maakt mij ongeneeslijk ziek'). De spanning piekt.

3. Compulsieve Neutralisatie

Uitvoeren van neutralisaties: direct wassen of douchen, controleren van de partner, mentaal herhalen van De vermistellingen of abrupt staken van het contact.

4. Kortdurende Opluchting en Bekrachtiging

De spanning daalt tijdelijk, wat de overtuiging versterkt dat het ritueel noodzakelijk was. De vermijding en overgevoeligheid nemen bij volgende intimiteit toe

Exposure en Responspreventie (ERP) en Sekstherapie

De gouden standaard voor behandeling is cognitieve gedragstherapie met Exposure en Responspreventie (ERP), geïntegreerd met het PLISSIT-model en sensate-focusinterventies.

1. **Permission (P):** Expliciete normalisatie en toestemming om seksuele thema's, schaamtevolle intrusies en walging openlijk ta bespreken.
2. **Limited Information (LI):** Psycho-educatie over het mechanisme van intrusies en de impact van angst op de seksuele responscyclus.
3. **Specific Suggestions (SS):** Gestructureerde ERP-oefeningen, gecombineerd met niet-doelgerichte sensate focus zonder penetratie of neutralisaties.
4. **Responspreventie:** Afbouwen van dwangmatig wassen vóór en na intimiteit; weerstaan van mentale controle en geruststellingsvragen aan de partner.

Belangrijke Disclaimer & Beperking

Deze educatieve kaart dient als naslagwerk voor zorgprofessionals en vervangt geen individuele psychiatrische diagnostiek of specialistische psychotherapie. Domeinspecifieke medische en seksuologische terminologie dient vóór formele klinische implementatie gevalideerd te worden.

Hoe reageert de cliënt op toenemende intieme nabijheid tijdens de behandelfase?

Cliënt voert direct compulsieve neutralisatierituelen uit (wassen, controleren)	Cliënt ervaart piekangst door seksuele intrusies maar verdraagt de spanning zonder ritueel
Verlaag de exposure-stap in de hiërarchie; herhaal sensate focus fase 1 (aanraking zonder genitaliën) met strikte responspreventie-afspraken.	Bekrachtig het verdragen van de cognitieve ambiguïteit; consolideer de angsthabituatie en bouw stapsgewijs verder naar genitale aanraking.

Seksuele Disfuncties door Antihypertensiva

Mindmap & Beleid

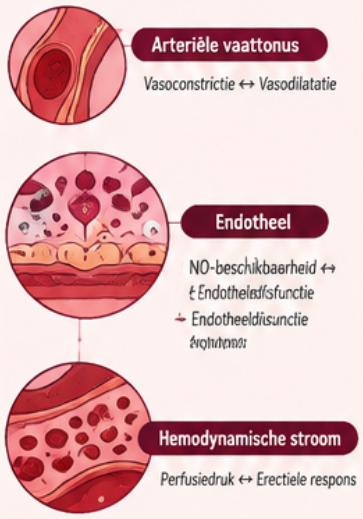
Farmacologische Basis: Hemodynamiek en Vaattonus

Antihypertensiva beïnvloeden de seksuele responscyclus via perifere hemodynamische veranderingen en centrale mechanismen. Verlaging van de arteriële perfusiedruk kan direct leiden tot onvoldoende intracaverneuze druk of verminderde genitale zwelling.

- **Bètablokkers** (m.n. niet-selectief): remming van bèta-2-gemedieerde vasodilatatie in het bekkengebied leidt tot ongehinderde alfa-1 vasoconstrictie en erectieverlies of lubricatieafname.
- **Thiazidediuretica:** vermindering van het circulerend plasmavolume en afname van perifere vaatweerstand kunnen caverneuze stuwing reduceren; tevens risico op zinkdepletie.
- **RAAS-remmers** (ACE-remmers en ARB's): behouden of verbeteren veelal de endotheelfunctie via angiotensine-II-blokkade en stikstofmonoxide (NO)-beschikbaarheid.
- **Centrale effecten:** lipofiele middelen passeren de bloed-hersenbarrière en kunnen libido en centrale opwinding dempen door interferentie met dopaminerge transmissie.

Klinische Differentiatie

Onderscheid medicatiegeïnduceerde disfunctie altijd van de onderliggende vasculaire schade door hypertensie zelf, pre-existente endotheliale dysfunctie en psychogene faalangst.



Farmacodynamische Interacties en Risicoprofiel

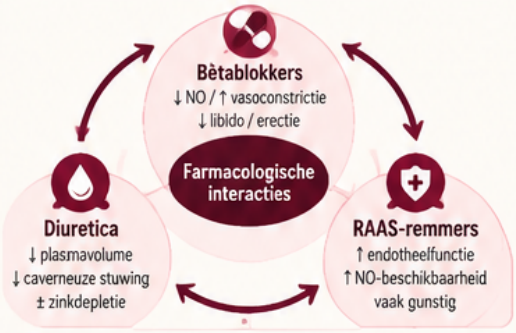
De mate van invloed op de erectiele respons en de vrouwelijke genitale opwinding verschilt sterk per antihypertensieve klasse. Onderstaand stroomschema toont het farmacologische risicoprofiel en de primaire interferentieroutes.

- **Hoog risicoprofiel:** Klassieke bètablokkers (bijv. propranolol, atenolol) en thiazidediuretica (bijv. chloortalidon, hydrochloorthiazide).
- **Neutraal tot gunstig profiel:** Dihydropyridine calcium-antagonisten (bijv. amlodipine) en selectieve vasodilaterende bètablokkers (bijv. nebivolol via stikstofmonoxide-afgifte).
- **Seksueel neutraal of beschermend:** Angiotensine-II-receptorantagonisten (ARB's zoals losartan, valsartan) en ACE-remmers.
- **Comorbidliteitsinteractie:** Gelijktijdig gebruik van PDE-5-remmers met alfablokkers of nitraten vereist strikte hemodynamische bewaking wegens hypotensierisico.

Veiligheidswaarschuwing

Combineer PDE-5-remmers nooit met nitraten. Bij combinatie met alfablokkers of sterke bloeddrukverlagers moet de medicatietiming zorgvuldig worden afgestemd door de behandelend arts.

1. **Klasse-identificatie en Anamnese**
   Breng de antihypertensieve medicatiehistorie, aanvangsmoment van erectie- of lubricatieproblemen en de bloeddrukwaarden systematisch in kaart.
2. **Evaluatie Vasculaire en Psychogene Factoren**
   Analyseer of de klacht secundair optrad direct na start/ophoging van het middel, of progressief ontstond door reeds bestaande vaatschade.
3. **Klasse-afweging**
   Bepaal in overleg met de voorschrijver of vervanging van een klassieke bètablokker of diureticum door een ARB, ACE-remmer of nebivolol cardiovasculair veilig en haalbaar is.



Is er sprake van een nieuw ontstane erectiestoornis of opwindingsstoornis na start van een bètablokker of thiazidediureticum?

- ✓ Ja, klachten traden acuet op binnen enkele weken na start of dosisescalatie
  → Overweeg in multidisciplinair overleg met de arts een switch naar een ARB (zoals losartan) of vasodilaterende bètablokker (nebivolol), mits hemodynamisch verantwoord.
- ✗ Nee, klachten bestonden reeds voor aanvang van de medicatie of ontstaan geleidelijk
  → Evalueer systemische endotheeldisfunctie, metabole syndroomparameters en psychogene instandhoudende factoren; hanteer PLISSIT-stappen (LI/SS).

Klinisch Beleid en Medicatieswitchprotocollen

Seksuologische begeleiding bij hypertensiepatiënten volgt de getrapte interventie volgens het PLISSIT-model (Permission, Limited Information, Specific Suggestions) in nauwe afstemming met de hoofdbehandelaar.

- **Permission (P):** Expliciet toestemming geven om seksuele bijwerkingen van bloeddrukmedicatie bespreekbaar te maken en therapietrouw te waarborgen.
- **Limitad Information (LI):** Uitleg geven over vaattonus, bekkenperfusie en het verschil tussen medicatie-bijwerkingen en permanente schade.
- **Specific Suggestions (SS):** Aanpassen van vrijtechnieken, verlengen van de opwindingsfase en bespreken van leefstijlinterventies.
- **Multidisciplinair overleg:** Patiënten instrueren nooit zelfstandig antihypertensiva te staken, switches naar ARB's of toevoeging van PDE-5-remmers verlopen uitsluitend via de voorschrijvend arts.

Professionele Disclaimer

Deze educatieve kaart vervangt geen medische consultatie of klinische diagnostiek. Medicatiewijzigingen mogen uitsluitend geschieden in overleg met de behandelend arts. Domeinspecifieke medische terminologiecontrole door een vakdeskundige is vereist vóór definitieve implementatie.

PLISSIT-Kader

- **P — Permission**
  Toestemming en therapietrouw
- **LI — Limited Information**
  Informatie over vaattonus en bekkenperfusie
- **SS — Specific Suggestions**
  Vrijtechnieken en leefstijlinterventies

Gestructureerde Consultatievelden

Huidig antihypertensivum en dosering

Klinische bevindingen seksuele respons (erectie, lubricatie, libido)

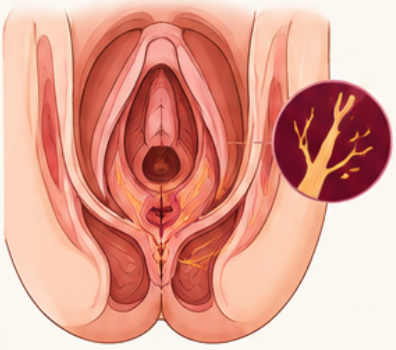
Overleg en afspraken met voorschrijvend arts / POH

POST-TRAUMATISCHE BEKKENPIJN NA BEVALLING: PERINEAAL LITTEKENWEEFSEL EN ZENUWSCHADE

Anatomisch Letsel en Weefseltrauma Postpartum

Tijdens een vaginale partus kan het perineale en bekkenbodemweefsel aanzienlijke mechanische schade oplopen door rupturen of een episiotomie. Dit leidt tot anatomische verstoringen, littekenvorming en mogelijke neuropathische sensitisatie.

- **Graad 1 & 2 letsel:** Betreft perineale huid, vaginawand en oppervlakkige perineale spieren (m. bulbospongiosus, m. transversus perinei superficialis).
- **Graad 3 ruptuur (OASIS):** Partiële of volledige ruptuur van het anale sfinctercomplex (EAS en/of IAS; subklassen 3a, 3b, 3c) met risico op fecaal functieverlies en persisterende pijn.
- **Graad 4 ruptuur:** Volledige doorgang door het sfinctercomplex en het anorectale epitheel, met verhoogde kans op stug verlittekend weefsel.
- **Neuropraxie en neuropathie:** Tractie- of compressieschade aan de n. pudendus en terminale takken (n. perinealis, n. clitoridis) resulterend in branderige allodynie of hypo-esthesie.
- **Episiotomie-gevolgen:** Medio-laterale of mediane incisies kunnen asymmetrische contracties, myofasciale triggerpoints en weefselverklewing induceren.

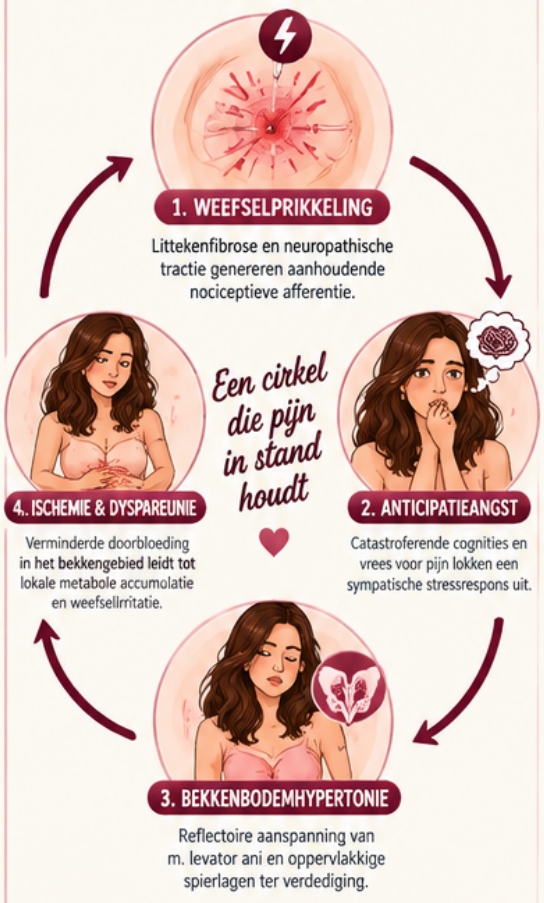


Klinische Differentiatie

Maak onderscheid tussen mechanisch littekendisfunctie, neuropathische pudenduspijn en secundaire overactiviteit van de diepe bekkenbodem (levator ani). Dit onderscheid stuurt de interventiekeuze aan.

De Vicieuze Cirkel van Posttraumatische Pijn en Spasme

Persisterende dyspareunie en bekkenpijn postpartum worden vaak onderhouden door een zichzelf versterkende interactie tussen weefselstijfheid, centrale sensitisatie en beschermende spieroveractiviteit.



Cirkel Doorbreektraject

Zonder gerichte de-escalatie van zowel de spiertonus als de pijngerelateerde anticipatieangst blijft penetratie of aanraking een signaal voor onwillekeurige contractie.

1. **Nociceptieve Ingang**
   Stug littekenweefsel of zenuwbeklemming genereert pijn bij minimale tractie of aanraking.
2. **Verhoogde Waakzaamheid**
   Angst voor hernieuwde weefselschade leidt tot constante hypervigilantie en verhoogde sympathicusactiviteit.
3. **Spasme & Hypertonie**
   Reflectoire samentrekking van het bekkenbodemcomplex veroorzaakt lokale hypoxie en myofasciale triggerpoints.
4. **Seksuologische Blokkade**
   Lubricatiedaling, vermijdingsgedrag en toenemende dyspareunie bevestigen de pijnverwachting.

Multidisciplinaire Interventies en Desensitisatie

Een effectieve therapeutische aanpak combineert gespecialiseerde bekkenfysiotherapie met seksuologische begeleiding volgens het biopsychosociale model.

Myofasciale release
Behandeling van triggerpoints in m. puborectalis, m. obturator internus en oppervlakkige perineale spieren.

Littekenmassage
Mobilisatie in dwarse en langwerpige richtingen ter bevordering van collageen-remodellering en elastische weefselrek.

Sensorische desensitisatie
Stapsgewijze graduele blootstelling aan tactiele prikkels (verschillende texturen, lichte druk) om centrale allodynie te reduceren.

Pelvic floor retraining
Biofeedback en 'downtraining' om willekeurige ontspanning van de bekkenbodem te herleren vóór en tijdens penetratie.

Seksuologische begeleiding
Toepassing van PLISSIT-stappen (Permission, Limited Information, Specific Suggestions), sensate focus zonder penetratiedruk, en cognitieve herstructurering.

Professionele Afbakening & Disclaimer

Dit schema dient ter consultatie en scholing van zorgverleners en vervangt geen individuele medische diagnostiek of gespecialisserd bekkenfysiotherapeutisch onderzoek. Vóór definitieve publicatie dient een formele domein-specifieke seksuologische en medische terminologiecontrole door een bevoegde vakdesskundige plaats te vinden.

Klinische Evaluatie en Aandachtspunten

Locatie & Mobiliteit Litteken
(perineum / introitus):

Spiertonus Bekkenbodem
(rusttonus / ontspanningsvermogen):

Geadviseerde Thuisoefeningen
(massage / sensate focus):

SEKSUALITEIT BIJ EETSTOORNISSEN — ANOREXIA, BOULIMIA EN HYPO-OESTROGENISME

Endocriene en Somatische As-Onderdrukking

Ondervoeding en ernstig energietekort bij anorexia nervosa en boulimia nervosa ontregelen de hypothalame-hypofysaire-gonadale as. Een kritieke daling van het vetweefsel leidt tot deficiëntie van leptine, waardoor de pulsatieve afgifte van GnRH stagneert.

- Hypogonadotroop hypo-oestrogenisme leidt tot vaginale epitheelatrofie en verminderde lubricatie.
- Leptinedaling en cortisolstijging onderdrukken het centrale verlangen (desire) en de subjectieve opwinding.
- Bij boulimia spelen elektrolytenstoornissen, schommelingen in steroïdhormonen en ernstige uitputting een verstorende rol.
- Secundaire dyspareunie en bekkenbodem-hypertonie ontstaan vaak door aversieve reflexen en weefselkwetsbaarheid.

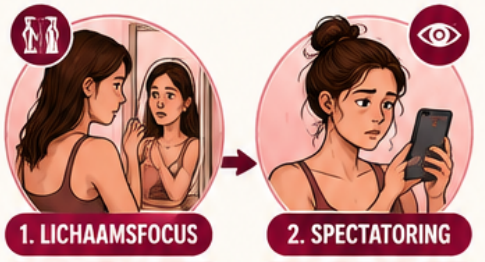
Klinische Onderscheiding

Hypo-oestrogenisme verourzakt primaire somatische lubricatie-problemen, maar het verlies aan seksuele responsviteit wordt virijwel altijd onderhouden door psychogene aversie en cognitieve preoccupatie met lichaamsvormen en gewicht.

Cyclus van Lichaamsaversie, Controle en Seksuele Terugtrekking

In het centrum van de seksuele disfunctie bij eetstoornissen staat een vicieuse interactie tussen dysmorfe lichaamsbeleving, rigiditeit en vermijding van fysieke intimiteit.

- **Lichaamsbewustzijn als bedreiging:** focus op gewicht en afmetingen leidt tot toeschouwers-gedrag ('spectatoring') tijdens intimiteit.
- **Behoefte aan rigide controle:** overgave aan seksuele opwinding botst met de dwingende drang om het lichaam te controleren.
- **Zelfdevaluatie en schaamte:** aversie tegen ontbloting resulteert in het mijden van aanrakingen en actieve partnervermijding.
- **Relationele afstand:** communciatietekort versterkt gevoelens van isolement, wat compulsief eet- of controleergedrag weer intensiveert.



1. LICHAAMSFOCUS

Trigger en Lichaamsfocus
Intieme toenadering triggert automatische gedachten over imperfectie, vetopslag en verlise van controle over het uiterlijk.

2. SPECTATORING

Spectatoring en Angst
Aandacht splitst van erotische sensaties naar zelfevaluatie vanuit een extern observatie-perspectief, met sympathische activatie.

Vicieuze cyclus

4. VERMIJDING

Zelfdevaluatie en Schaamte
Aversie tegen onbbloting resulteert in het mijden van aanrakingen en actieve partnervermijding.

3. RESPONSREMMING

Remming Respons en Vermijding
Opwinding en lubricatie blokkeren; de patient trekt zich fysiek terug of weigert intimitieit om angst te dempen.

Klinische Interventie en Gefaseerd Herstel

Behandeling vereist een interdisciplinaire afstemming waarin somatisch herstel voorafgaat aan of parallel loopt met psychoseksuele interventies conform het PLISSIT-model en cognitieve gedragstherapie.

- **Fase 1 (Biologisch & Educatief):** Normalisatie van voedingstoestand en gewicht ter stimulatie van hormonale as en lubricatie; toelichting via Limited Information (LI).
- **Fase 2 (Sensibilisatie):** Niet-seksuele aanrakingsoefeningen (sensate focus zonder doelgerichtheid) ter vermindering van toeschouwersgedrag.
- **Fase 3 (Cognitief & Relationeel):** Herstructurering van disfunctionele overtuigingen rond lichaamsbeeld, intimiteit en partnercommunicatie.
- **Fase 4 (Integratie & TVP):** Terugvalpreventie rond periodes van somatische schommelingen of verhoogde controlebehoefte.

Disclaimer en Verantwoording

Deze educatieve mindmap vervangt geen medisch specialistisch of psychotherapeutisch behandelplan. Interventies bij eetstoornissen dienen multidisciplinair te worden afgestemd conform de vigerende Zorgstandaarden. Vakspecifieke terminologie dient voor publicatie te worden geverifieerd door een domeindeskundige.

Is er sprake van actief ernstig ondergewicht (kritiek hypo-oestrogenisme) of instabiele elektrolyten?

Ja: Ernstig somatisch risico of acute uithongering

Prioriteer somatische stabilisatie en voedingstherapie. Beperk seksuologische interventie tot 'Permission' en 'Limited Information' over hormonale remming; stel intensieve oefentherapie uit.

Nee: Somatisch stabiel met aanhoudende intimiteitsangst en lichaamsaversie

Start 'Specific Suggestions' met graduele sensate focus, toeschouwersgedrag-afbouw en cognitieve herstructurering conform het multidisciplinaire behandelplan.

SEKSUELE GEZONDHEID EN POLYFARMACIE BIJ KWETSBARE OUDEREN — IATROGENE STAPELING EN INTERACTIES

IATROGENE STAPELING: FARMACODYNAMISCHE EN FARMACOKINETISCHE LAST

Multimorbiditeit bij kwetsbare ouderen leidt veelvuldig tot polyfarmacie (gelijktijdig gebruik van vijf of meer geneesmiddelen). Farmacologische stapeling beïnvloedt de seksuele responscyclus direct via centrale neurotransmitters en perifere vasculaire en autonome mechanismen.

Anticholinerge last:
vermindert genitale vasodilatatie, verlaagt vaginale transsudatie en droogt slijmvliezen uit; draagt bij aan erectiele disfunctie en dyspareunie.

Centrale sedatie:
cumulatief effect van sedatieve psychofarmaca, slaapmedicatie en opioïden leidt tot sedatie, hypoactief seksueel verlangen en verminderde initiatiefkracht.

Cardiovasculaire en metabole middelen:
antihypertensiva (zoals bètablokkers en thiazidediuretica) interfereren met perifere perfusie en autonome innervatie.

Psychotrope interacties:
SSRI's en serotonerge middelen induceren orgasmestoornissen en ejaculatievertraging; neuroleptica met dopomine-antagonisme veroorzaken hyperprolactinemie.

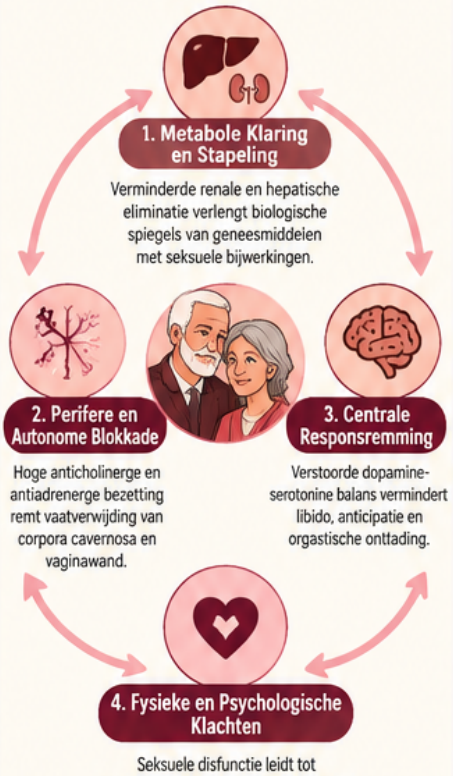
Klinische Disclaimer & Richtlijncontext

Deze educatieve kaart dient als praktijkondersteunend overzicht en vervangt geen individuele medische diagnose of farmacotherapeutisch behandeladvies. Klinische besluitvorming volgt de geautorieeerde Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid. Terminologie en doseringen vereisen toetsing conform actuele lokale formularia.

INTERACTIEMODEL VAN ORGAANFUNCTIE EN METABOLISATIE

Veroudering wijzigt fysiologische reserve en geneesmiddelmetabolisme, waardoor geneesmiddelenspiegels en interactierisico's exponentieel stijgen. De cyclische interactie tussen orgaanverval, veranderde kinetiek en seksuele disfunctie vereist continue farmacovigilantie.

- **Renale klaring:** progressieve afname van glomerulaire filtratie (eGFR) vertraagt uitscheiding van hydrofiele middelen en metaboleiten.
- **Hepatische klaring:** afname van levervolume en fase-I cytochroom P450-enzymcapaciteit (CYP3A4, CYP2D6), leidend tot competitieve metabole remming bij polymedicatie.
- **Verdeling en eiwitbinding:** toename van vetweefsel versus afname van lichaamswater en serumalbumine verlengt de halfwaardetijd van lipofiele psychofarmaca.
- **Autonome dysfunctie en endotheelstijfheid:** verminderde stikstofmonoxide (NO)-beschikbaarheid en verhoogde sympathische tonus limiteren fysiologische opwinding.



GERIATRISCHE MEDICATIESANERING EN KLINISCHE TOEPASSING

Het methodisch verminderen of vervangen van iatrogene veroorzakers herstelt de balans tussen noodzakelijke somatische controle en behoud van seksueel welbevinden. Hierbij wordt aangesloten bij het stapsgewijze PLISSIT-model (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy).

- **Toestemming exploreren (PLISSIT - P):** informeer proactief naar veranderingen in seksualiteit en intimiteit als vast onderdeel van da anannese of medicatiereview.
- **Gerichte psycho-educatie (PLISSIT - LI):** bespreek de invloed van geneesmiddelencombinaties op verlangen, erectie en lubricatie om schaamte en onzekerheid weg te nemen.
- **Medicatiesanering:** pas STOPP/START-criteria toe, verlaag de cumulatieve anticholinerge score (ACB) en overweeg vervanging door seksueel neutrale alternatieven (bijv. ACE-remmers of ARB's in plaats van thiazidediuretica).
- **Specifieke suggesties en verwijzing (PLISSIT - SS/IT):** adviseer niet-farmacologische hulpmiddelen (zoals glijmiddelen) en verwijs bij persisterende problematiek multidisciplinair door naar een seksuoloog NVVS of specialist ouderengeneeskunde.

Professionele Samenwerking
Voer medicatiesanering altijd uit in nauw overleg met de voorschrijvend arts, geriater of openbaar apotheker. Evalueer dosisaanpassingen stapsgewijs.

Totale Anticholinerge Cognitieve Last (ACB-score)

Verdachte Iatrogene Farmaca met Invloed op Seksuele Respons

Overeengekomen Afbouw- of Substitutiestrategie

PLISSIT-Vervolgstappen & Multidisciplinaire Afstemming

Is het staken of substitueren van het seksueel remmende geneesmiddel medisch verantwoord?

Ja, gelijkwaardig alternatief beschikbaar zonder remmend effect
Vervang het agens geleidelijk in overleg met voorschrijver; plan klinische herevaluatie van seksuele functie na 4 tot 6 weken.

Nee, strikt noodzakelijk geneesmiddel zonder veilig alternatief
Bied Limited Information en Specific Suggestions; introduceer compensatoire hulpmiddelen (lubricantia, vacuümpompen, timing rond dosering) en betrek de partner.

INTEGRATIEF BIOPSYCHOSOCIAAL SYNTHESEMODEL

Anamnestische Factorenanalyse: Predisponerend, Luxerend en Onderhoudend

Systematische indeling van biopsychosociale determinanten bij het ontstaan en voortduren van seksuele klachten, conform de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties en de V&VN-richtlijn Seksuele Gezondheid.

- **Predisponerende factoren:** Biologische kwetsbaarheid (neurovasculair, endocrien), vroege negatieve leerervaringen, gehechtheidsproblematiek en rigide religieuze of culturele normen rond seksualiteit.
- **Luxerende factoren:** Recente acute somatische aandoeningen, chirurgische ingrepen, medicatisstart of -wijziging, relationele vertrouwensbreuken, verlieservaringen of acute stressoren.
- **Onderhoudende factoren:** Faalangst, toeschouwersgedrag (spectatoring), vermijdingspatronen, verlies van communicatie over wensen en grenzen, en verhoogde bekkenbodemspanning.

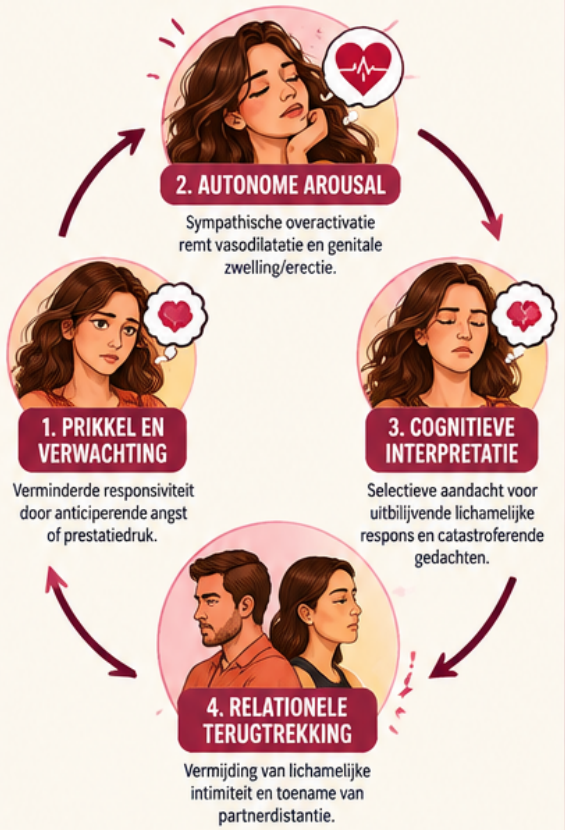
Klinische Differentiatie

Onderzoek altijd of een factor primair somatogeen, psychogeen of interactioneel van aard. Een onderhoudende factor vereist vaak directe interventie voordat diepere predisposities effectief bewerkt kunnen worden.

Cyclisch Synthese- en Procesmodel: De Negatieve Seksuele Interactiecirkel

Procesmatige weergave van de wisselwerking tussen somatische gewaarwordingen, cognitieve interpretaties en relationele dynamiek tijdens seksuele interacties.

- **Fase 1 (Prikkel en Verwachting):** Verminderde kwsponsiviteit door anticiperende angst of prestatiedruk.
- **Fase 2 (Autonome Arousal):** Sympathische overactivatie remt vasodilatatie en genitale zwelling/erectie.
- **Fase 3 (Cognitieve Interpretatie):** Selectieve aandacht voor uitbliijvende lichamelijke respons en catastroferende gedachten.
- **Fase 4 (Relationele Terugtrekking):** Vermijding van lichamelijke intimitieit en toename van partnerdistantie.



Stappenplan voor behandeling

1 — Stap 1: Somatische en Autonome Regulatie

Breng autonome overprikkeling of verhoogde bekkenbodemtonus in kaart en normaliseer fysiologische stressreacties.

2 — Stap 2: Cognitieve Herstructurering

Identificeer disfunctionele automatische gedachten rond prestatie en vervang deze door taakgerichte focus op zintuiglijke sensaties.

3 — Stap 3: Relationele Afstemming

Herstel open partnercommunicatie over seksuele beheeften zonder directe coïtale prestatiedruk via stapsgewijze aanraking.

Stapsgewijze Behandelprioritering en Triage (PLISSIT & Verwijzing)

Bepaling van de behandelvolgorde en juiste echelonnering volgens de Zorgstandaard Seksuele Disfuncties.

- **Permission (P):** Expliciet toestemming geven en proactief bespreekbaar maken van seksueel functioneren in de klinische ontmoeting.
- **Limited Information (LI):** Gerichte psycho-educatie bieden over fysiologie, anatomie en het samenspel tussen stress en seksuele respons.
- **Specific Suggestions (SS):** Doelgerichte gedragsmatige adviezen, waaornder leefstijlaanpassingen en basale sensate focusoefeningen zonder prestatiedoel.
- **Intensive Therapy (IT):** Verwijzing naar een gekwalificeerd seksuoloog NVVS of gespecialiseerde GGZ voor complexe individuele of relationele traumabehandeling.

Klinische Disclaimer & Domeinreview

Deze synthesekaart is ontwikkled als educatief en consultatief hulpmiddel voor zorgprofessionals en vervaagt geen individuele medische of psychiatrische diagnostiek. Vóór eindpublicatie dient domeinspecifieke medische en seksuologische terminologie getoetst te worden door een gekwalificeerd vakesekundige.

Beslisboom: behandelprioriteit

Is er sprake van acute somatische pathologie, medicatie-geinduceerde disfunctie of ernstige psychiatrische comorbiditeit?

Ja (somatische ourraak primair of medicatie-interactie)

Prioriteer somatische diagnostiek, farmacologische evaluatie (bv. arts/ bekkenfysiotherapeut) en bied gelijktijdig psycho-educatie (LI).

Nee (voornamelijk psychogene of relationele instandhouding)

Start met ontspanningsoefeningen, sensate focus (SS) of verwijs door voor gespecialiseerde seksuologische psychotherapie (IT).