



FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Masterproef II neergelegd tot het behalen van de graad van

Promotor:

Copromotor:

Dankwoord

Graag wil ik een aantal mensen bedanken zonder wie deze masterthesis een quasi onmogelijke taak zou geweest zijn.

Ten eerste zou ik graag mijn promotor, dr. Marieke Dewitte, bedanken voor haar constructieve feedback, beschikbaarheid en tijd. Naast de steun op technisch en theoretisch vlak wil ik haar ook bedanken voor de emotionele steun. Een masterthesis schrijven loopt niet altijd van een leien dakje, maar steeds opnieuw wist dr. Dewitte mijn moraal hoog te houden. Ten laatste wil ik haar bedanken voor haar enthousiasme, dit werkte aanstekelijk.

Een zeer speciale dank gaat uit naar mijn ouders, voor het geven van al deze kansen en de oneindige steun. Als laatste wil ik ook mijn vriend Jonas bedanken. Voor zijn liefde, steun en geloof in mij.

Lieselotte Boone

Mei, 2014

Abstract

Ondanks het uitgangspunt van de traditionele modellen dat vrouwen met dyspareunie vermijdingsgedrag vertonen, blijkt uit onderzoek dat er echter vrouwen zijn met dyspareunie, die ondanks de hevige pijn doorgaan met penetratieve seks. Het seksueel zelfconcept blijkt hier een belangrijke determinant in te zijn. Via deze pilot-studie trachtten we een beter inzicht te krijgen in de motivationele rol van het seksueel zelfconcept. Hierbij werd dit construct opgesplitst in het actueel en het ideaal seksueel zelfbeeld en werd de verhouding tussen beide aspecten onderzocht. De metingen gebeurden op zowel het expliciet niveau, via vragenlijsten, als op het impliciet niveau, via de Relational Responding Task. Zowel vrouwen met (N=28) als vrouwen zonder pijn (N=27) namen deel aan het onderzoek. Onze data toonde aan dat het actueel seksueel zelfbeeld lager is bij vrouwen met vaginale pijn dan bij vrouwen zonder vaginale pijn. We vonden geen evidentie voor een hoger ideaal seksueel zelfbeeld bij vrouwen met dyspareunie zoals op voorhand verwacht werd. Bijkomstig werd er binnen de pijngroep gevonden dat het expliciet ideaal seksueel zelfbeeld hoger is dan het expliciet actueel seksueel zelfbeeld. De impliciete metingen toonden echter het tegenovergestelde effect aan: het actueel zelfbeeld is hoger dan het ideaal seksueel zelfbeeld. Daarnaast ging een laag actueel en een hoog ideaal seksueel zelfbeeld, net als een grotere discrepantie tussen het actueel en het ideaal seksueel zelfbeeld, binnen de pijngroep samen met meer negatieve outcomes. De bevindingen in deze studie wijzen erop dat de opsplitsing - actueel versus ideaal zelfconcept - cruciaal is in het begrijpen van de invloed van dit construct op het pijngedrag.

Keywords; dyspareunie, zelfbeeld, actueel, ideaal, RRT, impliciet

Inhoudstafel

Inleiding.....	1
Vaginale pijnstoornissen.....	2
Vaginisme.....	2
Dyspareunie.....	3
Etiologie en in stand houdende factoren.	4
Theoretische modellen.....	6
Algemene verklarende modellen van de seksuele respons.	7
Specifieke modellen voor pijn.....	10
Met het oog op therapie	14
Huidige studie en onderzoekshypotheses	16
Methode.....	20
Deelnemers	20
Materiaal	21
De trials werden ook expliciet gemeten aan de hand van een vragenlijst waarbij de vrouwen deze moesten scoren op een puntenschaal.	24
Procedure	24
Resultaten	26
Verskil in seksuele correlaten tussen vrouwen met en zonder pijn	26
Verskil in seksueel zelfbeeld tussen vrouwen met en zonder pijn.....	27
Vergelijking tussen actueel en ideaal zelfbeeld voor beide groepen	28
Correlaties tussen actueel en ideaal zelfbeeld voor beide groepen.....	29
Binnen de pijngroep.	30
Binnen de niet-pijngroep.....	31

Correlaties tussen de discrepantie actueel-ideaal seksueel zelfbeeld en de seksuele correlaten.	31
Binnen de pijngroep.	32
Binnen de niet-pijngroep.	32
Discussie.....	33
Doelstelling.....	33
Bespreking resultaten.....	34
Verskil in seksuele correlaten tussen vrouwen met en zonder pijn.....	34
Verskil in seksueel zelfbeeld tussen vrouwen met en zonder pijn.	35
Vergelijking tussen actueel en ideaal zelfbeeld voor beide groepen.	36
Correlaties tussen actueel en ideaal zelfbeeld voor beide groepen	37
Correlaties tussen het seksueel zelfbeeld en de seksuele correlaten voor beide groepen.	38
Correlaties tussen de discrepantie actueel-ideaal seksueel zelfbeeld en de seksuele correlaten.....	39
Beperkingen en sterktes van de studie	39
Implicaties voor de praktijk	40
Implicaties voor toekomstig onderzoek	40
Algemene conclusie.....	42
Referenties	44

LIJST VAN TABELLEN

Tabel 1	Groepsgemiddelden en standaarddeviaties voor de demografische en pijnvariabelen tussen vrouwen met en zonder pijn	p.21
Tabel 2	Groepsgemiddelden en standaarddeviaties voor de seksuele correlaten tussen vrouwen met en zonder pijn	p.27
Tabel 3	Groepsgemiddelden en standaarddeviaties voor het seksuele zelfbeeld tussen vrouwen met en zonder pijn	p.28

LIJST VAN FIGUREN

Figuur 1	Model van een seksuele respons (naar Masters, Johnson, & Kaplan)	p.8
Figuur 2	Seksuele responscyclus in relatie tot DSM-IV (overgenomen van Derogatis en Conklin-Powers, 1998)	p.8
Figuur 3	Informatieverwerkingsmodel (Naar Janssen, Everaerd, Spiering, & Janssen, 2000)	p.9
Figuur 4	Angst-pijn cirkel dyspareunie (Spano & Lamont, 1975)	p.11
Figuur 5	Fear Avoidance Model (Vlaeyens & Linton, 2000)	p.13

Inleiding

Seksualiteit maakt een groot deel uit van een mensenleven. Niet alleen draagt het bij tot de menselijke levenscyclus via de voortplanting, maar seksualiteit speelt ook een grote rol in het relationeel welzijn. Doordat het taboe rond seks nog maar de laatste decennia verdwenen is, blijven er nog veel onduidelijkheden heersen. Zo ook omtrent de problemen die ermee gepaard gaan. Veel voorkomende seksuele problemen bij vrouwen zijn vaginisme en dyspareunie. Hoewel er een aantal studies zijn die de etiologie en de in stand houdende processen hiervan proberen te achterhalen, zijn deze fenomenen over het algemeen nog maar beperkt onderzocht. Aanvankelijk ging men uit van een biologisch standpunt, daarna nam men steeds meer een psychosociaal perspectief aan. Vanuit dit perspectief is er een nieuwe wetenschappelijke stroom die meer oog heeft voor de motivationele processen achter de pijnproblemen. Het onderzoek naar deze factoren vertrekt voornamelijk vanuit het Fear Avoidance Model (Vlaeyen & Linton, 2000). Deze gaat ervan uit dat een zelfonderhoudende vicieuze cirkel gevormd wordt die uiteindelijk resulteert in vermijdingsgedrag. Uit onderzoek blijkt echter dat vrouwen met dyspareunie ondanks de hevige pijn doorgaan met penetratieve seks (De Jong, 1995). De centrale vraag is welke motivationele processen deze vrouwen drijven. Een mogelijke verklaring is het seksueel zelfconcept. Het seksueel zelfconcept is één van de meest onderzochte onderwerpen binnen verschillende psychologische stromingen. Binnen de wetenschap is onderzoek naar het zelfconcept onlosmakelijk verbonden met zelf-schema's, i.e. cognitieve representaties van inter-persoonlijke aspecten die men over zichzelf heeft. Zelf-schema's zijn multi-gedetermineerd waarbij de verschillende zelfschema's vasthangen aan de diverse rollen die mensen vervullen in het dagelijkse leven (Andersen & Cyranowski, 1994). In deze pilot-studie wordt er verder ingegaan op het seksueel zelfconcept/zelf-schema en bijgevolg de rol als seksueel actieve vrouw. Men maakt generalisaties van seksuele aspecten over zichzelf die de verwerking van seksuele relevante informatie gaan sturen en seksueel gedrag, gedachten en gevoelens zullen reguleren op zowel intra- als inter-persoonlijk niveau. Onderzoek toonde dit ook aan (Andersen & Cyranowsky, 1994). De mate waarin deze vrouwen zich sexy, vrouwelijk en aantrekkelijk voelen, kan dus mogelijks een belangrijke regulator zijn in het pijngedrag en kan mogelijks de link met pijn helpen verklaren. Dit algemeen

construct wordt in deze studie opgesplitst in het actueel seksueel zelfbeeld en het ideaal seksueel zelfbeeld. Waar het actueel zelfbeeld verwijst naar hoe men zichzelf ziet, duidt het ideaal zelfbeeld op de representatie van eigenschappen die een persoon graag zou hebben. Zentner en Renaus (2007) gaan ervan uit dat het ideaal zelfbeeld toekomstig gedrag gaat gaan bepalen en dat het fungeert als een meetstaf voor het actueel zelfbeeld.

Vaginale pijnstoornissen

Deze vaginale pijnstoornissen betreffen vaginisme en dyspareunie (die zich manifesteert in het Vulvaire Vestibulitis Syndroom).

Vaginisme.

Vaginisme kan gedefinieerd worden als een persisterende moeilijkheid om vaginale toegang van een penis, vinger en/of object toe te laten, dit ondanks de wens van de vrouw dit wel te doen (Basson et al, 2003). Over het algemeen is er nog maar weinig geweten omtrent deze stoornis.

Volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (APA, 2000) is de meest typerende eigenschap van vaginisme de vaginale stuip trekking. Echter, door een gebrek aan validiteit en betrouwbaarheid van de meting van vaginale spasmen en door de tegenstrijdige wetenschappelijke bevindingen, is dit gegeven reeds fel bekritiseerd. Dit loopt parallel met de bevinding dat er binnen de praktijk geen grote diagnostische overeenkomst is tussen de patiënten onderling. Aangezien dit het enige kenmerk is waardoor vaginisme zich binnen de DSM IV (APA, 2000) onderscheidt van de andere seksuele pijnstoornissen, wordt ook de gehele stoornis in vraag gesteld (Reissing, Binik, Khalife, Cohen, & Amsel, 2004). Men slaagt er bijgevolg niet in om een consensus te bereiken omtrent de validiteit van de hedendaagse definitie van vaginisme.

Uit een onderzoek van Reissing en collega's (2004) bleek er overtuigende evidentie dat de stuiptrekkings-gebaseerde definitie van vaginisme inderdaad niet adequaat is. Vrees voor pijn, bodembekken-spier dysfunctie en gedragsmatige vermijding moeten echter betrokken worden bij de conceptualisatie van deze stoornis (cf. infra).

Dyspareunie.

Een ander veel voorkomende seksuele pijnstoornis, is dyspareunie. In de poliklinische praktijk zou één op vijf vrouwen onder de leeftijd van 30 lijden aan dyspareunie (Laumann, Gagnon, Michaci, & Michaels, 1999). Dyspareunie wordt gedefinieerd als een terugkerende, persisterende pijn tijdens seksuele activiteiten. Dit omvat zowel vaginale penetratie als tactiele stimulatie van de vulva en de vestibule (DSM 2000). Wanneer men de focus richt op de voltallige bevolking zou de prevalentie meer neigen naar 6% (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). De impact is niet te overzien, zowel het seksueel als psychosociaal functioneren van de getroffen vrouwen lijdt ernstig onder de pijnstoornis (Meana, Binik, Khalife, & Cohen, 1997).

Een onderscheid wordt gemaakt tussen diepe en oppervlakkige dyspareunie. Diepe dyspareunie is een stekende, doffe pijn die vrouwen ervaren dieper in de vagina bij het doorstoten van de penis. Vrouwen die last hebben van oppervlakkige dyspareunie worden een branderig gevoel gewaar, dit vooral bij het binnengaan van de penis in de vagina. De meest voorkomende vorm van dyspareunie is het oppervlakkige Vulvair Vestibulitis Syndroom (VVS) (Meana, Binik, Khalife, & Cohen, 1997). De prevalentie bedraagt maar liefst 12% van de algemene bevolking (Harlow & Steward, 2003). VVS wordt gekenmerkt door een residerende, brandende, snijdende pijn tijdens de seksuele betrekking. Dit ontstaat door penetratie of druk op de vulvaire vestibule (Friedrich, 1987). Hoewel dit een aanzienlijke groep is, stellen we vast dat het onderzoek nog beperkt blijft.

Binnen de vorige editie van de DSM (cf. DSM IV) (APA, 2000) werden zowel vaginisme als dyspareunie gecatalogeerd als seksuele pijnstoornissen. Het grootste verschil tussen beide stoornissen is dat er bij vaginisme – in tegenstelling tot

dyspareunie (met o.a. VVS) – geen seksuele betrekking meer mogelijk was (Reissing, Binik, Khalifé, Cohen, & Amsel, 2003). Het bleef echter zeer moeilijk om de twee stoornissen te onderscheiden waardoor dit bijkomstige gevolgen had voor zowel het wetenschappelijke veld als de klinische praktijk. Vooreerst slaagden wetenschappelijke onderzoekers er niet in om een duidelijk onderscheid te definiëren tussen beide stoornissen (Cherner & Reissing, 2013), terwijl er in de klinische praktijk heel wat verwarring heerste (en nog steeds heerst) bij het diagnosticeren. Binik (2010) stelde bijgevolg een andere classificatie voor, waarop de American Psychiatric Association ingegaan is. Daarom zijn in de huidige – recent uitgekomen – editie van de DSM (cf. DSM V) (APA, 2013) beide stoornissen gecombineerd onder het “genitale-bekkenbodempijn/penetratie stoornis”(GPPD) waarbij aan andere criteria moet voldaan worden. Deze evolutie roept heel wat kritiek op gezien veel professionals toch verschillende symptomen merken bij vaginisme en dyspareunie (Sungur & Gunduz, 2013). In het verleden opteerden sommige onderzoekers (e.g. Binik et al., 2002) om vaginisme en dyspareunie te beschouwen als een pijnstoornis die gekarakteriseerd is door pijn, eerder dan de relatie met seksualiteit te benadrukken (Meana, Binik, Khalifé, & Cohen, 1997).

Etiologie en in stand houdende factoren.

De speculaties rond de etiologie/in stand houdende factoren van vrouwelijke seksuele pijnstoornissen kent een lange geschiedenis. Verschillende pistes zijn in het verleden reeds verkend en verlaten geweest. Vandaag de dag wordt dyspareunie beschouwd als een multifactorieel fenomeen waarbij zowel biologische, psychologische als sociale factoren een rol spelen.

In de beginjaren werd voor zowel dyspareunie (met VVS) als vaginisme vooral gezocht naar biologische, etiologische markers. Zo vonden onderzoekers dat voor dyspareunie genitale infecties zoals o.a. candidiasis, herpes, bacteriële vaginosis en het Human Papilloma Virus (HPV) mogelijks aan de grondslag kunnen liggen. Bij het HPV is geen etiologische causaliteit vastgesteld, maar HPV veroorzaakt wel condylomas en

chronische irritaties wat op hun beurt kunnen leiden tot de ontwikkeling van dyspareunie. Ook ontstekingen (zoals lichen sclerosus en lichen planus), hormonale invloeden (o.a. een auto-immuun systeem reactie op corticale steroïden, oestrogeen deficiëntie bij post-menopausale vrouwen die zorgt voor vulvovaginae atrophy) en genetische voorbestemdheid (meer bepaald polymorfisme van de genen) kunnen een mogelijke trigger vormen. Één derde van de vrouwen die besneden waren, meldde klachten van dyspareunie (Van Lankveld et al., 2010).

Naarmate de wetenschap meer inzicht verwierf in deze seksuele pijnstoornissen, constateerden onderzoekers dat psychosociale factoren ook een groot aandeel hadden in de verklaarde variantie (Meana, Binik, Khalife, & Cohen, 1997). Het is onduidelijk of deze factoren werkelijk aan de basis lagen of oorspronkelijke neveneffecten waren die later zouden evolueren naar in stand houdende factoren. Wel is duidelijk dat ze hoe dan ook bijdragen tot het ontstaan van een negatieve vicieuze cirkel (cf. infra).

De onderzochte psychosociale factoren die een mogelijke invloed hebben op VVS zijn ondertussen talrijk. Bij de voornaamste horen e.g. depressie (Lundqvist & Bergdahl, 2003) en angst-trekken (Payne et al, 2005) waarbij voor beide een positieve correlatie werd gevonden. Focussend op persoonlijkheidstrekken zien we dat vrouwen met VVS voorzichtiger zijn, gevaar-vermijding gaan vertonen, dat ze beloningsafhankelijker en minder zelfgericht zijn (i.e. de tendens om gebeurtenissen te attribueren aan externe oorzaken buiten hun eigen controle) (Lundqvist & Bergdahl, 2005) (Brotto, Basson, & Gehring, 2003). Ook catastoferen (i.e. de tendens om negatieve gedachten en gevoelens omtrent de mening van pijn uit te vergroten), hypervigilantie (i.e. de focus komt volledig te liggen op de mogelijke lichamelijke pijn-gewaarwording) en vrees voor pijn m.b.t. stoornisgerelateerde kwesties werden onder de loep genomen en bleken frequenter voor te komen (zie verder onder modellen) (Brauer, Laan, & ter Kuile, 2006). Vrouwen met VVS blijken over het algemeen ook een hoger niveau van erotofobie (i.e. seksuele aversie) te hebben en een lager niveau van seksueel plezier te ervaren (Brauer, Laan, & ter Kuile, 2006). Studies die vrouwen met oppervlakkige dyspareunie als subject hadden maar waar geen diagnostische criteria gebruikt werden om VVS te bepalen, bleken over de grote lijnen dezelfde uitkomsten te hebben,

uitgezonderd dat deze vrouwen meer klachten hadden aangaande hun relatie (Van Lankveld et al., 2010).

Uit onderzoek naar vaginisme blijkt het depressiepercentage niet groter te zijn dan bij de klinische groep. Angststoornissen kwamen wél frequenter voor (van Lankveld & Grotjohann, 2000). Wat ook uitgebreid onderzocht is, is de link tussen de traumatische voorgeschiedenis en vaginisme. Echter, de conclusies waren niet eenduidig. Dit is te wijten aan het feit dat de prevalentie van een posttraumatisch stress-stoornis niet gevonden of onderzocht werd (Van Lankveld et al., 2010). De rol van angst in de etiologie van vaginisme levert eveneens tegenstrijdige bevindingen op (Van Lankveld et al., 2010).

Momenteel verkent het onderzoek naar de psychosociale beïnvloedende factoren nieuwe horizonten, waarbij vooral naar maladaptieve pijn-gerelateerde motivationele gedachten en gedragingen wordt gekeken (Dewitte, Van Lankveld, & Crombez 2010). Hierbij worden niet enkel de directe effecten van pijn op het pijngedrag van naderbij bestudeerd maar komen de achterliggende mechanismen die de link helpen verklaren tussen de pijn en de seksuele activiteit ook meer aan het licht. De focus ligt hier meer op het achterhalen van de in stand houdende factoren van het probleem, eerder dan de etiologische factoren. Eens de wetenschappelijke literatuur een consensus bereikt, kan dit enorme implicaties hebben voor de klinische praktijk, aangezien de focus binnen de therapie zou verschuiven. Met het oog op het optimaliseren van het seksueel functioneren zou men niet louter de cognitieve gedragingen aanpakken (die de vrees en angst gaan reduceren), maar de psychosociale betekenis van de seksuele stimulatie proberen te achterhalen voor de vrouw in kwestie.

Theoretische modellen

Twee soorten modellen worden hierbij naar voor geschoven. Ten eerste zijn er de modellen die de seksuele respons in het algemeen proberen te verklaren. Deze zijn later geassocieerd met seksuele pijnen die op de verschillende processen van deze modellen inwerken. Ten tweede worden de specifieke modellen voor pijn beschreven.

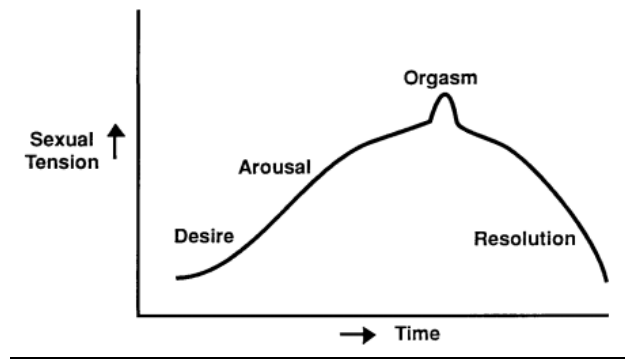
Algemene verklarende modellen van de seksuele respons.

In dit onderdeel worden 2 modellen besproken: de seksuele respons cyclus en de informatieverwerkingsmodellen. Het eerste model richt zich specifiek op de fysische responsen die gepaard gaan met seksuele stimulatie. Het tweede model is een verfijning van eerdere modellen rond seksualiteit en legt meer nadruk op de tussenliggende processen tussen de stimulus en de respons.

Seksuele Respons Cyclus.

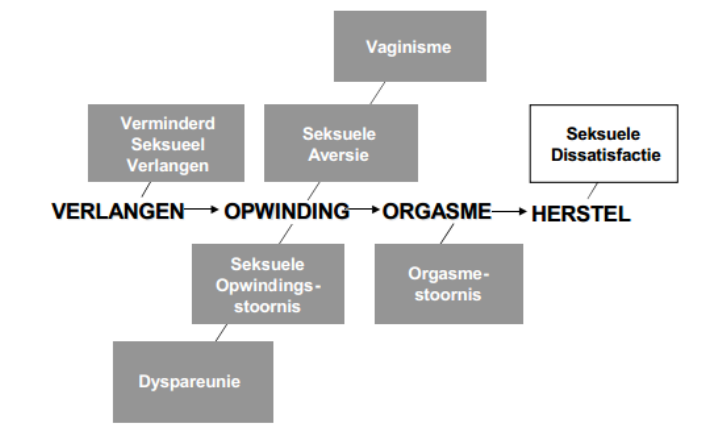
De seksuele respons cyclus (Masters & Johnson, 1966) is een model die opgebouwd is uit vier stadia van fysische responsen die gepaard gaan met seksuele stimulatie. De eerste fase is de opwindingsfase. Deze komt tot stand bij het waarnemen van fysische of mentale erotische stimuli. Gedurende deze fase bereidt het lichaam zich voor op eventuele seksuele betrekking. De tweede fase - de plateaufase - is de periode van seksuele opwinding die vooraf gaat aan het orgasme. Beide seksen krijgen in deze fase een versnelde bloedsomloop, een verhoogde hartslag, gaan meer transpireren en beginnen te vocaliseren. De derde fase gaat gepaard met het verkrijgen van een orgasme. Hierbij worden de lagere bekkenbodemspieren samengetrokken. Vrouwen ervaren ook contracties van de baarmoederhals en de vagina. De resolutie fase wordt beschouwd als de laatste fase binnen dit proces. Dit is de rustfase na het orgasme waarbij de spieren weer ontspannen, de bloeddruk weer daalt en het lichaam bekommt van zijn opgewonden gevoel.

Later pleitte Kaplan (1979) voor een model waarbij de invloed van psychologische, emotionele en cognitieve factoren in de verf werden gezet aan de hand van een nieuwe, onafhankelijke fase: de verlangenfase, die de opwindings- en orgastische fase voorafgaat. Figuur 1 geeft dit model weer.



Figuur 1. Model van een seksuele respons (naar Masters, Johnson & Kaplan).

Seksuele dysfuncties werden volgens de DSM-IV (APA, 2000) gekarakteriseerd door een inhibitie of remming van fysiologische veranderingen die typerend zijn voor de stadia binnen dit model. Derogatis en Conklin-Powers (1998) vonden dat vaginisme en dyspareunie vooral geassocieerd zijn met verstoringen in de opwindingsfase (zie fig. 2). Een studie van de Jong, Ramakers, & van Lunsen (1998) toonde aan dat een opwindingsstoornis inderdaad aan de basis kan liggen van VVS. Figuur 2 verduidelijkt dit model.

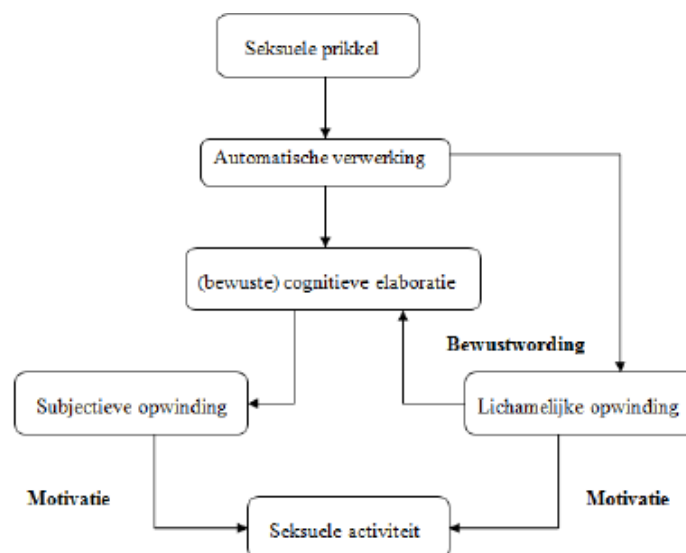


Figuur 2. Seksuele responscyclus in relatie tot DSM-IV (overgenomen van Derogatis en Conklin-Powers, 1998).

Informatieverwerkingsmodellen.

Het informatieverwerkingsmodel is een verfijning van eerdere modellen rond seksualiteit. Het kan een grote hulp bieden in het verklaren van de achterliggende mechanismen (i.e. cognitieve en motivationele processen) die ervoor zorgen dat pijn interfereert met verschillende seksuele processen. Binnen de informatieverwerking wordt een onderscheid gemaakt tussen automatische processen (die buiten het bewustzijn plaatsvinden en niet gecontroleerd kunnen worden) en bewuste processen (die binnen het bewustzijn plaatsvinden en bijgevolg gecontroleerd kunnen worden).

Het model neemt aan dat wanneer stimuli worden waargenomen, men die als seksueel betekenisvol (positief/negatief) gaat evalueren, waardoor de genitale opwinding automatisch wordt uitgelokt. Wanneer dit tot het bewustzijn doordringt, zal men die stimuli en hun context verder gaan verwerken. Op dit moment komen de motivationele processen op gang. Indien de stimuli en hun context positief geëvalueerd worden, kan dit de motivatie aanwakkeren om tot de seksuele betrekking over te gaan. Indien deze evaluatie negatief is, verkrijgt men het tegenovergestelde effect waarbij men de seksuele activiteiten mijdt (Janssen, Everaerd, Spiering, & Janssen, 2000). Figuur 3 geeft dit model weer.



Figuur 3. Informatieverwerkingsmodel (naar Janssen, Everaerd, Spiering, & Janssen, 2000)

Uit onderzoek komt naar voor dat de vrees voor pijn en hypervigilantie gaan interfereren met deze processen (Jodoin et al., 2008). Dit zou het geval zijn bij vrouwen met VVS. Zo zouden ze minder aandacht schenken aan de positieve, opwindende stimuli waardoor genitale en subjectieve seksuele opwinding uitblijven. Ook is het mogelijk dat ze verwachten dat de seksuele stimuli negatief zullen zijn en hierdoor deze zullen gaan vermijden waardoor hetzelfde effect optreedt (Payne et al., 2005).

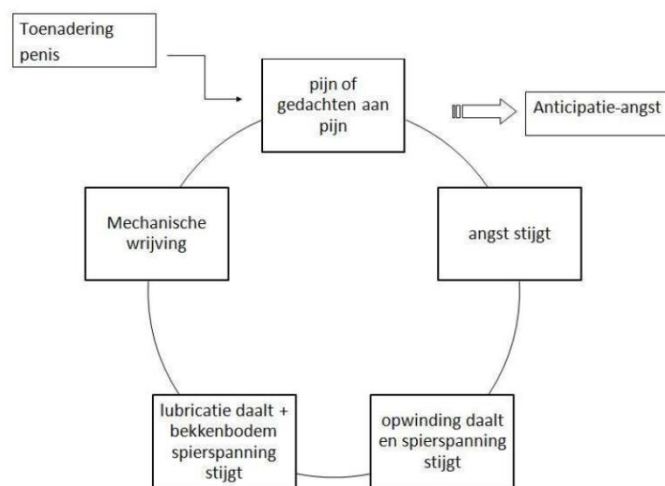
Veel studies die peilen naar de bewuste verwerkingsprocessen (aan de hand van vragenlijsten en gestructureerde interviews) bevestigen de impact van vrees voor pijn, negatieve verwachtingen rond seks, catastroferen en lage opwinding (Desrochers, Bergeron, Landry, & Jodoin, 2008). Daarnaast werden ook de onbewuste verwerkingsprocessen zoals aandacht en motivatie onder de loep genomen. Dit kan mogelijk gemaakt worden door impliciete metingen. Hiermee werd al aangetoond dat vrouwen met dyspareunie meer hypervigilantie vertonen voor pijn-gerelateerde informatie (Payne, Binik, Amsel, & Khalifé, 2005). Wat niet werd bewezen en toch theoretisch belangrijk is, is dat dyspareunie zou gecorreleerd zijn met een negatieve automatische evaluatie van seksuele stimuli. Seksuele stimuli werden zelfs even positief geëvalueerd door vrouwen met en zonder dyspareunie (Brauer et al., 2009). Wel vond men via zelfrapportage dat vrouwen met dyspareunie seksuele stimuli negatiever gingen evalueren.

Specifieke modellen voor pijn

Drie specifieke modellen voor pijn komen aan bod. Als eerste wordt de angst-pijn cirkel van Spano en Lamont (1975) toegelicht. Dit model is specifiek ontwikkeld t.a.v. dyspareunie. Waar de angst-pijn cirkel het psychologische aspect – angst, dat een centrale plaats inneemt - aanvult met fysische invloeden waardoor de pijn toeneemt, staan bij het tweede model dat aangehaald wordt, het Fear-Avoidance Model (Vlaeyen & Linton, 2000), meer psychische aspecten centraal. Dit model komt oorspronkelijk voort uit het onderzoek naar chronische pijn en werd later toegepast op vaginale pijn. Als laatste wordt een zeer recente, invloedrijke prediktor voor chronische pijn besproken, namelijk Self-Efficacy ((Foster, Thomas, Bishop, Dunn, & Main, 2010).

Angst-pijn cirkel.

Het model van Spano en Lamont (1975) is specifiek ontwikkeld t.a.v. dyspareunie. Het beschrijft een vicieuze cirkel waarbij vrees en angst voor pijn wordt uitgelokt door de pijn die ervaren wordt tijdens de seksuele betrekking, dewelke vervolgens leidt tot een inhibitie van genitale opwinding. Op zijn beurt brengt dit vaginale droogte en spanning van de bekkenbodemspier met zich mee waardoor er fysische en mechanische wrijving ontstaat bij penetratie. Dit zorgt uiteindelijk voor een toename van de pijn. Uiteindelijk kan dit resulteren in vermijding van seksuele activiteit om aldus pijn te ontwijken. Figuur 4 verduidelijkt dit circulair model.



Figuur 4. Angst-pijn cirkel dyspareunie (Spano & Lamont, 1975)

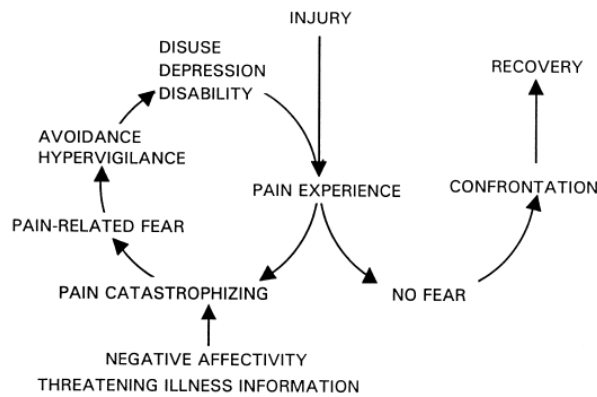
Dit model werd in het verleden al bevestigd door verschillende onderzoeken. Uit studies kwam naar voor dat vrouwen inderdaad spanning van de bekkenbodemspier vertonen bij het zien van bedreigende seksuele stimuli (Van der Velde, Laan, & Everaerd, 2001) en een verminderde genitale opwinding ervaren bij het toedienen van pijnprikkels (Brauer, ter Kuile, Laan, & Everaerd, 2009).

Uit een studie van Rellini en collega's (2005) bleek echter dat vrouwen met dyspareunie in het algemeen niet significant minder genitale respons vertoonden t.a.v. seksuele prikkels in vergelijking met gezonde vrouwen. Wel rapporteerden ze minder subjectieve

seksuele opwinding. Men kan hieruit concluderen dat er een discrepantie moet zijn tussen de fysische en de psychologische seksuele opwinding.

Fear Avoidance Model (FAM).

Verwant met voorgaande is het Fear Avoidance Model (Vlaeyen & Linton, 2000). Het fear-avoidance model (FAM) is zeer invloedrijk binnen de literatuur rond cognitieve-gedragsmatige theorieën van chronische pijn. Pas later werd dit model toegepast op seksuele pijn. Het model beschrijft net evenals een vicieuze cirkel waarbij pijn overslaat in een pijn-gerelateerde disfunctie. Een eenvoudige kwetsuur kan aan de basis liggen van een pijn-ervaring. Deze pijn-ervaring zal niet noodzakelijk leiden tot het vermijden ervan. Het vervolg van het gehele proces wordt bepaald door het al dan niet catastroferen. Catastroferen is meestal de volgende stap waarbij de pijn als bedreigend ervaren wordt. Dit catastroferen leidt tot angst en vrees voor de pijn wat op zijn beurt weer zal leiden tot hypervigilantie. Het vermijden van de pijn-situatie als laatste, aaneensluitende schakel, heeft als gevolg dat deze overtuigingen nooit uitgedaagd worden. Deze fear-avoidance sequentie wordt gezien als het zogenaamd deconditionerings-syndroom. Wanneer vrouwen gevangen geraken in dit circulair denken, ondervinden zij al snel de gevolgen, zoals een seksuele beperking (met oa. verminderde seksuele opwinding, vaginale droogte, spanning van de bodembekkenpier,...) of depressieve gevoelens. Ook dit kan bijdragen tot het versterken van de cirkel, waarbij men mogelijks nog meer pijn ervaart tijdens de confrontatie met seksuele betrekking. Figuur 5 geeft dit model weer.



Figuur 5. Fear Avoidance Model (Vlaeyens & Linton, 2000)

Met het oog op VVS en vaginisme werden de aspecten van dit model al meerdere keren van dichtbij bestudeerd. Desrochers en collega's (2009) toonde aan dat hogere scores op catastroferen geassocieerd zijn met een toename van vaginale pijn bij vrouwen met VVS. Vrees voor pijn kwam daarentegen niet als onafhankelijke predictor van VVS uit de studie naar voren. Een studie van Gordon en collega's (2003) gaf aan dat een verminderde frequentie van seksuele betrekking (i.e. vermijding) veel voorkomt bij vrouwen met VVS. Deze bevinding strookt met een studie van Borg en collega's (2011) waarin ook vrouwen met vaginisme werden opgenomen. De studie wees uit dat zij seks nog meer gingen vermijden dan vrouwen met dyspareunie.

Self-efficacy.

Naast de bovenstaande modellen hebben onderzoekers nu ook een andere invloedrijke predictor van chronische pijn gevonden (Foster, Thomas, Bishop, Dunn, & Main, 2010): namelijk self-efficacy. Self-efficacy wordt gezien als de mate waarin een persoon het gevoel heeft dat hij/zij kan omgaan met moeilijke situaties. In het geval van dyspareunie betreffen deze moeilijke situaties chronische vaginale pijn. Dyspareunie zou toenemen naargelang vrouwen een laag niveau van self-efficacy hebben, waardoor vermijding kan plaatsvinden.

Een studie van Desrochers en collega's (2009) heeft zich toegespitst op het toepassen van deze twee modellen (cf. FAM en self-efficacy) op VVS. Ze vonden dat een hogere score op catastroferen, vrees voor pijn en hypervigilantie gecombineerd met een lagere score op self-efficacy gecorreleerd waren met een hoger niveau van dyspareunie en een lager niveau van seksueel functioneren.

Met het oog op therapie

Alle beschreven modellen dragen hun steentje bij tot de theoretische kennis. De bovenstaande modellen die elk trachten dyspareunie te verklaren geven één voor één weer hoe de vaginale pijn mogelijks tot stand kan komen, blijven of verergeren. Veelal wordt de seksuele betrekking hierdoor vermeden (dit in overeenkomst met de FAM). Dit heeft gunstige gevolgen op een korte termijn maar eerder ongunstige op een lange termijn, aangezien de angst en pijn onderhouden worden.

Deze kennis is logischerwijs naar de praktijk toe vertaald onder de vorm van cognitieve-gedragstherapie (ter Kuile et al., 2006). De opzet van CGT is om seksuele vermijding tegen te gaan (e.g. tot seksuele betrekking overgaan) via geleidelijke blootstelling aan de gevreesde pijnsituatie. Men probeert negatieve cognitieve-affectieve emoties uit te dagen en vervolgens te bewerken om op die manier uit de negatieve vicieuze FA-cirkel te geraken. Er kan ook gewerkt worden aan een mogelijke toename/stimulatie van self-efficacy waardoor men gelooft in de eigen mogelijkheden om seksuele activiteit mogelijk te maken.

Hoewel het fear-avoidance model voorspelt dat vrouwen met seksuele pijn seks zouden vermijden, blijkt dat sommige vrouwen met dyspareunie tot seksuele penetratieve betrekking overgaan ondanks de hevige pijn (De Jong, 1995). Hierdoor moeten we de verschillende theorieën in een ander licht gaan plaatsen. Men mag er niet automatisch van uitgaan dat vaginale pijn gepaard gaat met vermijding. De getroffen vrouwen verbreken zelf de vicieuze FA-cirkel, ondanks hun vrees, angst en hypervigilantie. We kunnen ons de vraag stellen wat een vrouw met VVS hiertoe leidt. Verschillende factoren kunnen hiertoe bijdragen.

Zoals eerder aangegeven brengt een laag niveau van self-efficacy een toename van dyspareunie en vermijding met zich mee (Desrochers et al, 2009). Een hoog niveau van self-efficacy gaat samen met o.a. het gevoel meer controle te hebben over de pijn en in staat te zijn om nog deel te nemen aan zelfgekozen activiteiten ondanks de pijn (Foster et al, 2010). Vrouwen met dyspareunie en een hoog niveau van self-efficacy zouden dus ondanks de vaginale pijn tijdens de penetratie, toch nog de seksuele daad kunnen aanvatten en verder zetten.

Andere verklaringen kunnen uitgaan van relationele, inter-persoonlijke doelen. Deze motivationele processen geven het belang aan van een inter-persoonlijke visie binnen het onderzoek naar dyspareunie. Het relationele vlak, met de complexe inter-persoonlijke dynamieken, kan een mogelijke verklaring bieden voor het persistentiegedrag van vrouwen met pijn. Zo kunnen er bij de vrouwen met dyspareunie schuldgevoelens heersen t.o.v. hun partners. Uit deze beweegreden gaan vrouwen met dyspareunie mogelijks proberen in te gaan op de seksuele noden van hun partners om hen te bevredigen, niet teleur te stellen of kwaad te maken. Ze kunnen bang zijn dat hun relatie mogelijks schade kan ondervinden door hun pijnprobleem (Elmerstig et al, 2008).

Ook intra-persoonlijke verklaringen kunnen naar voor geschoven worden. Seks kan door vrouwen met dyspareunie gezien worden als intimiteit waarnaar ze wel nog verlangen. Dit kan een drijfveer zijn om ondanks de pijn toch seks te hebben (Basson, 2000). Een andere mogelijke verklaring is de invloed van het zelfvertrouwen van de getroffen vrouwen. Vrouwen met VVS bleken in het algemeen minder zelfvertrouwen te hebben dan vrouwen zonder VVS (Lundqvist, & Bergdahl, 2005). Een hoog zelfvertrouwen kan voor vrouwen met dyspareunie een beweegreden zijn om seks niet uit de weg te gaan. Een ander aspect, wat nauw samenhangt met het zelfvertrouwen en waar dit onderzoek verder op ingaat, is het seksueel zelf-schema. Sommige vrouwen met vaginale pijn willen ondanks de pijn het positieve beeld van zichzelf als een normaal, seksueel aantrekkelijke vrouw voor zichzelf proberen te behouden (Dewitte, Van Lankveld, & Crombez, 2010) en willen hierdoor seksueel actief blijven.

Toch is dit uitzonderlijk en bleek uit een onderzoek van Gates en Galask (2001) dat vrouwen met VVS significant minder zelfwaarde¹ hebben dan vrouwen die geen pijn ervaren tijdens seks. De causale invloeden tussen beide factoren zijn nog niet duidelijk. Is het lage seksueel zelfbeeld een trigger voor een vaginale pijnstoornis, wat dan leidt tot het vermijden van seksuele betrekking of is een laag seksueel zelfbeeld het gevolg van een pijnstoornis en een versterkende reden om seksuele betrekking te vermijden?

Kortom, de mate waarin men zichzelf sexy, aantrekkelijk, vrouwelijk en seksueel competent voelt, blijkt een belangrijke determinant te zijn voor het seksueel pijngedrag en kan mogelijks de link met pijn helpen verklaren. Deze bevindingen zijn in overeenkomst met het eerder genoemd onderzoek van Andersen en Cyranowsky (1994), dat aangeeft dat generalisaties van seksuele aspecten over zichzelf de verwerking van seksuele relevante informatie gaan sturen en belangrijke regulatoren zijn voor seksueel gedrag, gedachten en gevoelens op zowel intra- als inter-persoonlijk niveau.

Huidige studie en onderzoekshypotheses

Om het seksueel gedrag van patiënten met dyspareunie beter te begrijpen is het opportuun om te onderzoeken hoe het zelfconcept bij vrouwen met dyspareunie is opgebouwd. Via deze pilot-studie hopen we dan ook een beter inzicht te krijgen op de motivationele rol van het seksueel zelfbeeld. Hiervoor werd dit algemeen construct opgesplitst in het actueel seksueel zelfbeeld en het ideaal seksueel zelfbeeld. De eerder genoemde studie van Gates en Galask (2001) onderzocht vermoedelijk de actuele zelfwaarde van vrouwen met vaginisme. Dit bleek lager te zijn dan dat van vrouwen zonder vaginale pijn. De vrouwen kunnen zichzelf ten gevolge van hun vaginale pijn als minder sexy, minder vrouwelijk en minder seksueel competent percipiëren (Dewitte, Van Lankveld, & Crombez, 2010). Het is ook mogelijk dat getroffen vrouwen ten gevolge van hun vaginale pijn t.o.v. zichzelf hogere eisen stellen op het vlak van seksuele prestaties en gedrag en het ideaal seksueel zelfbeeld bijgevolg toeneemt.

¹ Zelfwaarde kan gezien worden als het product van het gebruik van zelfschema's

Dergelijke discrepantie tussen het actueel en ideaal zelfbeeld werd al binnen andere domeinen van de psychologie onderzocht (vb. binnen onderzoek naar depressie) (Reumue, De Houwer, Barnes-Holmes, Vanderhasselt, & De Raedt, 2013) en toonde op impliciet niveau aan dat bij personen met een hoge mate van dysforie het ideaal zelfbeeld hoger was dan het actueel zelfbeeld terwijl het omgekeerde gevonden werd bij personen met een lage mate van dysforie. Het is net de verhouding tussen deze twee aspecten van het seksueel zelfbeeld die bepalen hoe dit construct een invloed heeft op het pijngedrag. Een grotere discrepantie brengt teleurstelling en onvrede met zich mee (Higgins, 1987) waardoor men mogelijks seks gaat vermijden. Naast vermijding heeft een grote discrepantie ook gevolgen op de relevante seksuele pijn-gerelateerde outcome. (vb. het teweeg brengen van depressieve gevoelens).

Deze studie zal het actueel en het ideaal seksueel zelfconcept niet enkel op het expliciet niveau maar ook op het impliciet niveau gaan bestuderen. Het huidige onderzoek naar deze topic maakte veelal gebruik van cross-sectionele studies, waarbij vooral vragenlijsten als onderzoeksmiddel gebruikt werden. Een groot nadeel aan deze manier van meten is dat deze enorm gevoelig zijn voor sociale wenselijkheid. Zelfs wanneer de proefpersonen gemotiveerd zijn om eerlijk hun seksuele ervaringen te rapporteren, hebben deelnemers geen toegang tot automatische cognitieve processen. Onderzoekers gaan er immers vanuit dat cruciale, disfunctionele schema's niet altijd in het bewustzijn beschikbaar zijn (ondanks de invloed die ze hierop uitoefenen) en dus niet altijd gerapporteerd kunnen worden (Beck et al., 1979). Zeer recent neemt het onderzoek naar impliciete zelfschema's een nieuwe wending aan. Deze wending vloeit voort vanuit het traditioneel onderzoek (o.a. de Impliciete Associatie Test) naar depressie waarbij onderzoekers er niet in slaagden om het verwachte onderscheid tussen depressieve en niet-depressieve participanten te onthullen (De Raedt & De Houwer, 2006). De Raedt en collega's (2006) suggereerde dat de traditionele impliciete metingen mogelijks het ideale zelfconcept bij depressieve participanten meten in plaats van het actueel zelfconcept. Daarom werden er nieuwe onderzoeksmethoden ontwikkeld, zoals de Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) en de daarop gebaseerde Relational Responding Task (RRT), om dit cruciaal onderscheid mee te nemen in onderzoek. In de huidige pilot-studie wordt voor de eerste maal een RRT gebruikt in de context van seksualiteit. Het is niet duidelijk of expliciete en impliciete processen eenzelfde patroon

van samenhang zullen vertonen. Sommige studies geven aan dat de twee verschillende concepten niet gerelateerd zijn terwijl andere studies voldoende overlap aantonen (Hofmann et al., 2005).

Volgende hypothesen worden gesteld:

- (1) We zullen nagaan of relevante seksuele pijn-gerelateerde outcome variabelen significant van elkaar verschillen tussen beide groepen, waarbij we verwachten dat de pijngroep meer negatieve outcomes ondervindt.
- (2) We zullen nagaan of beide aspecten van het seksueel zelfbeeld significant van elkaar verschillen tussen beide groepen, daarbij verwachten we dat:
 - (a) de vrouwen met vaginale pijn een significant lager actueel seksueel zelfbeeld vertonen dan vrouwen zonder vaginale pijn.
 - (b) de vrouwen met vaginale pijn een significant hoger ideaal seksueel zelfbeeld vertonen dan vrouwen zonder vaginale pijn.
- (3) We zullen de verhouding van het actueel seksueel zelfbeeld t.o.v. het ideaal seksueel zelfbeeld nagaan, waarbij we verwachten dat:
 - (a) het ideaal seksueel zelfbeeld van vrouwen met vaginale pijn hoger is dan het actueel seksueel zelfbeeld.
 - (b) het actueel seksueel zelfbeeld van vrouwen zonder vaginale pijn hoger is dan het ideaal seksueel zelfbeeld.
- (4) We zullen ook het verband nagaan tussen het zelfbeeld en relevante seksuele pijn-gerelateerde outcome variabelen waarbij we verwachten dat:
 - (a) een laag actueel seksueel zelfbeeld samengaat met meer negatieve outcomes.
 - (b) een hoog ideaal seksueel zelfbeeld samengaat met meer negatieve outcomes.
- (5) We zullen ook nagaan of de discrepantie tussen het actueel en ideaal zelfbeeld verband houdt met de verschillende relevante seksuele pijn-gerelateerde outcome variabelen waarbij we verwachten dat een grotere discrepantie samengaat met meer negatieve outcomes.

Bijkomstig stellen we volgende onderzoeksvraag;

- (a) Hoe verhouden de expliciete en impliciete metingen zich t.o.v. elkaar? Welk verband is er? Vinden we op beide niveaus verschillende bevindingen?

- (b) Welk verband is er tussen het actueel seksueel zelfbeeld en het ideaal seksueel zelfbeeld op beide bewustzijnsniveaus binnen de pijn- en de niet-pijngroep? Is er een verschil?

Methodie

Deelnemers

In tabel 1 worden de groepsgemiddelden en standaarddeviaties voor de demografische variabelen tussen vrouwen met en zonder pijn weergegeven.

De steekproef van deze pilot-studie bestond uit 55 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 20.49 jaar (bereik: 18-26 jaar). Aan het begin van het academiejaar kregen studenten de kans om een screeningsvragenlijst in te vullen waarin gepeild werd naar seksuele pijn. Op basis van deze scores werden vrouwen geselecteerd uit het 75^{ste} (pijngroep) en 25^{ste} (controlegroep) percentiel. Er werden aldus 28 vrouwen met subklinische vaginale pijn en 27 vrouwen zonder vaginale pijn geselecteerd. Tijdens de huidige studie werd nogmaals gepeild naar hun vaginale pijn aan de hand van de pijnvragenlijst. Hieruit bleek dat in de groep vrouwen met subklinische vaginale pijn er 16 vrouwen nog steeds dyspareunie ondervonden en 12 niet meer. In de groep zonder vaginale pijn rapporteerden 3 vrouwen ondertussen last te hebben van dyspareunie en 23 niet, $\phi=13.34$, $p<.01$. De vrouwen met subklinische vaginale pijn waren gemiddeld wat jonger dan de vrouwen zonder vaginale pijn,

Bijkomstig bleek uit de resultaten op de pijnvragenlijst dat vrouwen met vaginale pijn een hogere pijnintensiteit en een grotere angst voor pijn ervoeren. Hoe vaak ze pijn hadden bleek niet significant te verschillen van de vrouwen zonder dyspareunie.

Beide groepen vrouwen verschilden niet in het al dan niet hebben van een relatie, $\phi=.08$, $p>.1$, maar wel in het aangaan van een seksuele relatie. Zo bleken er binnen de pijngroep 26 vrouwen te zijn die een seksuele relatie hadden terwijl dat er in de niet-pijngroep ‘slechts’ 18 vrouwen waren, $\phi=5.89$, $p<.05^2$.

De resultaten toonden aan dat vrouwen met subklinische vaginale pijn meer seksuele betrekking hebben dan vrouwen zonder subklinische vaginale pijn. Bovendien hebben

² Deze aantallen betreffen ook de vrouwen die binnen hun relatie seks hebben. Indien we enkel kijken naar de vrouwen die een seksuele relatie hebben buiten een liefdesrelatie, vinden we dat 12 vrouwen uit de pijngroep en 4 vrouwen uit de niet-pijngroep dit hebben.

zij gemiddeld minder lang geleden seks gehad. Er was geen significant verschil tussen de twee groepen wat betreft de seksuele en relationele tevredenheid, de masturbatiefrequentie en de mate waarin genoten werd van de seks.

Tabel 1: Groepsgemiddelden en standaarddeviaties voor de demografische en pijnvariabelen tussen vrouwen met en zonder pijn

Construct	Pijngroep		Niet-pijngroep		t-waarde
	M _{pijn}	SD _{pijn}	M _{niet-pijn}	SD _{niet-pijn}	
Leeftijd	19.61	1.73	21.41	2.66	-2.98**
Relatie tevredenheid	8.36	0.99	8.79	0.58	-1.46
Seksuele tevredenheid	7.81	1.33	8.33	1.50	-1.17
Hoe vaak seks	3.04	1.14	2.07	0.96	3.39*
Laatste keer seks	2.82	1.54	4.00	1.68	-2.66*
Genoten seks	9.54	9.59	6.73	2.14	1.34
Gemasturbeerd	1.57	0.63	1.78	0.89	-0.99
Hoe vaak pijn	1.69	0.48	1.67	0.58	0.07
Pijnintensiteit	1.63	0.62	1.67	1.15	-0.09
Angst	37.31	22.43	14.33	7.23	1.72

*p<0.05; **p<0.01

Materiaal

Eerst kregen de deelnemers een vragenlijst die peilde naar hun seksuele ervaringen. Aan de hand van open vragen werd er nagegaan hoe oud de deelnemers waren, aan welke leeftijd men het eerste seksuele contact heeft gehad en of men een relatie had (indien het antwoord positief was, werd nagegaan hoelang deze al duurde). Er werd ook bevraagd of de participanten op het moment van de studie in een seksuele relatie verkeerden

(1=ja, 2=neen). Aan de hand van een 10-punten Likertschaal (0=helemaal niet, 10=heel erg) werd bevraagd hoe tevreden men in het algemeen was over de relatie met hun partner en over hun seksuele relatie. Via een 5-punten Likertschaal (1=geen enkele keer, 5=heel veel) werd nagegaan hoe vaak men de afgelopen 4 weken seks had gehad en gemasturbeerd had. Ook werd bevraagd aan de hand van een 5-punten Likertschaal wanneer men precies de laatste keer seks had gehad (1= <24u, 5= >1maand).

Pijnvragenlijst.

De pijnvragenlijst peilt naar de mate waarin iemand pijn heeft, de angst voor pijn en het omgaan met pijn. Deze vragenlijst bestaat uit 10 items (vb. 'Heb je de laatste tijd genitale pijn gehad', 'Wat doe je als je genitale pijn ervaart tijdens de gemeenschap?', 'Duid op de lijn hieronder aan hoe groot je angst was gedurende de voorbije maand om pijn te ervaren tijdens de gemeenschap of de aanraking', 'Duid op de lijn hieronder aan hoe erg de ergste genitale pijn was die je de voorbije maand gehad hebt.')

Female Sexual Function Index.

De Female Sexual Function Index (FSFI) is een zelfrapporteringschaal van 19 items die peilt naar het vrouwelijke seksuele functioneren binnen een periode van de afgelopen 4 weken (Rosen et al., 2000, Nederlandse vertaling; ter Kuile, Brauer, & Laan, 2005). Dit wordt in kaart gebracht binnen 6 verschillende domeinen: (a) seksueel verlangen, (b) opwinding, (c) lubricatie, (d) orgasmes, (e) seksuele tevredenheid en (f) dyspareunie. De vrouw kan elk item beoordelen op een 6-puntenschaal naarmate die uitspraak voor haar van toepassing is. Elk domein wordt gescoord op 6 punten waardoor er een totale score van 36 kan ontstaan. Als een persoon hoger scoort dan 26 punten is er sprake van een klinisch significante seksuele disfunctie. Een studie van Meston (2003) toont aan dat de FSFI valide is. Ook de Nederlandstalige versie is betrouwbaar

en valide bevonden (Ter Kiele, Brauer, & Laan, 2005). De betrouwbaarheid in de huidige steekproef is goed tot zeer goed, $.73 < \alpha < .86$.

Sexual self-esteem vragenlijst.

Dit is een zelf ontwikkelde vragenlijst op basis van de sexuality scale. De sexuality scale meet het seksueel zelfconcept in termen van seksuele competentie. De sexual self-esteem vragenlijst bestaat uit 10 items (vb. 'Ik ben een goede seksuele partner', 'Ik ben niet zeker over mijn seksuele vaardigheden', 'Ik ben beter in seks dan de meeste andere mensen.') waarbij de participanten moeten aangeven in welke mate ze akkoord zijn op een 5-punten Likertschaal. De betrouwbaarheid in de huidige steekproef is goed, $\alpha = .78$.

Rosenberg Self-Esteem Scale.

De Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) is een zelfrapporteringsschaal die 10 items bevat. Via deze 10 items wordt het globale gevoel van zelfwaarde en zelfacceptatie gemeten (vb. 'Ik wou dat ik meer respect voor mezelf kon opbrengen') (Rosenberg, 1965, Nederlandse vertaling; De Raedt, Barbez, & Rosseel, 2006). Elk item kan gescoord worden op een Likertschaal van 1 (helemaal niet akkoord) tot en met 4 (helemaal akkoord). Uiteindelijk wordt een score binnen de range van 0-40 behaald. De Nederlandstalige versie blijkt voldoende betrouwbaar en valide te zijn (De Raedt, Barbez, & Rosseel, 2006). De betrouwbaarheid in de huidige studie is zeer goed $\alpha = 0.89$.

Relational Responding Task van het seksueel zelfconcept.

De Relational Responding Task (RRT) is ontwikkeld door De Houwer en collega's en is een zeer recente, cognitieve, impliciete reactietaak waarbij latente associaties onderzocht worden. Deze test is gebaseerd op the Implicit Relational Assessment Procedure (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Power, Hayden, Milne, Steward, 2006), wat op zijn beurt gebaseerd is op de Relational Frame Theory (Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001).

In deze studie worden drie soorten RRT trials³ gebruikt. Zo worden er zowel attributie statements (vb. 'Ik zit voor een computer.', 'Ik ben in een wegrestaurant.') als target statements aangeboden. De target statements hebben betrekking op het actuele (Ik ben speels en ondeugend in bed.', 'Ik ben preuts in bed.') of het ideale zelf (vb. 'Het is mijn wens om seksueel competent te zijn.', 'Het maakt me niet uit of ik goed ben in bed.').

De trials werden ook expliciet gemeten aan de hand van een vragenlijst waarbij de vrouwen deze moesten scoren op een puntenschaal.

Procedure

Bij de aanvang van het experiment ontvingen de deelnemers een informed consentformulier dat zij moesten ondertekenen. Daarna ging het experiment van start met twee Relational Responding Tasks (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Power, Hayden, Milne, Steward, 2006), dewelke aangeboden werden via een computer met 19-inch scherm. Elke RRT bestond uit vijf grote delen.

De eerste RRT peilde naar het actueel seksueel zelfbeeld. Het eerste deel van de RRT was een oefenfase waarbij de attributie statements in het oranje werden aangeboden. Deze neutrale, objectieve statements moesten de proefpersonen sorteren in de *waar* of *onwaar* categorie aan de hand van een linker- en een rechtertoets.

³ Zie bijlage

Bij het volgende, tweede deel, werden de target statements aangeboden in het blauw en dienden de proefpersonen te reageren alsof ze een goede seksuele partner zijn door deze statements te categoriseren als *waar* of *onwaar*. Gedurende een derde deel werden zowel de attributie statements als de target statements in een gemixte blok aangeboden. De vierde en de vijfde blok zijn dezelfde als de tweede en de derde blok, enkel werden de instructies aangepast. De deelnemers dienden nu op dezelfde stellingen te reageren alsof ze geen goede seksuele partner zijn. De reactietijden uit de derde en de vijfde blok werden met elkaar vergeleken om op die manier een score te krijgen op de mate waarin men zichzelf als een goede seksuele partner ziet (t.o.v. geen goede seksuele partner).

De tweede RRT peilt naar het ideaal seksueel zelfbeeld en volgde een gelijkaardige procedure als het actueel seksueel zelfbeeld. In plaats van target statements m.b.t. de vrouwen hun actuele seksuele zelfbeeld, werden nu wel statements m.b.t. het ideaal seksueel zelfbeeld gepresenteerd. In het eerste deel werden weer neutrale attributie statements aangeboden. In het tweede en derde deel dienden de proefpersonen op de target statements te reageren alsof zij een goede seksuele partner zijn, dit in tegenstelling tot deel vier en vijf waarbij de proefpersonen moesten reageren alsof het hen niet uitmaakte of ze een goede seksuele partner zijn. Ook hier werden de reactietijden tussen de derde en de vijfde blok opnieuw vergeleken.

Na het voltooien van de RRT kregen de deelnemers een bundel met vragenlijsten. Als zij alle taken voltooid hadden, kregen zij het beloofde bedrag en moesten zij hiervoor een ontvangstbewijs ondertekenen.

Resultaten

Verschil in seksuele correlaten tussen vrouwen met en zonder pijn

Ten eerste werd er nagegaan of er significante verschillen waren in de seksuele correlaten (meer bepaald seksueel functioneren, de seksuele zelfwaarde en de algemene zelfwaarde) tussen de groep vrouwen met en zonder subklinische vaginale pijn, waarbij we een serie independent t-testen hebben uitgevoerd. Tabel 2 geeft de groepsgemiddelden en standaarddeviaties voor de seksuele correlaten tussen vrouwen met en zonder pijn weer.

Uit de analyses van de scores op de FSFI bleek dat vrouwen met subklinische pijn een significant lager seksueel functioneren rapporteren dan de vrouwen zonder subklinische vaginale pijn, waarbij zij significant minder lubricatie, minder orgasmes en een lagere seksuele tevredenheid ervaren. Er werd ook een trend vastgesteld waarbij vrouwen met vaginale pijn minder opwinding rapporteerden dan vrouwen zonder vaginale pijn.

De analyse van de scores op de Sexual Self-esteem vragenlijst toonde aan dat beide groepen vrouwen niet significant verschillen in de gerapporteerde seksuele zelfwaarde en de mate waarin zij seks in een relatie belangrijk vinden. Wel werd er een trend gevonden waarbij vrouwen zonder subklinische pijn seks in het algemeen belangrijker vinden dan de vrouwen met vaginale pijn.

De vrouwen bleken niet significant te verschillen wat betreft de algemene zelfwaarde, gemeten door de RSE.

Tabel 2: Groepsgemiddelden en standaarddeviaties voor de seksuele correlaten tussen vrouwen met en zonder pijn

Construct	Pijngroep		Niet-pijngroep		t-waarde
	M _{pijn}	SD _{pijn}	M _{niet-pijn}	SD _{niet-pijn}	
Seksueel functioneren (FSFI)	26.94	4.14	21.98	10.14	2.36*
Verlangen (FSFI)	3.93	0.95	3.64	1.29	0.94
Lubricatie (FSFI)	5.34	0.69	4.22	2.38	2.37*
Orgasmes (FSFI)	3.99	1.47	2.84	1.95	2.45*
Seksuele tevredenheid (FSFI)	5.07	0.96	4.28	1.59	2.24*
Pijn (FSFI)	4.21	1.49	3.23	2.81	1.63
Arousal (FSFI)	4.41	0.69	3.76	1.82	1.79 ¹
Seksuele zelfwaarde (SSE)	3.12	0.92	3.37	0.85	-1.04
Seks belangrijk (SSE)	59.25	25.07	69.78	20.35	-1.71
Relatie belangrijk (SSE)	76.04	15.17	79.96	18.99	-0.85
Zelfwaarde (RSE)	3.03	1.11	3.16	0.44	-0.60

¹p<0.1; *p<0.05

Verskil in seksueel zelfbeeld tussen vrouwen met en zonder pijn

Ten tweede werd er onderzocht of er een verschil was in het seksueel zelfbeeld tussen de vrouwen met en zonder pijn aan de hand van een serie independent t-testen. Het seksueel zelfbeeld van de vrouwen werd zowel expliciet (aan de hand van een vragenlijst) als impliciet (aan de hand van de relational responding task) gemeten. In tabel 3 zijn de groepsgemiddelden en standaarddeviaties voor het seksueel zelfbeeld tussen vrouwen met en zonder pijn weergegeven.

Uit de analyse van het expliciet seksueel zelfbeeld bleek dat vrouwen met pijn een lager expliciet actueel seksueel zelfbeeld vertonen dan vrouwen zonder pijn. Er werd geen significant verschil gevonden tussen beide groepen wat betreft het expliciet ideaal seksueel zelfbeeld.

De analyses op de RRT toonden gelijkaardige bevindingen. Vrouwen met pijn vertonen een lager impliciet actueel seksueel zelfbeeld dan de vrouwen zonder pijn. Ook het impliciet ideaal seksueel zelfbeeld verschilde niet significant tussen beide groepen.

Tabel 3: Groepsgemiddelden en standaarddeviaties voor het seksueel zelfbeeld tussen vrouwen met en zonder pijn

Construct	Pijngroep		Niet-pijngroep		t-waarde
	M _{pijn}	SD _{pijn}	M _{niet-pijn}	SD _{niet-pijn}	
Aself ⁴	4.73	1.10	5.25	0.85	-1.94 ¹
Iself ⁵	5.58	0.61	5.39	0.59	1.18
RRT aself ⁶	0.25	0.33	0.43	0.28	-2.25*
RRT iself ⁷	0.08	0.23	0.09	0.22	-0.27

¹p<0.1; *p<0.05

Vergelijking tussen actueel en ideaal zelfbeeld voor beide groepen

Verder werden per groep, aan de hand van een serie paired samples t-testen, het actueel en ideaal zelfbeeld onderling met elkaar vergeleken op zowel het expliciet als het

⁴ Aself staat voor het expliciet actueel seksueel zelfbeeld

⁵ Iself staat voor het expliciet ideaal seksueel zelfbeeld

⁶ RRT aself staat voor het impliciet actueel seksueel zelfbeeld

⁷ RRT iself staat voor het impliciet ideaal seksueel zelfbeeld

impliciet niveau. De groepsgemiddelden en standaarddeviaties van beide groepen kunnen teruggevonden worden in tabel 3.

In de pijngroep is het expliciet actueel seksueel zelfbeeld significant lager dan het expliciet ideaal seksueel zelfbeeld, $t=-3.00$, $p<.01$. Op impliciet niveau vinden we een omgekeerd effect waarbij het actueel seksueel zelfbeeld significant hoger is dan het ideaal seksueel zelfbeeld, $t=2.21$, $p<.01$.

De groep zonder pijn vertoonde geen significant verschil tussen het expliciet actueel en het expliciet ideaal seksueel zelfbeeld, $t=-.79$, $p>.10$. Op impliciet niveau werd hetzelfde effect bekomen als de vrouwen met pijn waarbij het actueel seksueel zelfbeeld significant hoger is dan het ideaal seksueel zelfbeeld, $t=5.74$, $p<.01$.

Correlaties tussen actueel en ideaal zelfbeeld voor beide groepen

Bij de volgende stap werd - door middel van een bivariate analyse – per groep het verband nagegaan tussen het actueel en ideaal zelfbeeld, zowel op impliciet als op expliciet niveau.

In de pijngroep werd een significante negatieve correlatie gevonden tussen het expliciet actueel en expliciet ideaal seksueel zelfbeeld, $r=-.48$, $p<.01$. Dit impliceert dat hoe lager het expliciet actueel seksueel zelfbeeld is, hoe hoger het expliciet ideaal seksueel zelfbeeld is. De overige correlaties bleken niet significant te zijn, $r<.33$, $p>.10$.

Binnen de groep zonder subklinische vaginale pijn werden geen significante correlaties gevonden, $r<.26$, $p>.10$.

Daarnaast werd gekeken of er een verband was tussen het actueel of het ideaal seksueel zelfbeeld op het impliciet vs. expliciet niveau. Alle correlaties bleken niet significant te zijn, $r<.33$, $p>.10$.

Correlaties tussen het seksueel zelfbeeld en de seksuele correlaten voor beide groepen

Tevens werd er binnen beide groepen gekeken – aan de hand van bivariate analyses – of het seksueel zelfbeeld correleerde met de verschillende seksuele correlaten (meer bepaald het seksueel functioneren, de seksuele zelfwaarde zoals gemeten door de Sexual Self-esteem vragenlijst en de algemene zelfwaarde).

Binnen de pijngroep.

Zo bleek dat het expliciet actueel seksueel zelfbeeld van vrouwen met pijn significant positief gecorreleerd was met de seksuele zelfwaarde, $r=.88$, $p<.01$, en de algemene zelfwaarde van deze vrouwen, $r=.41$, $p<.05$. Dit impliceert dat hoe hoger het expliciet actueel seksueel zelfbeeld is, hoe hoger de seksuele zelfwaarde en de algemene zelfwaarde zijn. De correlatie tussen het expliciet actueel seksueel zelfbeeld en het seksueel functioneren was niet significant, $r=.29$, $p>.10$.

Wat betreft het expliciet ideaal seksueel zelfbeeld vonden we een significante negatieve correlatie met de seksuele zelfwaarde, $r=-.60$, $p<.01$. Deze correlatie is tegenovergesteld aan de correlatie gevonden bij het expliciet actueel seksueel zelfbeeld: hoe hoger het expliciet ideaal seksueel zelfbeeld, hoe lager de seksuele zelfwaarde. De overige correlaties met de algemene zelfwaarde en het seksueel functioneren bleken niet significant te zijn, $r<-.06$, $p>.10$.

De correlaties tussen het impliciet actueel seksueel zelfbeeld en het seksueel functioneren, de seksuele zelfwaarde en de algemene zelfwaarde waren niet significant, $r<.17$, $p>.10$.

Ook de correlaties tussen het impliciet ideaal seksueel zelfbeeld en het seksueel functioneren, de seksuele zelfwaarde en de algemene zelfwaarde bleken niet significant te zijn, $r<.03$, $p>.10$.

Binnen de niet-pijngroep.

Binnen de groep vrouwen zonder pijn werden significante positieve correlaties gevonden tussen het expliciet actueel seksueel zelfbeeld en het seksueel functioneren, $r=.54$, $p<.01$, de seksuele zelfwaarde, $r=.84$, $p<.01$, en de algemene zelfwaarde, $r=.41$, $p<.05$. Deze positieve correlaties tonen aan dat een hoger expliciet actueel seksueel zelfbeeld samengaat met een beter seksueel functioneren, een hogere seksuele zelfwaarde en een hogere algemene zelfwaarde.

Het expliciet ideaal seksueel zelfbeeld bleek randsignificant gecorreleerd te zijn met het seksueel functioneren, $r=.37$, $p=.06$. Dit impliceert dat een hoger expliciet ideaal seksueel zelfbeeld gepaard gaat met een beter seksueel functioneren. De overige correlaties met de seksuele zelfwaarde en de algemene zelfwaarde bleken niet significant te zijn, $r<.12$, $p>.10$.

Alle correlaties met het impliciet actueel seksueel zelfbeeld waren niet significant, $r<.10$, $p>.10$.

Betreffende het impliciet ideaal seksueel zelfbeeld werd een significante positieve correlatie gevonden met de algemene zelfwaarde, $r=.61$, $p<.01$. Dit toont aan dat hoe hoger het impliciet ideaal seksueel zelfbeeld is, hoe hoger de gerapporteerde zelfwaarde is. Overige correlaties met het seksueel functioneren en de seksuele zelfwaarde waren niet significant, $r<.27$, $p>.10$.

Correlaties tussen de discrepantie actueel-ideaal seksueel zelfbeeld en de seksuele correlaten.

Vervolgens werd er gekeken door middel van bivariate analyses of de discrepantie tussen het actueel en ideaal zelfbeeld verband hield met de verschillende seksuele correlaten (meer bepaald seksueel functioneren, de seksuele zelfwaarde zoals gemeten door de Sexual Self-esteem vragenlijst en de algemene zelfwaarde). Hiervoor werd er eerst op zowel het expliciete als op het impliciete niveau een discrepantiescore berekend

waarbij de score die peilde naar het actueel seksueel zelfbeeld afgetrokken werd van de score op het ideaal seksueel zelfbeeld.

Binnen de pijngroep.

Binnen de groep vrouwen met pijn werden er significante negatieve correlaties gevonden tussen de discrepantie op expliciet niveau en de seksuele zelfwaarde, $r=-.89$, $p<.01$, en de algemene zelfwaarde, $r=-.44$, $p<.05$. Dit houdt in dat een hogere expliciete discrepantiescore gepaard gaat met een lagere seksuele zelfwaarde en een lagere algemene zelfwaarde. De correlatie tussen deze discrepantie op expliciet niveau en het seksueel functioneren was niet significant, $r=.24$, $p>.10$.

De discrepantie op impliciet niveau is niet significant gecorreleerd met het seksueel functioneren, de seksuele zelfwaarde en de algemene zelfwaarde, $r<.13$, $p>.10$.

Binnen de niet-pijngroep.

De discrepantie op expliciet niveau bleek bij de vrouwen zonder pijn significant negatief gecorreleerd te zijn met de seksuele zelfwaarde, $r=-.72$, $p<.01$. Dit wijst erop dat een hogere expliciete discrepantiescore samengaat met een lagere seksuele zelfwaarde. De overige correlaties met het seksueel functioneren en de algemene zelfwaarde waren niet significant, $r<.32$, $p>.10$.

De correlaties tussen de discrepantie op het impliciet niveau en het seksueel functioneren, de seksuele zelfwaarde en de algemene zelfwaarde bleken niet significant te zijn, $r<-.19$, $p>.10$.

Discussie

Doelstelling

In het verleden toonden diverse studies aan dat seksuele pijnproblemen bij vrouwen frequent voorkomen (e.g. Danielsson, Sjoberg, Stenlund, & Wilkman, 2003). Onderzoek naar deze problematiek, m.b.t. de etiologische en in stand houdende factoren is daarom cruciaal. Veel studies vertrekken vanuit het Fear Avoidance Model (Vlaeyen & Linton, 2000) waarbij naast angst voor pijn en catastroferen ook vermijding centraal staat. Het seksueel functioneren geraakt verstoord en zo vormt er zich een vicieuze cirkel (Dewitte, Van Lankveld, & Crombez, 2011). In tegenstelling tot dit model waarbij pijn automatisch vermijding met zich meebrengt, zijn er echter ook veel vrouwen die ondanks de pijn, geen vermijdingsgedrag vertonen. Mogelijks willen zij het zelfbeeld van “seksueel competente vrouw” handhaven. (Dewitte, Van Lankveld, & Crombez, 2011). Hieruit blijkt dat de mate waarin men zich sexy, vrouwelijk, aantrekkelijk en seksueel competent voelt een belangrijke determinant is van seksueel pijngedrag. Dit stemt overeen met het algemeen onderzoek naar het seksueel zelfbeeld waaruit blijkt dat dit de verwerking van seksuele informatie beïnvloedt en seksuele gedachten, gevoelens en gedragingen reguleert op zowel intra- als interpersoonlijk niveau.

Het doel van deze studie is om meer zicht te krijgen op het seksueel zelfconcept door te onderzoeken of het seksueel zelfbeeld van vrouwen met dyspareunie significant verschilt van dat van vrouwen zonder dyspareunie. Deze pilot-studie was de eerste die niet enkel het actueel seksueel zelfbeeld bestudeerde maar ook het ideaal seksueel zelfbeeld en het verband hiertussen in de studie betrok. Deze aspecten van het seksueel zelfbeeld werden niet enkel expliciet (aan de hand van vragenlijsten) maar ook impliciet gemeten. Dit gebeurde aan de hand van de Relational Respons Task, een zeer recente onderzoeksmethode gebaseerd op de IRAP (Barnes-Holmes et al., 2006).

Bespreking resultaten

Vershil in seksuele correlaten tussen vrouwen met en zonder pijn.

Eerst werd gekeken of er belangrijke verschillen waren wat betreft seksuele correlaten tussen de pijngroep en de niet-pijngroep. De resultaten toonden aan dat vrouwen met pijn een significant lager seksueel functioneren (met minder lubricatie, minder orgasmes, minder arousal en een lagere seksueel tevredenheid) rapporteerden dan vrouwen zonder pijn, wat onze verwachtingen en voorgaand onderzoek bevestigde (Masheb, Lozano-Blanco, Kohorn, Minkin, Kerns, 2004). Daarnaast bleek er geen verschil te zijn in de seksuele zelfwaarde en de algemene zelfwaarde. Dit is verwonderlijk en tegenstrijdig met voorgaand onderzoek waaruit bleek dat vrouwen met dyspareunie net een lagere seksuele zelfwaarde (Gates & Galask, 2001) en een lagere zelfwaarde (Nunns & Mandal, 2003) rapporteerden (Lundqvist & Bergdahl, 2003). Kortom, hypothese (1) die assumeert dat de pijngroep meer negatieve outcomes ondervindt dan de niet-pijngroep werd gedeeltelijk aangetoond, doordat de vrouwen met pijn een lager seksueel functioneren rapporteerden. Toch hadden we verwacht dat vrouwen met pijn ook negatiever gingen scoren op de andere seksuele correlaten.

Dit kan mogelijks te wijten zijn aan het feit dat onze steekproef geen patiënten populatie betrof, wat zeker en vast een limitatie is binnen het huidig onderzoek. De participanten werden gerekruteerd uit de algemene populatie aan de hand van een screeningsvragenlijst voor vaginale pijn die ze in het begin van het academiejaar hadden ingevuld. Zo ontstond een groep vrouwen met subklinische pijn (geselecteerd uit het 75^{ste} percentiel). Bijkomstig bleek de verdeling niet absoluut te zijn gezien 12 van de 28 gerekruteerde vrouwen met subklinische vaginale pijn op de Pijnvragenlijst rapporteerden dat ze de laatste maand geen pijn meer ondervonden hadden. Van de 27 vrouwen zonder subklinische pijn waren er ook 3 vrouwen die aangaven dat ze de laatste maand toch pijn hadden.

Vershil in seksueel zelfbeeld tussen vrouwen met en zonder pijn.

Ten tweede werden verschillen op het vlak van het actueel en ideaal seksueel zelfbeeld tussen beide groepen bestudeerd. De resultaten bevestigden onze hypothese (2a) die aanneemt dat het actueel seksueel zelfbeeld van vrouwen met pijn lager is dan het actueel seksueel zelfbeeld van vrouwen zonder pijn. Deze bevindingen werden zowel op het expliciet als het impliciet niveau gevonden. Bij vrouwen met dyspareunie zorgt hun pijnproblematiek er mogelijks voor dat ze zichzelf percipiëren als minder aantrekkelijk, minder sexy en vrouwelijk; minder seksueel competent dan vrouwen zonder dyspareunie. Zoals eerder vermeld werden gelijkaardige resultaten gevonden in het onderzoek van Gates en Galask (2001).

We vonden echter geen ondersteuning, op zowel het expliciet als het impliciet niveau, voor onze hypothese (2b) waarbij gesteld wordt dat het ideaal seksueel zelfbeeld van vrouwen met pijn hoger is dan het ideaal seksueel zelfbeeld van vrouwen zonder pijn. Dit kan mogelijks te wijten zijn aan de tekortkomingen binnen de bekomen sample. Een andere verklaring die mogelijks aan de grondslag van deze bevinding kan liggen is dat de meting van het ideale zelfconcept niet valide genoeg is. Deze taak is nieuw waardoor de validiteit nog meer moet vastgesteld worden. Verder kan het eveneens zijn dat er op impliciet niveau een fatigue-effect is opgetreden. De RRT die het ideale zelfconcept mat werd namelijk aangeboden na de RRT die het actuele zelfconcept bepaalde. Uiteindelijk kan het ideaal seksueel zelfbeeld ook effectief een kleinere rol spelen in het algemeen zelfconcept waardoor er geen verschil gevonden werd binnen beide groepen. Verder onderzoek is daarbij aangeraden om deze resultaten te repliceren.

In het licht van onderzoeksvraag (a) formuleert deze sectie een mogelijk antwoord gezien beide cognitieniveaus hier (zowel m.b.t. het actueel seksueel zelfbeeld al m.b.t. het ideaal seksueel zelfbeeld) dezelfde resultaten bekomen.

Vergelijking tussen actueel en ideaal zelfbeeld voor beide groepen.

We hebben per groep ook het actueel en ideaal zelfbeeld onderling met elkaar vergeleken, dit op zowel het expliciet als het impliciet niveau.

Binnen de pijngroep werd op het expliciet niveau onze hypothese (3a) bevestigd, die aanneemt dat bij vrouwen met vaginale pijn het actueel seksueel zelfbeeld significant lager is dan het ideaal seksueel zelfbeeld, m.a.w. het beeld dat de vrouwen met dyspareunie van zichzelf hebben is negatiever dan het ideaalbeeld die ze voor ogen hebben van een seksueel competente vrouw. Op het impliciet niveau stelden we het omgekeerde vast. Merkwaardig genoeg bleek dat de vrouwen met pijn een hoger actueel seksueel zelfbeeld hebben dan een ideaal seksueel zelfbeeld. Op impliciet niveau wordt onze hypothese (3a) bijgevolg niet ondersteund. Deze bevinding komt niet overeen met de bevinding uit het onderzoek van Remue, De Houwer, Barnes-Holmes, Vanderhasselt en de Raedt ⁸(2013) waaruit bleek dat mensen met een matige en hoge graad van dysforie op impliciet niveau een lager actueel zelfbeeld hebben in vergelijking met een ideaal zelfbeeld. Wel vond men binnen deze studie dat een lage graad van dysforie eveneens samenging met een hoger actueel zelf-schema dan een ideaal zelf-schema. Ook dit kan te wijten zijn aan de subklinische (i.p.v. klinische) sample. Indien de stoornis/pijn in een minder ernstige vorm aanwezig is en slechts beperkt doorweegt, heeft deze mogelijks geen invloed op de verhouding tussen beide aspecten van het zelfbeeld.

Binnen de niet-pijngroep waren de resultaten op het expliciet niveau niet significant en werd er aldus geen verschil tussen beide aspecten van het seksueel zelfbeeld gevonden. Op impliciet niveau vonden we dezelfde resultaten als binnen de pijngroep. Binnen de niet-pijn verwachtte we deze resultaten echter wel en boden ze evidentie voor onze hypothese (3b). De verkregen resultaten kwamen ook overeen met het onderzoek naar het zelfbeeld bij mensen met een depressieve stemming van Remue, De Houwer, Barnes-Holmes, Vanderhasselt en de Raedt (2013).

⁸ Beide studies moeten toch met de nodige voorzichtigheid vergeleken worden. Mogelijks is de link tussen depressie en zelfbeeld sterker dan de link tussen dyspareunie en het seksueel zelfbeeld.

De bevindingen binnen de pijngroep wezen op een dissociatie tussen de expliciete en de impliciete processen. Onze vooropgestelde onderzoeksvraag (a) die wil nagaan hoe beide niveaus van metingen zich tot elkaar verhouden, wordt doot deze bevindingen deels beantwoord. Dit kan verklaard worden vanuit het dual processing model (Epstein, 1994). Dit model wordt op zeer veel verschillende domeinen binnen de sociale en cognitieve psychologie toegepast. In het algemeen stelt dit model dat er twee verschillende menselijke redeneringsprocessen zijn. Wanneer een beslissing moet genomen worden zijn er twee afzonderlijke systemen die deze beslissing mee gaan bepalen. Waar het eerste, ook wel heuristisch system genoemd, voorgaande kennis en overtuigingen in rekeningen gaat brengen, zal het tweede, analytisch system, eerder terugvallen op logische standaards. Er wordt verondersteld dat het heuristisch system snel en impliciet werkt terwijl de verrichtingen van het analytisch system eerder traag en expliciet zijn waarbij ze cognitief meer belastend zijn.

Correlaties tussen actueel en ideaal zelfbeeld voor beide groepen

Daarna werd per groep het verband tussen het actueel en het ideaal zelfbeeld nagegaan, op zowel het expliciet als het impliciet niveau. Er bleken enkel significante correlaties te zijn binnen de pijngroep.

Eerst werd gekeken naar het verband tussen het actueel en het ideaal seksueel zelfbeeld binnen de verschillende niveaus. In de pijngroep gaven de resultaten op expliciet niveau aan dat een lager actueel seksueel zelfbeeld gepaard gaat met een hoger ideaal seksueel zelfbeeld. Dit biedt een mogelijk antwoord op onze onderzoeksvraag (b). Op het impliciet niveau werden geen correlaties gevonden tussen beide aspecten van het seksueel zelfbeeld.

Verder werd er ook gekeken of er een verband was tussen het actueel of het ideaal seksueel zelfbeeld op het impliciet versus het expliciet niveau. Geen enkele correlatie bleek significant te zijn. Deze resultaten wijzen ook op de onafhankelijke werking van beide cognitieve processen en sluiten aan bij de voorgaande bevindingen als antwoord op onze onderzoeksvraag (a).

Correlaties tussen het seksueel zelfbeeld en de seksuele correlaten voor beide groepen.

In het algemeen werden meer correlaties gevonden op het expliciete niveau in vergelijking met het impliciete niveau. Dit is evident gezien er geen confound van methodevariantie mogelijk is tussen de seksuele outcome variabelen en het expliciet seksueel zelfbeeld. Beide constructen werden namelijk via vragenlijsten en dus op expliciet niveau gemeten.

Over beide groepen heen vinden we bevestiging voor onze hypothese (4a) die stelt dat een laag actueel seksueel zelfbeeld samengaan met negatievere outcomes. Op het expliciete niveau vinden we binnen de pijngroep dat een lager actueel seksueel zelfbeeld gepaard gaat met een lager seksuele en algemene zelfwaarde. Binnen de niet-pijngroep vinden we op het expliciet niveau dezelfde resultaten maar bijkomstig ging een lager actueel seksueel zelfbeeld bij deze groep ook gepaard met een slechter seksueel functioneren. Op het impliciet niveau vonden we geen correlaties dus bijgevolg ook geen evidentie voor onze hypothese (4a).

Voor onze hypothese (4b), die veronderstelt dat een hoger ideaal seksueel zelfbeeld samengaat met meer negatieve outcomes, vinden we tegenstrijdige bevindingen binnen de pijngroep en de niet-pijngroep. De expliciete resultaten van de pijngroep ondersteunen deze hypothese. Volgens de resultaten gaat een hoger ideaal seksueel zelfbeeld samen met een hogere seksuele zelfwaarde. Op impliciet niveau zijn geen significante correlaties gevonden. De resultaten binnen de niet-pijngroep spraken de hypothese tegen. Een hoger expliciet ideaal seksueel zelfbeeld bleek samen te gaan met een beter seksueel functioneren en een hoger impliciet ideaal seksueel zelfbeeld ging gepaard met een hogere algemene zelfwaarde.

Mogelijks speelt er binnen de pijn en de niet-pijngroep een verschillend motivationeel mechanisme, waarbij seksuele betrekking als mediator functioneert tussen het ideaal seksueel zelfbeeld en de seksuele outcomes. Bij vrouwen met vaginale pijn kan dit hoge ideale zelfbeeld demotiverend werken waardoor ze (nog) minder betrekking hebben en hun algemeen seksueel functioneren en zelfbeeld er ook op achteruit gaan terwijl dit bij ‘gezonde’ vrouwen eerder motiverend kan werken.

Correlaties tussen de discrepantie actueel-ideaal seksueel zelfbeeld en de seksuele correlaten.

Ook binnen deze resultaten waren om dezelfde redenen als de sectie hierboven meer correlaties op het expliciete niveau dan op het impliciete niveau.

In lijn met de verwachtingen, toonden de expliciete resultaten aan dat een grotere discrepantie gepaard ging met meer negatievere outcomes. Hypothese (5) werd bijgevolg bevestigd. Voor de pijngroep was het zo dat een grotere discrepantie op expliciet niveau gepaard ging met een lagere seksuele en algemene zelfwaarde. Binnen de niet-pijngroep werden dezelfde resultaten gevonden afgezien van de algemene zelfwaarde. Op het impliciet niveau werden voor beide groepen geen correlaties gevonden.

Beperkingen en sterktes van de studie

Er dienen enkele beperkingen in rekening gebracht te worden. De resultaten dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden gezien de kleine steekproef en dus lage power van de studie. Zoals eerder aangegeven betrof de sample vrouwen met subklinische vaginale pijn i.p.v. vrouwen met klinische pijn en was de verdeling tussen beide groepen niet absoluut.

Deze pilot-studie heeft daarentegen ook belangrijke sterktes. In het huidige onderzoek naar dyspareunie is er een overwicht aan cross-sectionele studies. Hierbij zijn vragenlijsten de gangbare onderzoeksmiddelen. Een groot nadeel aan deze manier van meten is dat deze enorm gevoelig zijn voor sociale wenselijkheid. Zelfs wanneer de proefpersonen gemotiveerd zijn om eerlijk hun seksuele ervaringen te rapporteren heeft men geen bewuste toegang tot de automatische cognitieve processen. Deze bevindingen duiden op het belang van het meten van deze impliciete processen. Bijkomstig werd de

validiteit van de meetinstrumenten geoptimaliseerd door de toevoeging van individuele-specifieke voorzetsels (e.g. ‘ik ben’, ‘ik wil zijn’).

Implicaties voor de praktijk

Het seksueel zelf-concept kan een zeer belangrijk aanknopingspunt zijn met betrekking tot de behandeling van vrouwen met dyspareunie. In deze studie worden, in tegenstelling tot de traditionele modellen zoals het Fear Avoidance Model, niet louter de cognitieve gedragingen (e.g. vermijding) als sleutelvariabele gezien voor een mogelijke progressie van dyspareunie. Er wordt ook gekeken naar de psychosociale betekenis die vrouwen met dyspareunie aan de hand van hun seksueel zelfbeeld aan seks toekennen. In cognitieve gedragstherapie kunnen de automatische affectieve cognities hier rond uitgedaagd worden. Deze automatische affectieve cognities kunnen betrekking hebben op hun laag actueel seksueel zelfbeeld of op de grote discrepantie tussen het actueel en het ideaal seksueel zelfschema. Hierbij zijn naast de expliciet cognities ook de impliciete cognities cruciaal gezien disfunctionele schema's niet altijd bewust beschikbaar zijn. Daarnaast zal een verhoging van het actueel seksueel zelfbeeld en een afname van de discrepantie ook leiden tot een verbetering van psychosociale factoren.

Implicaties voor toekomstig onderzoek

Het is belangrijk voor toekomstig onderzoek om dit zelfconcept te benaderen vanuit een inter-persoonlijk perspectief (Dewitte, 2014), want ook het seksueel zelfconcept van de partner heeft een invloed op en wordt beïnvloed door deze pijnconditie.

Wat het verschil maakt tussen seksuele pijnstoornissen en andere pijnstoornissen is dat de impact ervan niet beperkt blijft tot het getroffen individu. Ook de partner waarmee de vrouw een liefdesrelatie aangaat, heeft/ondervindt een zekere invloed op/van deze problematiek. In de behandeling wordt de aanwezigheid van de partner sterk gewaardeerd. Ondanks het belang van deze systemische interactie, is er nog

steeds weinig wetenschappelijke evidentie om dergelijke dyadische processen te onderbouwen.

Enkele studies richtten zich op de invloed die de partner uitoefent op de vrouw haar stoornis. Een studie van Rosen en collega's (2012) toonde aan dat bezorgde reacties (van sympathie, aandacht en steun) van de man naar zijn vrouw haar stoornis toe zorgde voor een toename in de vulvogenitale pijn intensiviteit. Faciliterende reacties (reacties die de vrouw haar inzet om zich aan te passen aan de stoornis aanmoedigen) leidden tot een afname is van de vulvovaginale pijn intensiteit. Rosen en collega's (2013) suggereren dat catastroferen en dyadische aanpassing mogelijke mediators zijn waardoor partner reacties een stijging of daling van de pijn en tot gevolg hebben. De partners van vrouwen met VVS kunnen ook pijnreacties uitlokken tijdens de seksuele betrekking.

Daarnaast ervaart de man ook nadelige effecten van de vrouw haar stoornis. Op relationeel en seksueel vlak zijn ze niet enkel getuige van de pijn van zijn vrouw, ook kunnen ze zelf negatieve gevolgen ondervinden zoals een opmerkelijke daling in de frequentie van de betrekking en minder dyadische aanpassing (Desrosiers et al., 2008). Een recente studie van Jodoin en collega's (2008) toonde aan dat negatieve attributies rond VVS bij de partners van getroffen vrouwen kunnen beschouwd worden als een sleutel variabele. Deze negatieve attributies zouden een negatieve invloed hebben op de relationele en seksuele tevredenheid van de mannen alsook een grotere psychologische distress veroorzaken. Op psychosociaal vlak kan zijn eigen seksueel zelfbeeld ten gevolge van de pijn van zijn vrouw aangetast worden, dit kan de stoornis mogelijk nog versterken. Toegepast op onze onderzoeksvraag lijkt het dus zeer interessant om na te gaan in welke mate het seksueel zelfbeeld van de partner beïnvloed wordt door of predicatief is voor de seksuele beleving en het seksueel pijngedrag van de patiënte.

Naar aanleiding van het huidig onderzoek die een beter beeld schets van het seksueel zelfconcept is het bij toekomstig onderzoek aangeraden om het verband tussen het seksueel concept en het pijngedrag van naderbij te gaan bestuderen. Zoals reeds indirect vermeld is het aangewezen om daarbij gebruik te maken van een patiëntenpopulatie.

Algemene conclusie

Het doel dat deze pilot-studie vooropstelde was een beter inzicht te krijgen in de rol van het seksueel zelfconcept. Het actueel en het ideaal seksueel zelfbeeld werd bevraagd bij/vergelijken tussen vrouwen met vaginale pijn en vrouwen zonder vaginale pijn. Dit gebeurde op zowel het expliciet niveau door vragenlijsten, als op het impliciet niveau aan de hand van de Relational Responding Task. Zoals verwacht toonden de resultaten aan⁹ dat de vrouwen met vaginale pijn een significant lager actueel seksuele zelfbeeld hebben dan de vrouwen zonder vaginale pijn. Daarnaast werd verwacht dat de vrouwen met vaginale pijn ook een hoger ideaal seksueel zelfbeeld zouden hebben maar hier werd geen evidentie voor gevonden. Mogelijke verklaringen hiervoor gaan uit van een fatigue-effect op impliciet niveau doordat het ideaal seksueel zelfbeeld na het actueel seksueel zelfbeeld getest werd of van een beperkte validiteit doordat de taak nog zo nieuw is. Bij de vergelijking tussen het actueel en seksueel zelfbeeld binnen de pijngroep, waarbij verwacht werd dat het actueel seksueel zelfbeeld lager ging zijn dan het ideaal seksueel zelfbeeld, werd er een dissociatie gevonden op het impliciet en expliciet niveau. De bekomen resultaten uit de expliciete metingen ondersteunden onze verwachtingen terwijl de resultaten verkregen uit de impliciete metingen, aangaven dat het ideaal zelfbeeld kleiner was. Deze tegenstrijdige bevindingen tonen de onafhankelijke werking van beide cognitieve processen aan zoals het Dual Process Model (Epstein, 1994) voorspelt. Dit gegeven werd bovendien bevestigd doordat er geen correlatie gevonden werd tussen de resultaten van de metingen van het actueel of het ideaal seksueel zelfbeeld, verkregen aan de hand van beide cognitieve niveaus. Binnen de niet-pijngroep was het impliciet actueel seksueel zelfbeeld groter dan het impliciet ideaal seksueel zelfbeeld, wat in de lijn lag van onze verwachtingen. Vervolgens werd aangetoond dat een laag actueel zelfbeeld over beide groepen samenging met meer negatieve outcomes. Een hoog ideaal seksueel zelfbeeld ging daarentegen samen met verschillende outcomes binnen de pijngroep en de niet-pijngroep. Binnen de pijngroep ging een hoog ideaal seksueel zelfbeeld - zoals verwacht - samen met negatievere outcomes, terwijl binnen de niet-pijngroep dit samen ging met

⁹ Indien er geen aparte vermelding staat voor het expliciet en het impliciet meetniveau impliceert dit dat we deze resultaten op beide niveaus verkregen.

positievere outcomes. Dit kan mogelijk te wijten zijn aan de motivationele processen waarbij seksuele betrekking functioneert als mediator tussen het ideaal zelfbeeld en de seksuele outcomes. Bij vrouwen met vaginale pijn kan dit hoge ideale zelfbeeld demotiverend werken waardoor ze (nog) minder betrekking hebben en hun algemeen seksueel functioneren en zelfbeeld er ook op achteruit gaan terwijl dit bij ‘gezonde’ vrouwen eerder motiverend kan werken. Ten slotte bleek een grotere discrepantie tussen het ideaal en actueel seksueel zelfbeeld samen te gaan met negatievere outcomes. Er werd echter op gewezen dat de resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden gezien de kleine steekproef. Toekomstig onderzoek met een grotere en tevens klinische steekproef wordt aangeraden. Ook zou het een meerwaarde zijn om de bevindingen te bestuderen in relatie met pijngedrag en om deze bevindingen te benaderen vanuit een inter-persoonlijk perspectief.

Referenties

- Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1079–1100. doi:10.1037/0022-3514.67.6.1079
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Revised.* WashingtonDC, Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Revised.* WashingtonDC, Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed.* WashingtonDC, Aauthor.
- Bakker, F. & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland.* Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Bames-Homes, D., Bames-Homes, Y., Power, P., Hayden, E., Milne, R. & Steward, I. (2006). Do you really know what you believe? Developing the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a Direct Measure of Implicit Beliefs. *The Irish Psychologist*, 32(7), 169-177.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *J Sex Marital Ther*, 26, 51-65. doi:10.1080/009262300278641
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J.R., Laan, E., Meston, C., Schover, L., van Lankveld, J., & Weijmar Schultz, W. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 24, 221–229. doi:10.1503/cmaj.1020174
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalifé, S., Pagidas, K., & Glazer, H. I. (2001). Vulvar vestibulitis syndrome: Reliability of diagnosis and evaluation of current

diagnostic criteria. *Obstetrics and Gynecology*, 98, 45–51. doi:10.1016-S0029-7844(01)01389-8

Bergeron, S., Meana, M., Binik, Y. M., & Khalifé, S. (2003). *Painful genital sexual activity. Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. New York: Brunner-Routledge.

Bergeron, S., Rosen, N. O., & Morin, M. (2011). Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. *Pain*, 152(6), 1223–1225. doi:10.1016/j.pain.2011.01.035

Binik, Y. M., Meana, M., Berkley, K., & Khalifé, S. (1999). Dyspareunia: Is the pain sexual or is the sex painful? *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 210–236. doi:10.1080/10532528.1999.10559780

Binik, Y.M., Reissing, E., Pukall, C., Flory, N., Payne, K.A., & Khalifé, S. (2002). The female sexual pain disorders: genital pain or sexual dysfunction? *Arch Sex Behav*, 31(5), 425-429. doi:0004-0002/02/1000-0425/0

Binik, Y.M. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Vaginismus. *Arch Sex Behav*, 39, 278-291. doi:10.1001/s10508-009-9560-0

Bouchard, C., Brisson, J., Fortier, M., Morin, C., & Blanchette, C. (2002). Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: A case-control study. *Am J Epidemiol*, 156, 254–261. doi:10.1093/aje/kwf037

Borg, C., Peters, M. L., Schultz, W. W., & de Jong, P. J. (2012). Vaginismus: Heightened harm avoidance and pain catastrophizing cognitions. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 558–567. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02535.x

Brauer, M., Laan, E., & ter Kuile, M.M. (2006). Sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *Arch Sex Behav*, 35, 191–200. doi:10.1007/s10208-005-9001-7

Brauer, M., de Jong, P.J., Huijding, J., Laan, E., & ter Kuile, M.M. (2009). Automatic and deliberate affective associations with sexual stimuli in women

- with superficial dyspareunia. *Arch Sex Behav*, 38, 486–497.
doi:10.1007/s10508-008-9367-4
- Brauer, M., ter Kuile, M.M., Laan, E., & Everaerd, W. (2009). Effects of appraisal of sexual stimuli on sexual arousal in women with and without superficial dyspareunia. *Arch Sex Behav*, 38, 476–485. doi: 10.1007/s10508-008-9371-8
- Brauer, M., ter Kuile, M.M., Laan, E., Trimbos, B. (2009). Cognitive-affective correlates and predictors of superficial dyspareunia. *J Sex Marital Ther*, 35, 1–24.
doi:10.1080/00926230802525604
- Brotto, L.A., Basson, R., & Gehring, D. (2003). Psychological profiles among women with vulvar vestibulitis syndrome: A chart review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 24, 195–203. doi:10.3109/01674820309039673
- Cherner, R.A. & Reissing, E.D. (2013). A psychophysiological investigation of sexual arousal in woman with lifelong vaginismus. *J Sex Med*, 10, 1291-1303.
doi:10.1111/jsm.12102
- Crombez, G., Van Damme, S., & Eccleston, C. (2005). Hypervigilance to pain: an experimental and clinical analysis. *Pain*, 116, 4–7.
doi:10.106/j.pain.2005.03.035
- Crombez, G., Vlaeyen, J.W.S., Heuts, P.H.T.G., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic low back pain disability. *Pain*, 80, 329–339. doi:10.1016/S0304-3959(98)00229-2
- Danielsson, I., Sjoberg, I., Stenlund, H., & Wilkman, M. (2003). Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 113-118.
doi:10.1080/14034940210134040
- Danielsson, I., Eisemann, M., Sjoberg, I., & Wikman, M. (2001). Vulvar vestibulitis: A multi-factorial condition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108, 456–461. doi:10.1080/14034940210134040

- De Jong, J.M.J., Van Lunsen, R.H.W., Roberston, E.A., Stam, L.N.E., & Lammes, F.B. (1995). Focal vulvitis: a psychosexual problem for which surgery is not the answer. *J Obstet Gynaecol*, 16, 85–91. doi:10.3109/01674829509042783
- De Raedt, R., Schacht, R., Franck, E., & De Houwer, J. (2006). Self-esteem and depression revisited: Implicit positive self-esteem in depressed patients? *Behaviour Research and Therapy*, 44(7), 1017-1028. doi:10.1016/j.brat.2005.08.003
- Derogatis, L.R., & Conklin-Powers, B. (1998). Psychological assessment measures of female sexual functioning in clinical trials. *International Journal of Impotence Research*, 10(2), 111-116.
- Desrochers, G., Bergeron, S., Landry, T., & Jodoin, M. (2008). Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *J Sex Marital Ther*, 34, 198–226. doi:10.1080/00926230701866083
- Desrochers, M., Bergeron, S., Meana, M., Leclerc, B., Binik, Y.M., & Khalifé, S. (2008). Psychosexual characteristics of vestibulodynia couples: Partner solicitousness and hostility are associated with pain. *J Sex Med*, 5, 418–427. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00705.x
- Desrochers, G., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M. J., & Jodoin, M. (2009). Fear avoidance and self-efficacy in relation to pain and sexual impairment in women with provoked vestibulodynia. *The Clinical Journal of Pain*, 25(6), 520–527. doi:10.1097/AJP.0b013e31819976e3
- Dewitte, M. et al. (2010). Understanding sexual pain: A cognitive-motivational account. *Pain*, 152(2), 251-253. doi:10.1016/j.pain.2010.10.051
- Dewitte, M. (2014). On the interpersonal dynamics in sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(3), 209-232. doi:10.1080/0092623X.2012.710181
- Does, A.J.W. van der (2002). *BDI-II-NL. Handleiding. De Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory-2nd edition*. Lisse: Harcourt Test Publishers.

- Dozois, D.J.A., Dobson, K.S., Ahnberg, J.L. (1998). *A psychometric evaluation of the Beck Deression Inventory-II. Psychological Assessment*, 10(2), 83-89.
doi:10.1037/1040-3590.10.2.83
- Elmerstig, E.R.N., Wijma, B.M.D., & Berterö, C.R.N.T. (2008). Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain? *J Adol Health*, 43, 357-363. doi:10.1014/j.jadohealth.2008.02.011
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49, 709–724. doi:10.1037/0003-066X.49.8.709
- Foster, N.E., Thomas, E., Bishop, A., Dunn, K. M., & Main, C. J. (2010). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*, 148(3), 398–406.
doi:10.1016/j.pain.2009.11.002
- Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y. (2006). Psychometric properties of the Dutch Rosenberg self-esteem scale. *Psychologica Belgica*, 48(1), 25-35.
doi:10.5334/pg-48-1-25
- Friedrich, E.G. (1987). Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med*, 32, 110–114.
- Gates, E.A., & Galask, R.P. (2001). Psychological and sexual functioning in women with vulvar vestibulitis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 22(4), 221-228. doi:10.3109/01674820109049977
- Gordon, A. S., McComb, F., Melegari, C., & Sharp, S. (2003). Characteristics of women with vulvar pain disorders: Responses to a web-based survey. *J Sex & Marital Ther*, 29(1), 45–58. doi: 10.1080/713847126
- Granot, M., & Lavee, Y. (2005). Psychological factors associated with perception of experimental pain in vulvar vestibulitis syndrome. *J Sex Marital Ther*, 31, 285–302. doi: 10.1080/00926230590950208
- Harlow, B. L., & Stewart, E. G. (2003). A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of

vulvodinia? *Journal of the American Medical Women's Association*, 58(2), 82. doi:10.1016/j.jpag.2011.12.007

Hayes, S. C., Barnes- Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum.

Higgins, E.T. (1987). Self-Discrepancy: A theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340. doi:0033-295X/87/500.75

Janssen, E., Everaerd, W., Spiering, M., & Janssen, J. (2000). Automatic processes and the appraisal of sexual stimuli: toward and information processing model of sexual arousal. *J Sex Res*, 37, 8–23. doi:10.1080/00224490009552016

Jong, J., de, Ramakers, M., & van Lunsen, R. (1998). Het vulvair vestibulitis syndroom, een review. De dynamiek van een pijnlijk syndroom. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 22, 52-61.

Jodoin, M., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M-J., Desrochers, G., & Leclerc, B. (2008). Male partners of women with provoked vestibulodynia: attributions for pain and their implications for dyadic adjustment, sexual satisfaction and psychological distress. *J Sex Med*, 5, 2862–2870. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00950.x

Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Bruner Mazel Publishers.

Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999).Sexual dysfunction in the United States. *Jama*, 281(6), 537-544. doi:10.1001/jama.281.6.537.

Lundqvist, E.N., & Bergdahl, J. (2003). Vulvar vestibulitis: Evidence of depression and state anxiety in patients and partners. *Acta Derm Venereol*, 83, 369–373. doi:10.1080/00015550310003764

Lundqvist, E.N., & Bergdahl, J. (2005). Vestibulodynia (former vulvar vestibulitis): Personality in affected women. *J Obstet Gynaecol*, 26, 251–256. doi:10.1080/01674820500168350

- Masheb, R.M., Lozano-Blanco, C., Kohorn, E.I., Minkin, M.J. & Kerns, R.D. (2004). Assessing sexual function and dyspareunia with the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with vulvodynia. *J Sex Marital Ther*, 30(5), 315-324. doi:10.1080/00926230490463264
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*, Brown: Ishi Press International.
- Meana, M., Binik, Y.M., Khalife, S., & Cohen, D.R. (1997). Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *J Obstet Gynaecol.*, 90(4), 583–589. doi:10.1016/S0029-7844(98)80136-1
- Meana, M., Binik, Y.M., Khalife, S., & Cohen, D.R. (1997). Dyspareunia: sexual dysfunction or Pain Syndrome? *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185(9), 561–569. doi:10.1097/00005053-199709000-00005
- Meston, C.M. (2003). Validation of the female sexual function index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther.*, 29 (1), 39-46. doi:10.1080/713847100
- Nunns, D., Mandal, D. (1997). Psychological and psychosexual aspects of vulvar vestibulitis. *Genitourin Med*, 74, 541-544. doi:10.1136/sti.73.6.541
- Osman, A., Barrios, F.X., Gutierrez, P.M., Kopper, B.A., Merrifield, T., & Grittman, L. (2000). The pain Catastrophizing Scale: Further psychometric evaluation with adult samples. *Journal of behavioral medicine*, 23, 351-365. doi:10.1023/A:1005548801037
- Payne, K.A., Binik, Y.M., Amsel, R., & Khalifé, S. (2005). When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *Pain*, 9, 427–436. doi:10.1016/j.ejpain.2004.10.003
- Pukall, C. F., Binik, Y. M., Khalife, S., Amsel, R., & Abbott, F. V. (2002). Vestibular tactile and pain thresholds in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Pain*, 96, 163–175. doi:10.1016/S0304-3959(01)00442-0

- Reissing, E., Binik, Y. M., & Khalife, S. (1999). Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 261–274. doi:10.1097/00005053-199905000-00001
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2003). Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29(1), 47–59. doi:10.1080/713847095
- Reissing, E.D., Binik, Y.M., Khalife, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2004). Vaginal spasm, pain, and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav*, 33, 5–17. doi:10.1023/B:ASEB.0000007458.32852.c8
- Rellini, A.H., McCall, K.M., Randall, P.K., & Meston C. (2005). The relationship between women’s subjective and physiological sexual arousal. *Psychophysiology*, 24, 116–124. doi:10.1111/j.1469-8986.2005.00259.x
- Remue, J., De Houwer, J., Barnes-Holmes, D., Vanderhasselt, M.A., & De Raedt, R. (2013). Self-esteem revisited: performance on the implicit relational assessment procedure as a measure of self- versus ideal self-related cognitions in dysphoria. *Cogn Emot*, 27(8), 1441-1449. doi: 10.1080/02699931.2013.786681
- Rosen, N.O., Bergeron, S., Lambrecht, B., Steben, M. (2013). Provoked Vestibulodynia: mediator of the associations between partner responses, pain, and sexual satisfaction. *Arch Sex Behav*, 42, 129-141. doi:10.007/s10508-012-9905-y
- Rosen, N.O., Bergeron, S., Leclerc, B., Lambert, B., & Steben, M. (2010). Woman and partner-perceived partner responses predict pain and sexual satisfaction in provoked vestibulodynia (PVD) couples. *J Sex Med*, 7, 3715–3724. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01957.x
- Rosen, N.O., Bergeron, S., Glowacka, M., Delsile, I., Baxter, M.L. (2012). Harmful or helpful: perceived solicitous and facilitative partner responses are

differentially associated with pain and sexual satisfaction in women with provoked vestibulodynia. *J Sex Med.*, 9(9), 2351-2360. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02851.x

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C.M., Shabsigh, R., Ferguson, & D., D'Agostino. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191–208.

doi:10.1080/009262300278597

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Spano, L., & Lamont, J.A. (1975). Dyspareunia: a symptom of female sexual dysfunction. *Can Nurse*, 8, 22–25.

Sullivan, M. J. L., Bishop, S., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524–532.

doi:10.1037/1040-3590.7.4.524

Sungur, M.Z., & Gunduz, A. (2013). Critiques and challenges to old and recently proposed American Psychiatric Association's website DSM 5 diagnostic criteria for sexual dysfunctions. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23(1), 113-128. doi:10.5455/bcp.20130416063859

Ter Kuile, M.M., Brauer, M., Laan, E. (2005). De Female Sexual Function Index (FSFI) en de Female Sexual Distress Scale (FSDS): psychometrische eigenschappen in een Nederlandse populatie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 33(3), 207-222.

doi:10.1080/00926230600666261

Ter Kuile, M. M., van Lankveld, J. J. D. M., de Groot, E., Melles, R., Neffs, J., & Zandbergen, M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behavior Research and Therapy*, 45, 359-373. doi:10.1016/j.brat.2006.03.013

- Van Damme, S., Crombez, G., Vlaeyen, J.W.S., Goubert, L., Van den Broeck, A., Van Houdenhove, B. (2000). De Pain Catastrophizing Scale: psychometrische karakteristieken en normering. *Gedragstherapie*, 3, 211–222.
- Van der Velde, J., Laan, E., & Everaerd, W. (2001). Vaginismus, a component of a general defensive reaction. An investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion-inducing film excerpts in women with and without vaginismus. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 12, 328–331. doi:10.1007/s001920170035
- Van Lankveld, J.J., & Grotjohann, Y. (2000). Psychiatric comorbidity in het erosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview. *Arch Sex Behav*, 29, 479-498.
- Van Lankveld, J. J. D. M., ter Kuile, M. M., de Groot, H. E., Melles, R., Nefs, J., & Zandbergen, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 168-178. doi:10.1037/0022-006X.74.1.168
- Van Lankveld, J.D.M., Granot, M., Schultz, W.C.M. & Chahin Achtrari, M.D. (2010). Women's sexual pain disorders. *J Sex Med*, 7, 615–631. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01631.x
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317–332. doi:10.1016/S0304-3959(99)00242-0
- Witkin, S.S., Gerber, S., & Ledger, W.J. (2002). Differential characterization of women with vulvar vestibulitis syndrome. *Am J Obstet Gynecol*, 187, 589–594. doi:10.1067/mob.2002.125889
- Zentner, M., & Renaud, O. (2007). Origins of adolescents' ideal self: An intergenerational perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(3), 557-574. doi:10.1037/0022-3514.92.3.557

BIJLAGEN

- Bijlage 1** RRT trials – attributie statements
- Bijlage 2** RRT trials – target statements m.b.t. het actueel zelfbeeld
- Bijlage 3** RRT trials – target statements m.b.t. het ideaal zelfbeeld

Bijlage 1: RRT trials¹⁰ – attributie statements

Ik ben in de Faculteit Psychologie.

Ik zit in een kamer.

Ik neem deel aan een experiment.

Ik ben in Gent.

Ik zit voor de computer.

Ik ben in de Stadsbibliotheek.

Ik zit in de badkamer.

Ik ben in een wegrerestaurant.

Ik ben op een tenniswedstrijd.

Ik ben in een winkel.

Bijlage 2: RRT trials – target statements m.b.t. het actueel zelfbeeld

Ik ben goed in bed.

Ik ben speels en uitdagend in bed.

Ik ben seksueel aantrekkelijk.

Ik ben seksueel zelfzeker.

Ik ben een seksueel opwindende vrouw.

Ik ben seksueel onaantrekkelijk.

Ik ben een teleurstelling in bed.

Ik ben preuts in bed.

Ik ben onzeker op seksueel gebied.

Ik ben seksueel onbekwaam.

¹⁰ Alle trials werden aangeboden in het lettertype tahoma met letterkorps 28.

Bijlage 3: RRT trials – target statements m.b.t. het ideaal zelfbeeld

Het is belangrijk voor mij om een passionele vrouw te zijn.

Ik wil een sexy vrouw zijn.

Ik streef ernaar om seksueel zelfzeker te zijn.

Het is mijn wens om seksueel competent te zijn.

Het is mijn ideaal om spontaan te zijn in bed.

Het maakt me niet uit of ik goed ben in bed.

Ik maak me weinig zorgen om mijn seksuele competentie.

Ik ben er niet mee bezig of ik geremd ben in bed.

Het houdt me niet echt bezig of ik seksueel zeker ben.

Passioneel zijn is voor mij eerder bijkomstig.

Het is voor mij niet belangrijk om een goede vriend te zijn.

Het houdt me niet echt bezig of ik creatief ben.

Het maakt me niet uit of ik sociaal ben.

Ik streef ernaar om een goede vriend te zijn.

Creatief zijn is voor mij een belangrijk doel.

Het is belangrijk voor mij om sociaal te zijn.