Case Report

Samenwerking tussen

bekkenfysiotherapie en logopedie,

voor een vrouw

met dyspareunie- en stemklachten.

Linda van Bemmelen – Pothuizen

Cohort 2012-2014

Verkorte opleiding Master Bekkenfysiotherapie

Fysiotherapie Amstelhoek

Van Dijklaan 6, 1427 AE Amstelhoek

[www.fysiotherapieamstelhoek.nl](http://www.fysiotherapieamstelhoek.nl)

Aantal woorden abstract: 150 woorden

Aantal woorden case report: 2485 woorden

Aantal woorden grafieken: 27 woorden

Afkortingen

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DP Diafragma Pelvicus

DR Diafragma Respiratorius

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMG Electromyografie

EuroQOL Euro Quality Of Life

IAD Intra-Abdominale Druk

ICC Inter Correlation Coëfficient

ICD International Classification of Diseases

MIC Minimal Important Change

MRI Magnetic Resonance Imaging

NRS Numeric Rating Scale

PSK Patiënt Specifieke Klachtenlijst

VAS Visual Analoge Scale

Samenvatting

Achtergrond:

In een eerstelijns bekkenfysiotherapiepraktijk presenteren zich vrouwen met dyspareunie. Een deel van deze vrouwen toont een hoog thoracale ademhaling met stemklachten. In de literatuur blijkt dat bekkenbodem, diafragma, larynx, intra-abdominale druk(IAD) en ademhaling een functionele samenhang vertonen.

Methode:

Bij deze casus zijn er secundaire oppervlakkige dyspareunieklachten bij coitus[[1]](#endnote-1) [[2]](#endnote-2) en stemklachten. De bekkenfysiotherapeutische- en logopedische interventies, richten zich op hun eigen domein, waarbij het ademhalingssysteem een gezamenlijk aangrijpingspunt is, om invloed uit te oefenen op de bekkenbodem- en de larynxfunctie. De uitkomstmaten pijn, bekkenbodemactiviteit, mictiepatroon, kwaliteit van leven en participatieproblemen worden gemeten met de Visual Analoge Scale(VAS), myofeedback- en inwendig onderzoek, mictiedagboek, Euro Quality Of Life(Euro-QOL) en de Patiënt Specifieke Klachtenlijst(PSK).

Resultaat:

Na 5 maanden waarin 11 bekkenfysiotherapie en 6 logopedie behandelingen, kan mevrouw pijnvrij coïteren en zonder stemklachten presenteren.

Conclusie:

Samenwerking tussen bekkenfysiotherapie en logopedie[[3]](#endnote-3) lijkt een gunstige behandelstrategie bij dyspareunie- en stemklachten. Verder onderzoek wordt aanbevolen.

Inleiding

Binnen Gezondheidscentrum Waterlinie werken bekkenfysiotherapeuten en logopedisten samen, beide vanuit ademhaling en bewegingsapparaat. In de dagelijkse praktijk wordt vaak een relatie tussen stemproblemen en dyspareunieklachten gezien, waarbij samenwerking geindiceerd is.

Voor dyspareunie, gedefinieerd als een seksuele dysfunctie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (DSM V)1 International Classification of Diseases-10(ICD-10)2, die zich manifesteert als genitale pijn voor, gedurende en na geslachtsgemeenschap meldt Danielsson et.al een prevalentie van 10% bij vrouwen (30-39 jaar) met ernstige, langdurige dyspareunie (> 6 maanden)[[4]](#endnote-4).

Dyspareunie vermindert de kwaliteit van leven en kan (seksuele)relatieproblemen veroorzaken[[5]](#endnote-5). Een combinatie van biopsychosociale factoren speelt een oorzakelijke rol[[6]](#endnote-6). De incidentie van vrouwen die de huisarts raadpleegd voor een seksueel functieprobleem was 60 per 100.000, meestal met rede dyspareunie en een verminderd seksueel verlangen[[7]](#endnote-7).

Dyspareunie bestaat aanvankelijk alleen bij penetratie en verdwijnt tijdens de coïtus; na de coïtus resteert een schraal, branderig gevoel. Geleidelijk ontstaat een vicieuze cirkel en nemen de klachten van dyspareunie toe, tot gemeenschap onmogelijk wordt. De schraalheid en branderigheid verergeren en blijven permanent aanwezig. Provocatie door fietsen, zwemmen in chloorwater en dragen van strakke broeken. Vaak is mictie pijnlijk, zeker indien de urine door een te lage vochtinname geconcentreerd is. Huisartsen en bekkenfysiotherapeuten kunnen vroegtijdig efficiënt en effectief interveniëren door herkenning van de reeks klachten passend bij de overactieve bekkenbodem[[8]](#endnote-8) [[9]](#endnote-9).

Recente studies suggereren dat bekkenbodemspieren een rol spelen in de pathofysiologie van dyspareunie, waardoor pijn in het vestibulum wordt uitgelokt[[10]](#endnote-10) [[11]](#endnote-11).

Er is een anatomische en functionele interactie tussen bekken(bodem), diafragma, buik, rug, ademhaling en intra-abdominale druk(IAD)[[12]](#endnote-12) [[13]](#endnote-13) [[14]](#endnote-14) [[15]](#endnote-15). De bekkenbodem levert een bijdrage aan ademhaling- en houdingsfuncties[[16]](#endnote-16). Contractie van de bekkenbodemspieren verhoogt de IAD in geringe mate[[17]](#endnote-17) [[18]](#endnote-18).

Met dynamische magnetic resonance imaging(MRI) opname is bij gezonde vrouwen tijdens ademen en hoesten gedemonstreerd, dat het diafragma respiratorius(DR) en diafragma pelvicus(DP) parallel in cranio-caudale richting bewegen, en synchroon daarmee, veranderingen plaatsvinden in de diameter van de buikwand[[19]](#endnote-19). De bekkenfysiotherapeut vraagt tijdens diafragmaal ademen gedurende de inspiratie vooral de buikwand te bewegen en de beweging van de borstkas te beperken. Het doel is de beweging van de borstkas en de distributie van de ventilatie te verbeteren en het energiegebruik van de ademhaling, de bijdrage van de tussenribspieren en de kortademigheid te reduceren[[20]](#endnote-20).

Een oppervlakkige hoog thoracale adembeweging leidt tot onvoldoende "ademsteun", waardoor de stem draagkracht mist en ingehouden overkomt. Bij deze wijze van ademen spannen de buikspieren continue licht aan, waardoor uitzetting van de flanken en afdaling van middenrif niet kan plaatsvinden21 54. Door aanspannen van de buikspieren wordt ook een actie van de bekkenbodem onderhouden, omdat selectief aanspannen van de diepe buikmusculatuur, zonder activiteit van de bekkenbodem en omgekeerd niet mogelijk blijkt17 18. Er kan overactiviteit in de bekkenbodem ontstaan.

Vulvaire pijn kan ook leiden tot ‘overactiviteit’ van de bekkenbodem. Actie van de bekkenbodem onderhoudt wederkerig actie van de diepe buikmusculatuur, hierdoor is buikademhaling niet vrij mogelijk en kunnen stemklachten ontstaan. Ter compensatie van de zwakke stem treedt een hyperfunctie op rondom het larynxgebied, waardoor stembanden onder grote spanning komen en stemvermoeidheidsklachten in de hand werkt[[21]](#endnote-21) 23 24 25. Zo redenerend kunnen stemklachten de dyspareunie onderhouden en omgekeerd.

De logopediste grijpt aan op de adem en larynxregio en daarmee de stemklachten(bijlage 4 en 5)23 24.

De bekkenfysiotherapeut hanteert voor dyspareunieklachten een meersporenbeleid66 67 68 , omdat er geen richtlijn is, waarin voorlichting55 56 57 58 59, bewustwording61 62 63, electromyografie(EMG)43, ademhaling54, bekkenbodemcoördinatie56, ontspanning60 64 en sensate focus oefeningen65 66 als interventies worden ingezet. In deze casus wordt daarbij samenwerking met de logopedie volgens de coördinatietherapie van Öcker21 [[22]](#endnote-22) 23 24 25 toegevoegd. De coördinatietherapie van Elfriede Öcker berust op een holistische benadering, waarin logopedie en bekkenfysiotherapie samenwerken. In de therapie kijkt men naar forceringen en correlaties tussen verschillende functies als adem, houding, beweging, articulatie en stemgeving21 [[23]](#endnote-23) [[24]](#endnote-24) [[25]](#endnote-25).

Dit case report beschrijft een bekkenfysiotherapeutische behandeling in samenwerking met logopedie, bij een 32-jarige vrouw met dyspareunie- en stemklachten.

Materiaal en methode

Diagnostisch proces

Tijdens de anamnese zijn de aandachtsgebieden genoemd in de ‘International Classification of Functioning, Disability and Health Organisation’(ICF) en International Continence Society(ICS) uitgevraagd[[26]](#endnote-26).

De casus beschrijft een 32- jarige sportieve vrouw, met twee kinderen en een administratieve baan, verwezen door de gynaecoloog. Sinds het verwijderen van de spiraal (in verband met menorrhoea), een half jaar geleden, is er een schrale, pijnlijke vulva ontstaan69 70 71.

Uit de algemene en regio specifieke anamnese blijken geen rode vlaggen29 38. Opvallend is de gesloten zithouding, de monotone, snelle spraak en de hoog thoracale ademhaling. Zij vertelt dat na het vrijen, de schedehuid pijnlijk en schraal voelt, geprovoceerd door fietsen, dragen van inlegkruisjes en strakke broeken. Zinkzalf verlicht de branderigheid. De gynaecoloog adviseert een coïtusverbod. Buiten frequency zijn er geen plasproblemen. s’Avonds heeft mevrouw een hinderlijk ruikend, vochtig kruis, door afscheiding. De overmatige witte fluor is onderzocht en blijkt geen schimmel of infectie te zijn. Rond de menstruatie en de eisprong heeft zij urgency klachten. Ontlasting varieert tussen 3xdaags tot om de 3 dagen, Bristol stool type 1-3. Door voldoende vochtintake en vezels ervaart mevrouw de defecatie zonder problemen.

Mevrouw heeft twee probleemloze thuisbevallingen(2005/2009) gehad, gebruikt geen medicijnen en is nooit geopereerd. Haar vulvaire pijn schommelt tussen VAS 4-10, zij heeft geen buikpijn. Voorheen heeft zij lage rugpijn gehad, echter nu geen klachten van het bewegingsapparaat.

Als bankmedewerkster moet zij representatief gekleed zijn en regelmatig presenteren, waarna zij hees is. Mevrouw biedt mantelzorg aan haar ouders. Haar vader is manisch-depressief en haar ouders gaan scheiden. Door drukte komt zij niet tot sporten. Nu haar pijnklachten niet alleen de seksuele activiteiten hinderen, maar ook het dagelijkse fietsritje naar school, staat zij open voor behandeling. Het leidt haar gedachten af en vermindert de kwaliteit van leven. Binnen de relatie is er begrip voor haar klachten. Mevrouw heeft een goed libido en zij benutten alternatieven voor geslachtsgemeenschap[[27]](#endnote-27). Zij kan zich moeilijk voorstellen dat haar klachten voortkomen uit een hoge spierspanning van de bekkenbodem. Maar de pijnsensatie en schraalheid passen niet bij eerdere ervaringen met schimmelinfectie. Wel voelt zij verkramping als zij afscheiding voelt komen. Haar primaire hulpvraag is pijnvermindering tijdens gemeenschap en fietsen. Secundair wil zij zonder stemproblemen kunnen presenteren.

**Hypothesen en onderzoeksdoelstellingen**

De dyspareunieklachten en de verstoorde mictiefunctie kunnen veroorzaakt worden door een overactieve bekkenbodem9 10 11. Echter mictieproblemen kunnen ook door onderactiviteit of een coördinatiestoornis van de bekkenbodem ontstaan40 41. Bij een verstoorde coördinatie van de bekkenbodem kan ook de ademhaling verstoren12 13 14 15 met mogelijk stemproblemen als gevolg21 23 24 25.

Om de hulpvraag ‘pijn rondom vrijen en tijdens fietsen’ te inventariseren wordt de VAS score gebruikt. De afname van kwaliteit van gezondheid wordt gescoord door de Euro QOL. De frequency en urgency worden in kaart gebracht middels een mictiedagboek. Na het tekenen van een informed consent, worden inwendig vaginaal onderzoek en myofeedback uitgevoerd om een gevalideerde uitspraak te kunnen doen over de functie van de bekkenbodemspieren. Participatie beperkingen worden inzichtelijk gemaakt met de PSK. De ademhaling wordt omschreven na observatie.

**Klinimetrie**

De VAS[[28]](#endnote-28) [[29]](#endnote-29) is een eenvoudige, aspecifieke meetschaal voor pijn en wordt evaluatief ingezet. Psychometrisch heeft de VAS bij volwassenen met acute pijn een goede test-hertest betrouwbaarheid van 0,9728 en de minimal important change(MIC)20mm[[30]](#endnote-30) [[31]](#endnote-31) is bekend, waardoor er een goede uitspraak gedaan kan worden over de mate van pijn en de klinisch relevante veranderingen.

De EQ-5D[[32]](#endnote-32) is ingezet, omdat er zowel op vijf individuele gezondheidsniveaus, als op een totaal ervaren biopsychosociale kwaliteit van leven gescoord wordt[[33]](#endnote-33). De EQ-5D heeft een goede test-hertest betrouwbaarheid met een inter-correlation-coëfficient(ICC)=0.73-0.74[[34]](#endnote-34) en een goede face validiteit en responsiviteit[[35]](#endnote-35).

De frequency en periodieke urgency worden aanvankelijk diagnostisch en later evaluatief in kaart gebracht. Hiervoor is een 7-daags mictiedagboek wenselijk[[36]](#endnote-36) [[37]](#endnote-37), maar te belastend voor de patiënt. Daarom wordt gekozen voor een 2-daags mictiedagboek, welke voldoende valide is, met een reproduceerbaarheid voor de mictiefrequentie van ICC= 0.72-0.83 en voor het mictievolume ICC=0.72-0.93[[38]](#endnote-38) [[39]](#endnote-39) [[40]](#endnote-40). Een mictiedagboek geeft inzicht in type incontinentie, onvrijwillig urineverlies en activiteiten tijdens dit verlies en variabelen als plasfrequentie, drang en ophoud gedrag[[41]](#endnote-41).

Om een uitspraak te kunnen doen over het functioneren van de bekkenbodemspieren wordt inwendig vaginaal onderzoek en Electromyografie(EMG) meting verricht. Vaginale/anale palpatie is snel, relatief eenvoudig uit te voeren en kostenefficiënt. Het protocol van Slieker-ten Hove[[42]](#endnote-42), is gebaseerd op de terminologie van de ICS en heeft een bevredigende facevaliditeit in intra-beoordelaar betrouwbaarheid.

Hoewel de correlatie tussen EMG-resultaten en spierfunctie in de zin van kracht en uithouding onzeker is[[43]](#endnote-43) [[44]](#endnote-44), wordt EMG onderzoek als ‘state of art’ toch ingezet om bewustwording, inzicht en motivatie te kunnen geven over de bekkenbodemfunctie. Er wordt gemeten met de Myomed 632 van PelviTec met de periform+[[45]](#endnote-45). Voor de inventarisatie en evaluatie van de mate van beperkingen, wordt de PSK[[46]](#endnote-46) [[47]](#endnote-47) gebruikt, omdat deze aan te passen is, om de specifieke functionele status (hulpvraag) in kaart te brengen. En als hulpmiddel kan dienen om (sub)doelen SMART te maken. Als methodologische kwaliteit van de PSK is er een voldoende constructvaliditeit in correlatie met de pijnintensiteit (VAS)r=0.70-0.80. Naast VAS kan er ook gescoord worden op de Numeric Rating Scale(NRS)[[48]](#endnote-48). De bekkenbodemspieren zijn samen met de diepe buikspieren en het DR verantwoordelijk voor de IAD. Als valide meetinstrument om ademhaling te meten is er objectieve intra-abdominale drukmeting[[49]](#endnote-49) [[50]](#endnote-50). Voor eerstelijns bekkenfysiotherapiepraktijk is dit meetinstrument niet voor handen en hetzelfde geldt voor diafragma EMG[[51]](#endnote-51) [[52]](#endnote-52). Tot op dit moment zal daarom door observatie een uitspraak over de ademhaling gedaan worden(bijlage 6)52 [[53]](#endnote-53).

.

Uit de meting op T0 blijkt tijdens coïtus de VAS 100mm, erna 70mm en vervolgens nog drie dagen

napijn 40mm. Haar kwaliteit van leven geeft zij een 5, waarbij niet kunnen coïteren en fietsen als grootste participatieproblemen genoemd worden. Zij drinkt rond de 2L en geeft gehoor aan drang met een plasvolume tussen 90-500ml en een frequentie rond 12x overdag en 1x in de nacht. Palpatie toont een nauwe introïtus met pijn tussen 4 en 9. De urethrale lift is aanwezig en de contractiekracht is sterk, de relaxatie is traag en partieel. Duurcontractie is matig. Myofeedback bevestigt bovenstaande en toont veel deviatie in de ontspanning en onvoldoende coördinatie(bijlage 3).

Ademinspektie toont in zit en lig een oppervlakkig, hoog thoracale ademhaling, er is zichtbaar spanning van de muscules obliquus abdominus internus en externus en de musculus transversus abdominus. Na instructie lukt de flank- en buikademhaling20 53 [[54]](#endnote-54). De bekkenfysiotherapeutische werkdiagnose is een overactieve bekkenbodem met daarbij een hoog thoracale ademhaling.

Als einddoel wordt gesteld in 18 weken (T2) een afname van de dyspareunie van VAS 10 naar 0, zonder napijn. En een afname van de frequency en urgency. Daarbij kan mevrouw ongehinderd fietsen, hardlopen en zonder stemproblemen presenteren.

**Therapeutisch proces**

In week 1-5, waarin 3 behandelingen, wordt voorlichting[[55]](#endnote-55) over de bouw en functie van de bekken(bodem) in relatie tot seksualiteit, defecatie en mictie uitgelegd[[56]](#endnote-56). De mictielijst wordt uitgelegd en meegegeven36 37 38. Vanwege de heftige pijn wordt een pijnverbod bij coïtus geadviseerd, uitgelegd met het ‘model voor dyspareunie’[[57]](#endnote-57) [[58]](#endnote-58) [[59]](#endnote-59). De gesloten, gespannen houding wordt bewust gemaakt en behandeld met ontspanning-[[60]](#endnote-60) 64 en lichaamsbewustzijnsoefeningen(mindfullnes)[[61]](#endnote-61) [[62]](#endnote-62) [[63]](#endnote-63). Er wordt inzicht geven in de samenwerking tussen bekkenbodem, romp en DR tijdens ademhaling en begonnen met ademhalingsoefeningen20 54. Bekkenbodemspieroefeningen worden aangeleerd: Hands-on56 en door educatief myofeedback43.

In week 6-12, waarin 7 wekelijkse behandelingen worden de ontspanning60  [[64]](#endnote-64)-, ademhaling54- en bekkenbodemoefeningen56 uitgebreid vanuit de oefensetting naar algemeen dagelijkse activiteiten, zoals werken, autorijden, wandelen en hardlopen. In week 8 starten de sensate focus oefeningen[[65]](#endnote-65) [[66]](#endnote-66) en wordt de logopedie volgens de Öcker methodiek, voor verbetering van adem en lichaamshouding en de Coblenzer methode, voor koppeling van de adem aan de stemgeving toegevoegd(Bijlage 4-5). In week 10 is coïtus toegestaan. Al naar gelang de behoefte wordt de voorlichting nogmaals herhaald. In week 18 één evaluerende behandeling, waarin eindmeting en korte nabespreking oefeningen(Bijlage 2 Journaalposten).

Resultaten

Er zijn drie meetmomenten geweest op 16-04-13(T0), 02-07-13(T1) en 13-08-13(T2). Palpatie en EMG tonen een willekeurige aansturing van de bekkenbodem, vlottere relaxatie en geringe verlaging van de rusttonus(Bijlage 3). Op T2 is er een klinisch relevante verbeteringen (>2mm) op de VAS, EuroQOL en PSK gemeten. De VAS- score is van 10 naar 0(grafiek 1), de Euro Qol van 5 naar 8(grafiek 2), en de PSK toont vooruitgang bij seksuele activiteiten(9), fietsen(5,5) en wandelen(4) allen naar 0(grafiek 3). De mictiefrequentie overdag is van 12 naar 9x en s ’nachts van 1 naar 0x gegaan. Mevrouw ademt met een ontspannen buik en diafragma, zij ervaart een ontspannen lichaamshouding en omschrijft dat als ‘ruimte’ in het buikbekken gebied. Tijdens presenteren ondersteunt haar adem een beter stemgebruik met goede intonatie.

*Tabel 1. Meetsresultaten VAS*  o*p 16-04-13(T0), 02-07-13(T1) en 13-08-13(T2)*

*Tabel 2. Meetresultaten EuroQOL* *op 16-04-13(T0), 02-07-13(T1) en 13-08-13(T2)*

*Tabel 3. Meetresultaten PSK* o*p 16-04-13(T0), 02-07-13(T1) en 13-08-13(T2)*

Discussie

Dit case report beschrijft een bekkenfysiotherapeutische behandeling in samenwerking met logopedie, bij een 32-jarige vrouw met dyspareunie- en stemklachten. Literatuur adviseert bij dyspareunie een meersporenbeleid66 en kent meerdere succesvolle behandelopties10 11 56 [[67]](#endnote-67). Davis et.al 2013[[68]](#endnote-68) melden pijn vermindering na fysiotherapie, seks/psychotherapie en medicatie/operatie, waarbij niet één monotherapie beter resultaat gaf. Maar ook zonder therapie rapporteerde 41% pijnafname. Ook in deze casus kan er sprake zijn van natuurlijk herstel.

Gebruik van seksuele vragenlijsten had inzicht kunnen geven in seksueel functioneren, ervaren persoonlijke hinder en relationele tevredenheid66 67 . Gezien de hoge VAS score zal er invloed op libido en opwinding zijn geweest, hoewel mevrouw beweert op een creatieve manier nog steeds goede seks te hebben. Er is gekozen voor een pijn en algemene kwaliteit van leven vragenlijsten, omdat mevrouw op meerdere levensgebieden klachten benoemd. De PSK en de EuroQol geven onvoldoende antwoord op seksuele problematiek. Ook is de doelstelling in 18 weken van VAS 10 naar 0, prestigeus, onrealistisch en had beter geanalyseerd moeten worden.

Er is geen evidentie over de duur van een behandeling bij dyspareunieklacht, omdat de achterliggende oorzaken individueel verschillend zijn4 5 6 . Het is waarschijnlijk, dat de vicieuze cirkel van pijn en dysfunctionele bekkenbodemspieren, kan verergeren door cognitieve, affectieve (zorgen om ouders) en gedragsfactoren (hoge werkdruk/moederrol)10 en overige comorbiditeit[[69]](#endnote-69). Deze impact is niet middels een meetinstrument gemeten. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4 DKL)[[70]](#endnote-70) had inzicht kunnen geven in de invloed van deze factoren.

In hoeverre is het verwijderen van het spiraal en daarmee een verandering in hormonale gevoeligheid van het slijmvlies en de doorbloeding[[71]](#endnote-71) [[72]](#endnote-72) en tijdens de behandeling de wisselingen in anticonceptie, niet de oorzaak/onderhoudende factor van de pijnklachten geweest, met overactiviteit van bekkenbodemspieren als gevolg.

De literatuur levert valide onderbouwingen voor de samenhang van bekkenbodem, ademhaling en buikdruk12 13 14 15 16 17. Echter in de eerstelijns praktijk is er geen valide meetinstrument voorhanden om een uitspraak te doen over de kwaliteit van adem en buikdruk. Observatie20 53 54 is de enige mogelijkheid, wat zeer subjectief is. Er zijn geen uniforme afspraken over een ‘goede’ ademhaling?

De coördinatie therapie van Öcker waarin bekkenfysiotherapeuten en logopedisten samenwerken bij dyspareunie en stemklachten, biedt een goede aanzet, maar er is meer onderzoek en standaardisering van behandeling nodig. Hodges en Jull(najaar 2014)54 onderzoeken de relatie tussen spanning van de glottis en bekkenbodem en het effect op buikdruk en ademhaling.

Binnen Gezondheidscentrum Waterlinie is klinische ervaring opgedaan, dat samenwerking bij deze klachten gunstig kan werken, echter zonder evidentie en geprotocolleerde behandelstrategie. Verder onderzoek wordt aanbevolen.

Literatuur

1. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. Arch Sex Behav. 2010 Apr;39(2):292-303. doi: 10.1007/s10508-009-9563-x. [↑](#endnote-ref-1)
2. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010> [↑](#endnote-ref-2)
3. <http://www.logopedie-vanniele.nl> [↑](#endnote-ref-3)
4. Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H, Wikman M. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study Taylor & Francis healthsciences 2003.ISSN 0301-7311 [↑](#endnote-ref-4)
5. Pazmany E, Bergeron S, van Oudenhoven L, Verhaeghe J, Enzlin P. Body Image and genital self-image in pre-menopausal women with dyspareunia. Arch Sex Behav (2013)42:999-1010. [↑](#endnote-ref-5)
6. Revicky V, Mukhopadhyay S, Morris E. Dyspareunia in gynaecological practice. Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine 22:6. Elsevier Ltd 2012. [↑](#endnote-ref-6)
7. Kedde, H., Donker, G., Leusink, P. Incidentie van seksuele functieproblemen. Huisarts en Wetenschap: 2013, 56(2), 62-65. [↑](#endnote-ref-7)
8. Richtlijn NVOG Vulvodynie http://www.nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=23701&richtlijn [↑](#endnote-ref-8)
9. <http://www.nvog.nl/Sites/Files/0000000184_BEKKENBODEMKLACHTEN%20BIJ%20VROUWEN.pdf> NVOG Voorlichtingbrochure bekkenbodemklachten bij vrouwen. [↑](#endnote-ref-9)
10. Bergeron S, Rosen NO, Morin M. Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. Pain 152(2011)1223-1225. [↑](#endnote-ref-10)
11. Morin M, Bergeron S. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of dyspareunia in women. Sexologies (2009)18, 19-94 [↑](#endnote-ref-11)
12. Smith MD, Coppieters MW, Hodges PW. Postural activity of the pelvic floor muscles is delayed during rapid arm movements in women with stress urinary incontinence. J Int Urogynecol (2007) 18:901–911. [↑](#endnote-ref-12)
13. Talasz H, Kofler M, Kalchschmid E, Pretterklieber M, Lechleitner M. Breathing with the pelvic floor? Correlation of pelvic floor muscle function and expiratory flows in healthy young nulliparous women. Int urogynecol J (2010)21:475-481. [↑](#endnote-ref-13)
14. Hodges PW, Heijnen I, Gandevia SC. Postural activity of the diaphragm is reduced in humans when respiratory demand increases. [↑](#endnote-ref-14)
15. Smith MD, Russell A, Hodges PW. Do Incontinence, Breathing Difficulties, and Gastrointestinal Symptoms Increase the Risk of Future Back Pain? Clinical Centre of Research Excellence, Division of Physiotherapy, School of Health and Rehabilitation Sciences. The University of Queensland, Herston, Queensland, Australia. The Journal of Pain, Vol 10, No 8 (August), 2009: pp 876-886. [↑](#endnote-ref-15)
16. Hodges PW, Sapsford R, Pengel LG, Postural and respiratory functions of the pelvic floor muscles. Neurourol Urodyn. 2007;26(3):362-71. [↑](#endnote-ref-16)
17. Neumann P, Gill V. Pelvic Floor and Abdominal Muscle Interaction: EMG activity and intra-abdominal pressure Int Urogynecol J (2002) 13:125–132. [↑](#endnote-ref-17)
18. Sapsford RR, Hodges PW, Richardson CA, Cooper DH, Markwell SJ. Jull GA. Co-activation of the abdominal and pelvic floor muscles during voluntary exercises. Neurourol Urodyn 2001;20(10:31-42. [↑](#endnote-ref-18)
19. Talasz H, Kremser C, Kofler M, Kalchschmid E, Lechleitner M, Rudisch A. Phase-locked parallel movement of diaphragm and pelvic floor during breathing and coughing-a dynamic MRI investigation in healthy females. Department of Internal Medicine, Hochzirl Hospital, 6170 Zirl, Austria. In t.Urogynecol J(2011)22:61-68 [↑](#endnote-ref-19)
20. KNGF-richtlijn Chronisch obstructieve longziekten Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie Jaargang 118 • Nummer 4 • 2008 [↑](#endnote-ref-20)
21. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. Stem in zicht. Internet site [www.nvlf.logopedie.nl](http://www.nvlf.logopedie.nl) beschikbaar via <http://www.ieder1stem.nl/steminzicht.htm> [↑](#endnote-ref-21)
22. Faubion SS, Shuster LT, Bharuchac AE. Recognition and Management of Nonrelaxing Pelvic Floor Dysfunction. Mayo Clin Proc. 2012 February; 87(2): 187–193. [↑](#endnote-ref-22)
23. Demmink-Geertman L, Duits-Schouten S. Elfiriede Öcker coördinatie methode. Beschikbaar via Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVFL) <http://www.coordinatie-stemtherapie.nl>. [↑](#endnote-ref-23)
24. Demmink-Geertman L, Duits-Schouten S, De coördinatietherapie van Elfriede Öcker. Holistische benadering van de wisselwerkingen van adem, voedselopname, spreken en stemgeving. 2006 Harcourt Book publishers [↑](#endnote-ref-24)
25. Demmink-Geertman, Lize & Philippe Henri Dejonckere. Differential effects of voice therapies on neurovegetative symptoms and complants. Journal of Voice. (2009). Vol. 23: oct. [↑](#endnote-ref-25)
26. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK,

    Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS)

    Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. Neurourology and Urodynamics

    29:4–20 (2010) [↑](#endnote-ref-26)
27. Both S. Gesignaleerd. Reacties van partners op pijn bij het vrijen. Tijdschrift voor Seksuologie, (2011) 35-1, 34-36

    . [↑](#endnote-ref-27)
28. Sim J, Waterfield J. Assessment of chronic pain. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale J pain; 1983 May;16(1):87-101 Validity, reliability and responsiveness in the assessment of pain. Physiotherapy Theory and Practice, 1997, 13, 23-37 [↑](#endnote-ref-28)
29. Vleeming A, Hanne A, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B, European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. Official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society 2008;17(6):794-819 [↑](#endnote-ref-29)
30. Salaffi F, Stancati A, Silvestri CA, Ciapetti A, Grassi W. Minimal clinically important changes in chronic musculoskeletal pain intensity measured on a numerical rating scale. Eur J Pain. 2004;8:283-291 [↑](#endnote-ref-30)
31. Collins LC, Moore A, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres. Pain. 1997; 72(1-2):95-97 [↑](#endnote-ref-31)
32. Lamers LM, Stalmeier PF, McDonnell JM, Krabbe PFM, Busschbach JJ. Kwaliteit van leven meten in economische evaluatie: het Nederlands EQ-5D-tarief.Ned Tijdschrift Geneeskunde 2005;149:1574-8. [↑](#endnote-ref-32)
33. Szende A, Williams A. Measuring Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D. An Instrument to value Health from the EuroQol Group 2004. [↑](#endnote-ref-33)
34. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Yfantopoulos J, Dimitrakaki C, Tountas Y. Validity of the EuroQoL (EQ-5D) instrument in a Greek general population.Value Health. 2008 Dec;11(7):1162-9. doi: 10.1111/j.1524-4733.2008.00356.x. Epub 2008 May PMID:18489492 [↑](#endnote-ref-34)
35. Soer R, Reneman MF, Speijer BL, Coppes MH, Vroomen PC. Clinimetric properties of the EuroQol-5D in patients with chronic low back pain. The Spine Journal Volume 12, Issue 11 , Pages 1035-1039, November 2012. [↑](#endnote-ref-35)
36. Brown NP, Chapple CR. Frequency-volume charts in the assessment and evaluation of treatment:how should we use them? Eur Urol 2004; 46:636-640. [↑](#endnote-ref-36)
37. Wyman JF, Choi SC, Harkins SW, Wilson MS, Fantl JA. The urinary diary in evaluation of incontinent women: a test-retest analysis. Obstet Gynecol 1988; 71: 812–817. [↑](#endnote-ref-37)
38. Larsson G, Victor A. Micturition patterns in a healthy female population, studied with a frequency/volume chart. Scand J Urol Nephrol Suppl 1988; 114: 53–57 [↑](#endnote-ref-38)
39. Larsson G, Abrams P, Victor A. The frequency/volume chart in detrusor instability. Neurourol Urodyn 1991; 10: 533–543 [↑](#endnote-ref-39)
40. Groutz A, Blaivas JG, Chaikin DC, et al. Noninvasive outcome measures of urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: a multicenter study of micturition diary and pad tests. J Urol 2000; 164: 698–701 [↑](#endnote-ref-40)
41. KNGF-richtlijn Stress (urine-)incontinentie Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie Jaargang 121 · Nummer 3 · 2011. [↑](#endnote-ref-41)
42. Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard A, Eijkemans MJ, Vierhout ME, Steegers-Theunissen RP. Face

    validity and reliability of the first digital assessment scheme of pelvic floor muscle function conform the

    new standardized terminology of the International Continence Society. Neurourol Urodyn 2009 ; 28(4):295-300 [↑](#endnote-ref-42)
43. Vodusek DB. Electromyography. In Bo K, Berghmans B, Morkved S, Kampen M van,editors. Evidence based physical therapy for the pelvic floor. Bridging science and clinical practice. Edinburgh: Butterwordth Heinemanss Elsevier;2007.p.56-63 [↑](#endnote-ref-43)
44. Auchincloss C, McLean L. Does the presence of a vaginal probe alter pelvic floor muscle activation in young, continent women? School of Rehabilitation Therapy, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada. J Electromyogr Kinesiol. 2012 Dec;22(6):1003-9. [↑](#endnote-ref-44)
45. PelviTec BV, internet site PelviTec. Beschikbaar via: Bekkenfysiotherapie, vaginaal probes, Periform+; http://www.pelvitec.nl/pelvitec/index.php?menuid=232 [↑](#endnote-ref-45)
46. Küsters C, Schmitz T, Schröders V. De “juiste vraag“ gesteld?!: het aanpassen van de vragenlijst Patiënt Specifieke Klachten (PSK) aan verschillende ziektebeelden: scriptie opleiding fysiotherapie. Heerlen: Hogeschool Zuyd; 2006 [↑](#endnote-ref-46)
47. Beurskens AJHM. A patient-specific approach for measuring functional status in low back pain. In Low back pain and traction:thesis. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg; 1996. P.83-96. [↑](#endnote-ref-47)
48. Peters ML, Patijn J, Lamé I. Pain assessment in younger and older pain patients: psychometric properties and patient preference of five commonly used measures of pain intensity. Pain Med. 2007 Oct-Nov;8(7):601-10. [↑](#endnote-ref-48)
49. De Keulenaer BL, Regli A, Malbrain ML. Intra-abdominal measurement techniques: is there anything new? Am Surg. 2011 Jul;77 Suppl 1:S17-22. [↑](#endnote-ref-49)
50. Malbrain M. Different techniques to measure intra-abdominal pressure (IAP): time for a

    critical re-appraisal. Intensive Care Med 2004; 30:357-371 [↑](#endnote-ref-50)
51. Maarsingh EJW. Elektromyografie van de ademhalingsspieren. Ned Tijdschr Allergie 2006;1:28-32 [↑](#endnote-ref-51)
52. Maarsingh EJ, van Eykern LA, Sprikkelman AB, Hoekstra MO, van Aalderen WM. Respiratory muscle activity measured with a noninvasive EMG technique: technical aspects and reproducibility. J Appl Physiol (1985). 2000 Jun;88(6):1955-61. [↑](#endnote-ref-52)
53. Uitspraak Paul Hodges tijdens college op 16 januari 2014 aan de SOMT: ‘Palpation and observation is at this moment the only way to qualify the activity of the diaphragm and breathing’. [↑](#endnote-ref-53)
54. Hodges PW. Consideration of breathing & continence in Back Pain. Spinal Pain, Injury & Health. AAOMT 2009 Breakout session. The University of Queensland. Onderdeel van college 16 januari 2014 Paul Hodges aan de SOMT. [↑](#endnote-ref-54)
55. KNGF-het beroepsprofiel van de fysiotherapeut 2005. [↑](#endnote-ref-55)
56. Bo K, Berghmans B, Morkved S, Kampen M van. Evidence-Based Physical Therapy for the pelvic floor. Bridging Science and Clinical Practice. Pelvic floor and exercise science. Motor learning. Ability to contract the pelvic floor muscles. Practical teaching of correct PFM contraction. 2007 Elsevier Ltd. [↑](#endnote-ref-56)
57. Gijs L, Gianotten W, Vanwesenbeeck I, Weijenborg P. Seksuologie 2009. Bohn Stafleu van Loghum. [↑](#endnote-ref-57)
58. Spano L, Lamont JA. Dyspareunia: A symptom of female sexual dysfunction. Can Nurse 1975;71:22-5. [↑](#endnote-ref-58)
59. Basson R. The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: a perpetuating cycle. J Sex Med. 2012 Aug;9(8):2077-92. [↑](#endnote-ref-59)
60. Schultz IH. Oefeningen voor autogene training. Zelfontspanning door concentratie. De Driehoek. Juni 2000. [↑](#endnote-ref-60)
61. Reiner K, Tibi L, Lipsitz JD. Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. Pain Med. 2013 Feb;14(2):230-42. [↑](#endnote-ref-61)
62. Agee JD, Danoff-Burg S, Grant CA.Comparing brief stress management courses in a community sample: Mindfulness skills and progressive muscle relaxation. Explore 2009; 5:104-109. Published by Elsevier Inc. [↑](#endnote-ref-62)
63. <http://oxfordmindfulness.org/learn/resources/#brspace> [↑](#endnote-ref-63)
64. CD Nederlandse Vereniging voor de Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek. [www.kngf-nfp.nl](http://www.kngf-nfp.nl). [↑](#endnote-ref-64)
65. <http://www.seksualiteit.nl/files/pdf/algemeen/Oefening_Streeloefening_partner.pdf> [↑](#endnote-ref-65)
66. Villers L de, Turgeon H. The Uses and Benefits of "Sensate Focus" Exercises Contemporary Sexuality Vol. 39, No. 11 November 2005. [↑](#endnote-ref-66)
67. Spoelstra SK, Dijkstra JR, van Driel MF, Weijmar Schultz WC. Long-term results of an individualized, multifaceted, and multidisciplinary therapeutic approach to provoked vestibulodynia. J Sex Med. 2011 Feb;8(2):489-96. [↑](#endnote-ref-67)
68. Davis SN, Bergeron S, Binik YM, Lambert B. Women with provoked vestibulodynia experience clinically significant reductions in pain regardless of treatment: results from a 2-year follow-up study. J Sex Med. 2013 Dec;10(12):3080-7. Epub 2013 Sep 12. [↑](#endnote-ref-68)
69. Graziottin A. Medical and sexual comorbidities: when the integrative approach is key. Abstract of the 9th Congress of the European Federation of Sexuology, Roma, Italy, April13-17,2008, Sexologies, vol.17,Suppl.1(2008),S21-S22. [↑](#endnote-ref-69)
70. Terluin B, Terluin M, Prince K, van Marwijk H. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts en Wetenschap, maart 2009. [↑](#endnote-ref-70)
71. Shah MB, Hoffstetter S. Contraception and sexuality. Minerva Ginecol. 2010 Aug;62(4):331-47.

    72Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. J Sex Med. 2012 Sep;9(9):2213-23. [↑](#endnote-ref-71)
72. Bijlage 1 RPS formulier

    Dossier-overdracht

    RPS formulier (Rehabilitation Problem Solving)

    --------------------------------------------------------------------------------

    BSN :

    Patiënt : Mevrouw

    Roepnaam :

    Geboortedatum : 1980

    Leeftijd : 032

    Patiëntnummer :

    Casus : vestibulitis

    Hoofdtherapie : Bekkenfysiotherapie

    Aangemeld als : Verwijzing

    --------------------------------------------------------------------------------

    Samenvatting anamnese stoornissen:

    Pijn

    Gespannen

    Samenvatting anamnese activiteiten:

    Gemeenschap

    Fietsen

    Hardlopen

    Samenvatting anamnese participatie:

    Seksualiteit en dan met

    name de gemeenschap

    Op de fiets naar werk en

    school om kinderen te

    brengen.

    Sporten mn hardlopen

    Onderliggende persoonlijke factoren:

    -Opleidingsniveau:

    MBO

    -Opleiding omschrijving:

    Bank medewerkster

    -Leefstijl:

    Gezonde leefstijl, houdt van opgeruimd

    en netheid in huis, kleding.

    -Herstelbelemmerende pers. factoren:

    Zorgen om ouders, vader manisch-

    depressief en ouders staan op punt te

    gaan scheiden.

    -Herstelbevorderende pers. factoren:

    Steun van partner. Gelukkig met

    kinderen.

    -Omgang met funct. prob:

    Perfectionistisch, goede moeder, goede partner,

    goede vriending, goed op werk,...

    Onderliggende medische factoren:

    -Medische voorgeschiedenis:

    gezond

    -Fam Ziekten aandoeningen:

    moeder met bekkenbodem klachten MUI

    -Huidig medicatiegebruik:

    anticonceptie

    Onderliggende externe factoren:

    -Beroep/bezigheden:

    -Beroep omschrijving specifiek:

    3dgn mn zittend en soms staand

    -Werksituatie

    2 1/2 dag adm bij bank

    -Woonsituatie:

    zelfstandig

    -Thuissituatie:

    man en twee kinderen

    -Sport/ hobby's:

    hardlopen

    -Hulpmiddelen:

    -/ glijmiddel, vaseline

    -Herstelbelemmerende ext. factoren:

    zorg om scheiding ouders en psychische

    aandoening vader.

    -Herstelbevorderende ext. factoren:

    Goede relatie met man, praten veel.

    Mogelijke negatieve invloeden:

    -Indruk motivatie:

    Gemotiveerd

    Mw is deze klachten zat, en

    kan het zelf niet oplossen.

    -Indruk psych. belastbaarheid:

    Gemiddeld

    Combi zorgen ouders en eigen

    lichamelijke klachten

    -Indruk fysieke belastbaarheid:

    Gemiddeld

    Lang niet aan sport gedaan

    -Indruk leervermogen:

    Goed

    Inteligente vrouw

    Samenvatting onderzoek:

    -Conclusie EMG Myofeedback:

    overactief

    -Conclusie EMG Myofeedback toelichting:

    Sturing goed, uhv moeizaam, kan

    niet vlot en volledig tot

    ontspanning komen.

    ontsp blijft te hoog.

    Bijlage 2 Journaalposten

    Journaalposten bekkenfysiotherapie ***en journaalposten logopedie (cursief en dik)***

    BEHANDELING

    ------------------------------------------------------------------

    Gegevens patiënt

    ------------------------------------------------------------------

    Naam : Mevrouw

    Leeftijd : 032

    Casus : Dyspareunie

    Hoofdtherapie : Bekkenfysiotherapie

    Aangemeld als : Verwijzing via gynaecoloog

    ------------------------------------------------------------------

    Behandel gegevens

    ------------------------------------------------------------------

    Behandelaar : Linda van Bemmelen-Pothuizen

    Status t.o.v.

    hulpvraag : Heftige pijn tijdens en na vrijen, bij fietsen en dragen strakke kleding.

    VAS pijn : 10 tijdens, 7 direct na en 4 na drie dagen na coïtus.

    VAS stijfheid : gb

    Journaalposten en overleg logopedie zijn cursief geschreven.

    Behandeldatum

    1. Week 1 – 16 april 2013:

    Intake, anamnese, onderzoek.

    S/ Mw denkt dat ze weet waardoor pijn komt, voelt afscheiding komen en gaat dan verkrampen.

    Mw merkt in onderbroek meer vocht verlies. Is dat plas of afscheiding?

    O/ EuroQOL scoort op ‘dagelijkse activiteiten’ en ‘pijn/klachten’ een 2, overige items een 1 en op de VAS een 5. PSK fietsen 5,5, hardlopen 4, seksualiteit 9.

    E/ Dyspareunie vermoedelijk obv overactieve bekkenbodemspieren

    P/ BFT uitleg relatie spierspanning en pijn. Meer spierspanning geeft meer pijn, meer pijn geeft meer spierspanning. En het model van dyspareunie: Toenadering van de penis geeft pijn of een gedachte aan pijn. Dit leidt tot toename van angst, Angst leidt tot twee processen. 1 > angst geeft verlies aan opwinding en daardoor minder lubricatie (vochtig worden), meer mechanische wrijving en meer vestibulair erytheem (schraalheid) en dus meer pijn of gedachte aan pijn. En angst geeft ook een hogere spierspanning algemeen, meer bekkenbodemspierspanning, meer mechanische wrijving, meer schraalheid en uiteindelijk cirkel rond meer pijn or gedachte aan pijn.

    Attent breed zitten. Mevrouw zit met armen en benen over elkaar. Met breed zitten bedoel ik voeten bekkenbreed, de knieën als een bouwvakker uit elkaar, zodat je tussen je knieën door je voeten kan zien staan en zodoende ook meer algemene lichaamsontspanning in houding te realiseren. BFT uitleg en meegeven mictiedagboek. Noteren van de tijd, hoeveelheid en eventueel verlies van plas.En hoe was de aandrang en waren er nog bijzonderheden zoals pijn, transpiratie door sport, braken, ontlasting, alles wat op de vochthuishouding van invloed kan zijn geweest.

    2. Week 2 - 23 april 2013:

    S/ Op gelet dat de algemene spierspanning regelmatig hoog is, in schouders en bekkenbodem. Ook voelde vagina ingang tijdens plassen heel branderig scherp, aanraken was al pijnlijk, ondanks wijntje onvoldoende ontspannen. Ondanks verbod toch gemeenschap gehad.

    O/ Mictielijst is slechts 1 etmaal gelukt op 22 april een vrije dag: Intake 2125ml, totaal plassen 2050ml, porties 500ml-50ml Wisselend drang en ophoud mogelijkheden. Gaat nooit uit voorzorg plassen. Drang is niet conform produktie. Freq: DF 10x, NF 0. Volgende dag 1325ml in één keer geplast, verder die dag niets genoteerd. Goede controle, geen urineverlies en ook geen sterke drang vooraf aan deze enorme plas.

    Na vrijen VAS 7, drie dagen rust (niet vrijen)dan VAS 4, daarna ebt pijn weg. Vandaag fietsen pijnlijk.

    Inwendig onderzoek en Myofeedback onderzoek zie Myofeedback 1 bijlage.

    E/ Geen incontinentie, wel onregelmatig plasgedrag qua plasvolume en tijdsinterval. Heftige pijn rondom coïtus. Myofeedback: Onvolledige en trage relaxatie. Sturing aanwezig, uithoudingsvermogen moeizaam, veel deviatie tijdens relaxatiefase > overactieve bekkenbodem.

    P/ BFT advies: Draag ruim ondergoed (boxers) en in nacht geen ondergoed of ruim.

    BFT pijnverbod bij vrijen, wees creatief. Boeken Goedele Liekens mee 'Het vaginaboek' en ‘Ons Seksleven’.

    Start bewustwording en ademhalingsoefeningen.

    Bewustwordingsoefening in zit op stoel: Bekkenmodel in de hand laten zien hoe het bekken is opgebouwd. Dit vertalen naar de zithouding van mevrouw. Door kantelen van voor achter, links rechts, rondjes draaien, leren voelen waar de bekkenbodem zich bevindt. Kan mw voelen waar de bodem- en rompspieren zich bevinden, wat zij doen, is er spanning of ontspanning? BFT zit rechts naast mw en plaatst de rechterhand vlak op de bekkenbodem, de duim controleert de re liesspieren, ringvinger en pink de bilspieren. De linkerhand ligt net boven de spina iliaca anterior om de buikspieractiviteit te bevoelen. Mw mag rustig de schede intrekken / schaamlippen naar binnen trrekken / de plas of een windje ophouden en daarna weer volledig ontspannen. 3x daags bewust 10x 1 sec en 10x 4 seconde aanspannen EN vooral daarna goed loslaten. Is die sturing voelbaar?

    BFT uitleg diafragmale ademhaling. middels ‘zuiger’ principe van Brouw genoemd in de coördinatie therapie. Bodem en diafragma bewegen samen naar beneden tijdens inademing en naar boven tijdens uitademing. Het is belangrijk dat beide ‘platte plaat’ spieren ontspannen genoeg zijn om aan deze bewegingen deel te nemen en ruimte te geven. Bij inademing ontplooien de longen zich door instromende lucht, daardoor daalt het diafragma en die duwt op zijn beurt de buikorganen naar beneden en voren, waardoor de bodem daalt en de buik uitzet. Bij uitademing keert het proces.

    Als oefening eerst door de neus inademen, omdat de neus reinigt (met trilhaartjes), verwarmt (door langere route naar longen dan mond) en bevochtigd (door slijmvliezen) en daarna rustig met een Aaaaaahh (zuchtende) klank uitademen.

    Eerst fasciliteerd de BFT de adem door de handen op de flanken, bovenbuik, navel en vervolgens onderbuik en bodem te plaatsen. Daarna actie mw: Eerst liggen de handen op de onderste ribbenbogen en voelt zij de flank adem, geleidelijk verplaatst mw de handen naar de navel, en dan naar de onderbuik net boven het schaambeen. Ook daar mag zij de adem voelen. Daarna zelfs proberen te voelen dat bij inademing de bodem daalt en datdeze bij uitademing weer terugveert. Het zijn geen centimeters, maar wel een gevoel van ruimte.

    BFT nav mictielijst uitgelegd dat mw nu moet opletten hoe verhouding drang en productie van urine is, om bewuster met plassen bezig te zijn.

    3. Week 5 - 14 mei 2013:

    S/ Rugstijfheidsklachten, maar kan wel alles doen, geen functiebeperkingen. Ook ongesteld. Oef met ademhaling geeft opluchting. Huisarts geweest voor uitstrijkje. Dag last van eendenbek. Fietsen geeft pijn. Beetje rood, huisarts ziet geen wondjes. Mw kan niet zonder onderbroek slapen, vindt dat onhygiënisch ivm nat kruis, met boxershort werkt beter. Bodem voelt minder geïrriteerd, voorheen hele dag schraler. Smeert niets. Heeft nog een etmaal mictiedagboek bijgehouden, omdat frequency hinderlijk is en ingeschat hoeveel urineproductie n.a.v. drang gevoel. Bodem oefeningen lukte wisselend. Aanspannen is goed te voelen, loslaten niet altijd. Neemt royaal tijd om te oefenen.

    O/ Mw beweegt stijf, maar kan zich normaal kleden, op één been staan, transfers op en van de stoel en tafel gaan zonder problemen. Mictielijst op 11 mei een vrije dag: Intake 2185ml, totaal plassen 2075ml, porties grootste 260ml (éne keer veel, andere keer met gelijke hoeveelheid geen aandrang), kleinste 90 (weinig drang). Freq DF 12x, NF 1x. Manuele controle tijdens het uitvoeren van de bekkenbodem oefeningen toont dat mw goed voelt wat ze doet. Het ontspannen lukt niet altijd, of is dan niet voelbaar los gelaten. Als mw dan 2-3 ademhalingen richting de buik bevoelt, dan voelt zij ook de bekkenbodem alsnog mee losgaan.

    E/ Mw is stijf in haar onderrug, waarschijnlijk op basis van spierstijfheid. Een goede mobiliteit van onderlichaam leidt ook tot betere ontspanning. Wij besluiten vandaag aanvullend mobiliserende oefeningen te doen en als huiswerk thuis voort te zetten. Bewustwording van de productie urine t.o.v. mate drang blijft moeilijk.

    P/ BFT Algehele ontspanning middels autogene training in ruglig 15 minuten voor slapen of op de bank in de middag, als er rust in huis is . Mw krijgt CD mee van de Nederlandse vereniging van de psychosomatiek. BFT om handvatten te geven voor een stijve rug geeft de BFT algemene mobiliserende oefeningen LWK, bekken en heupen. In ruglig: Knieën om beurte toetrekken, knieën samen van links naar rechts roteren, om beurte een gestrekt been vanuit de heup verlengen, met gebogen knieen de rug hol en bol maken. Uitgelegd dat hol en bol, kwispelen in handen en knieenstand kan, maar ook voorover leunend op een aanrecht. 2x daags 10 minuten aandacht voor de mobiliserende oefeningen. BFT tip vaseline (want dat heeft mw in huis) om schraalheid te voorkomen. BFT voortzetten bekkenbodemoefeningen, accent bewustwording en ontspanning.

    4. Week 6 - 21 mei 2013:

    S/ Vorige week 4 dgn met migraine in bed. Kon geen licht en geluid verdragen, duizelig. Veel geslapen, van de huisarts een zetpil gekregen. (Uitleg: bij migraine stopt je stofwisseling, eerst zetpil (20mg) en dan 2 paracetamol, werkt dan wel). Stress ouders gescheiden na 32 jaar, vader manisch depressief. Migraine goed voor bezinning en rust. Is bewust van wat de spanningen doen op haar ademhaling en stem. Praten is dan vermoeiend.

    O/ Ademhaling in buiklig duidelijker naar buik te bevoelen. In ruglig visualiseren dat tijdens de uitademing de luchtstroom via bodem loopt, lukt.

    P/ Buikademhaling herhalen. Ontspannen na kortdurende actieve schop/boks oef. Schop/ boks oefening is gedurende 1 minuut intensief in ruglig 1 been naar je toebuigen en dan met een uitschop beweging op de onderlaag laten vallen en dit in hoog tempo herhalen. Of 1 minuut lang ‘boksen’ met je armen. Na die intensieve minuut laat je je benen liggen, of bij boksen je armen langs het lichaam hangen en praat dan niet maar voel alleen maar wat deze loomheid, zwaarte, ontspanning met je doet. Als het lichaam na inspanning (sport) niets doet, is ontspanning beter te bevoelen.

    Gezien de ervaren stemproblemen afgesproken dan BFT overlegd met de logopedie of er een samenwerking kan zijn waar het stemgebruik verbeterd kan worden en vanaf die kant ook de ontspanning en ademhaling aandacht krijgen. Mw wil bewust aandacht en tijd voor zichzelf, om beter in vel te komen.

    A/ BFT overleg met logopedie over behandelmogelijkheden voor de stem en ademproblemen.

    *Op 21 mei heeft er overleg tussen bekkenfysiotherapeut en logopediste plaatsgehad. Bekkenfysiotherapeut heeft de bekkenbodem- en ademproblemen én de vermoeidheidsklachten van de stem besproken, de logopediste ziet mogelijkheden voor behandeling.Na mevrouw is ook de huisarts is akkoord. Afgesproken wordt de eerste afspraak samen te doen.*

    5. Week 7 - 27 mei 2013:

    S/ Nu geen migraine meer. Lekker kunnen oefenen. Neemt tijd voor zichzelf. Houdt van een dagje naar de sauna. Neemt 2x daags 10 tot 30 minuten tijd voor ontspannen thuis. Op werk wel bewust van spanning. Niet kunnen sporten. Niet gefietst. Laatste twee dagen meer afscheiding, dan ook schraal. Daarvoor ging het goed. Vaseline helpt. Zithouding bureaustoel kan onder tafel en bureau wat lager, zodat benen niet over elkaar kunnen. Bewust breed, open zitten. Boxer shorts aan. Meer last dan trekt mw zakbroek aan. Thuis makkelijke kleren. Tijdens kantoorwerk nette broek verplicht. Ontdekt de prikkel door strakke kleding meer irritatie en afscheiding. Zo min mogelijk inlegkruisjes. Wel schone onderbroek mee.

    O/ Vanuit ontspanning lukt het om een ‘knipoogje’ te geven met de schaamlippen (kort en licht aanspannen van de bekkenbodem) dan weer los lukt. Mw herkent wanneer bodemspanning spontaan loslaat of losgelaten moet worden. Autogene training met de CD van de psychosomatiek werkt goed.

    Myofeedback onderzoek zie Myofeedback 2 bijlage.

    E/ Myofeedback: Lichte vooruitgang naar controle over relaxatie, gaat vlotter en volledig. Deviatie tijdens ontspanning blijft. Bekkenbodem sturing spannen en ontspannen zijn mogelijk, duurcontractie moeizaam, kan niet vlot en volledig tot ontspanning komen.

    P/ Visualisatie oefening van de CD van de psychosomatiek voegen wij toe. Oefening om met aandacht naar voeten en evt warmte naar altijd koude voeten brengen, lukt niet. Wel bewuster van kou in voeten. Tip kruik aan voeten en daar met aandacht naar toe ademen. Ook de mobiliserende oefeningen waarbij mw in ruglig is en met de knieën naar links en rechts roteert uitbouwen naar een moment waarop de knieën 2 minuten naar links geroteerd op de onderlaag blijven rusten en daarbij ervaren waar de adem naar toe gaat. Door de romprotatie is er weinig expiratie ruimte in de thorax, maar des te duidelijker naar de buik toe. Met het myofeedback onderzoek in gedachte, fractie van een seconde(knipoogje) bekkenbodem aanspannen en dan ruim tijd nemen om volledig te ontspannen. Accent op loslaten.

    6. Week 8 - 4 juni 2013:

    S/ Steeds bloedverlies, vanmiddag naar gynaecoloog, drie strippen lichte pil, maar wel doorlopend bloedverlies. Daarbij rugpijn doortrekkend naar re been vanuit SI. Mw heeft op hoge hakken met de hond gewandeld en achter een kinderfietsje gerend?? Bodem oefeningen op bed gaan makkelijk, kan beter ontspannen en daarna slapen. Idee dat bewust spannen en ontspannen van de bekkenbodem beter gaat.

    O/ Sturing bekkenbodem aanwezig, wisselend is er een vlotte ten opzichte van een vertraagde relaxatie. Dit wordt zowel door mw als BFT gevoeld.

    E/ Voortzetten oefeningen en afwachtend beleid of daarmee rugpijn geleidelijk verdwijnt.

    P/ Mobiliserende oefeningen LWK, bekken en heupen voortzetten. Voor het wisselen van houdingen eerst rustig met kleine bewegingen opstarten. Geoefend in ruglig. Bodemspanning manueel meegevoeld. Ontspanning- en ademhalingsoefeningen. CD met ontspanningsoefeningen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek, waarop progressieve relaxatie, autogene training en visualisatie oefeningen. BFT Uitleg en starten met sensate focus oefeningen (zie bijlage 5) .

    ***1. 4 juni 2013 .journaalpost logopedie***

    ***Observatie samen met bekkenfysiotherapeut.***

    ***Zie onderzoekgegevens***

    ***Onderzoekgegevens.***

    ***Pte. spreekt met een oppervlakkige hoog thoracale adembeweging.***

    ***Hierdoor is er geen sprake van "ademsteun" (gecontroleerd uitademen), waardoor haar stem aan draagkracht mist en ingehouden en ijl overkomt.***

    ***Bij deze wijze van ademen spant ze haar buikspieren continue licht aan, waardoor uitzetting van de flanken en afdaling van (het in uitademingspositie omhooggekoepelde middenrif) niet mogelijk is.***

    ***Deze gespannen buikspieren belemmeren een optimale stemgeving en worden daardoor niet doelgericht ingeschakeld in haar fonatie.***

    ***Naast deze manier van ademen is er een te geringe kaakval, waardoor de mond-en keelholte niet voldoende verwijd worden tijdens spreken en haar stemresonans niet tot zijn recht kan komen.***

    ***Ter compensatie van haar zwak stemresultaat (als gevolg van bovengenoemde adem-/stemgevingsgedragingen) treedt een hyperfunctie op rondom het larynxgebied, waardoor de stembanden onder een te grote spanning komen te staan en spreken op den lange duur en bij te heftige intensiteit stemvermoeidheidsklachten in de hand werkt.***

    ***Haar stemevenwicht blijkt verstoord en door deze combinatie van hypo-en hyperkinetische elementen spreken we van een dyskinetische stemgeving.***

    ***Hierbij treedt na langer gebruik eveneens een reactie op in de stemkwaliteit, die van aanvankelijk ijl en weinig "dragend" verandert in hees (doordat de stembanden geírriteerd, rood en verdikt kunnen geraken door de forse belasting).***

    ***Dit maakt dat pte. stemproblemen ondervindt in haar werksituatie, waarbij ze veel / langdurig moet praten en tijdens spreken tegen haar kinderen, waarbij ze haar stem nog weleens moet verheffen.***

    ***Behandeldoelen***

    ***Het belangrijkste doel is:***

    ***herstellen van het stemevenwicht, vinden van een juiste balans tussen inspanning en ontspanning, zodat pte. haar stemgeving langer en beter kan volhouden en geen problemen meer ondervindt tijdens spreken in haar werksituatie en tegenover haar kinderen.***

    7. Week 9 - 10 juni 2013:

    S/ In rust geen pijn , streeloefeningen gaan goed, stap 4 Masters en Johnson sensate focus lukt. Strakke broek irriteert. Vaseline helpt. Mw heeft in flink tempo een uur gewandeld, wil dit opbouwen. Vorige week nog last van rug, nu beter. Gynaecoloog geweest andere pil gekregen. Iets sterker, doel geen tussentijdse bloedingen, was vervelend continue verband of inleg nodig. Bewuster van ontspannen. Lukt op werk ook lekker gevoel van loslaten.

    O/ Ontspannen vlotter en volledig bij manueel meevoelen in ruglig met rol onder knieën.

    P/ Baloefeningen: Zit op bal ter bewustwording en ontspanning van bekkenbodem, hoela hoep en kantel bewegingen ter ontspanning en mobilisering. Houdingswisselingen zoals reiken en opstaan om te ervaren wat de bekkenbodem doet. Is bodem proactief om te stabiliseren? Op knieën achter de bal (knieën weidt en voeten bij elkaar, bal nadrukkelijk tegen buik, boven lichaam hangt ontspannen over de bal). Nu adembewustzijn, waar neemt lichaam de ruimte richting borst, buik en bodem?

    ***2. 11 juni 2013 journaalpost logopedie***

    ***Uitleg stemgeving.***

    ***Belang adembeweging en kaakval.***

    ***Opname stembanden getoond.***

    ***Kaakval geoefend; krijgt kaak niet ver open; voelt onwennig.***

    ***3x daags 5 x kak laten vallen op ingebouwde rustmomenten.***

    8. Week 10 - 18 juni 2013:

    S/ Bal aangeschaft, heerlijk ontspannen bij erover liggen en tijdens de oefeningen zittend op de bal, voelt ‘open’ en los. Mobiliserende oefeningen van bekken, LWK en heupen zijn prettig om te doen, er is geen beperking. Inwendig aanraken door eigen vinger en door vinger partner gaat goed.

    O/ Mw oogt meer ontspannen, zij vindt de combinatie logo en fysio verhelderend en geeft ‘lucht’.

    E/ Stap 4 sensate focus oefeningen lukken goed.

    P/ Bal oefeningen voortzetten en stap 5 sensate focus, stapsgewijs naar binnen brengen van de penis in vagina, zonder verdere bekkenbewegingen, gedurende paar minuten.

    ***3. 18 juni 2013 journaalpost logopedie***

    ***De kaakvaloefening van de vorige sessie wordt gecontroleerd en kaakval blijkt beter en meer ontspannen mogelijk.***

    ***Verder wordt geoefend:***

    ***Staand***

    ***- houdingopbouw volgens Öcker***

    ***- strekkende lichaamsoefeningen***

    ***- losmaken***

    ***Pte. houdt haar bewegingen hierbij in en mag grotere bewegingen maken.***

    ***Doel van deze oefeningen is tevens het ervaren van een wijd gevoel in haar eigen lichaam, wat een correcte adembeweging mogelijk maakt.***

    ***Verstrekte adviezen/ kapstokken:***

    ***- borstbeen naar luisteraar toe (dit levert verruiming van de borstkas en achterwaartse dalende beweging van de***

    ***Schouderbladen; het sleutelbeen komt hierdoor in correcte horizontale positie)***

    ***- zitten in bekkenbodem (om haar bekken correct te kantelen, waardoor een correcte adem mogelijk is)***

    ***Een correcte costo-abdominale adembeweging werd na houdingsverbetering toegepast, gecombineerd met van het lichaam verwijdende armbewegingen.;***

    ***Pte.voelt deze correcte adembeweging zelf nog niet helemaal goed, als indicator rommelen in maag (door afdaling van het m.r. worden de darmen gemasseerd).***

    ***Kaatsend ademgebruik werd aangeleerd door de suggestie van kippen wegjagen op ksjt --> buikwand krachtig naar binnentrekken***

    ***Instructie:***

    ***Letten op lichaamshouding tijdens staan.***

    ***Dagelijks 3x losmaak-en ademoefeningen herhalen***

    9. Week 11 - 25 juni 2013:

    S/ Bewuster buikademhaling en ontspanning algemeen, waaronder de bekkenbodem. Icm logopedie oefeningen loslaten van de kaak en schouders, geeft breedte en ruimte in middenrif en daardoor adem. Inbrengen van de penis ging pijnvrij en naar tevredenheid, mw heeft gekozen voor de houding zoals zij hurkend achter de bal zit, bovenop breed zittend. De ‘Ksjt---> oefening is prettig, hierbij valt de onderkaak ontspannen naar beneden. Armen loszwaaien geeft ook ontspanning.

    O/ Tijdens onderstaande ‘voel’ oefening kan mw de handen volgen, blijft de adem laag in de buik en bodem. Adem komt goed laag en onderbuik gaat knorren (ontspanning?).

    P/ BFT verplaatst haar handen over het lichaam van mw. Handen maken een vol contact, geen druk en verplaatsen na iedere 2-3 ademhalingen naar een volgende plaats. Er wordt niet gesproken, mw mag voelen en na de oefening wordt door mw en BFT feedback gegeven. Start bij onderste ribbenboog, daarna naar buik ter hoogte van de navel, vervolgens naar de onderbuik net boven het schaambeen en dan over naar de bekkenkammen. Instructie: Volg mijn handen. Als de aandacht goed bij de handen is, ontstaat vanzelf een buikademhaling. Via bekken gaan de handen naar het rechterbeen (omvattend), bovenbeen, knie, kuit, tot aan de voet. Vervolgens via de linker voet terug via been naar bekken en naar de onderste ribbenboog. BFT voortzetten sensate focus oefeningen naar stap 6. Naar binnen brengen van penis met beweging. Beweging geïnitieerd door mw, de partner voelt.

    ***4. 25 juni 2013 journaalpost logopedie***

    ***De oefeningen vorige keer worden gecontroleerd en blijken goed te zijn ingebed.***

    ***Oefenblad Coblenzer uitgeprint om te werken aan koppeling adem aan stemgeving (zie bijgevoegd oefenblad).***

    ***Pte. voelt aanvankelijk de buikbeweging niet helemaal goed bij toepassing op stemloze consonanten.Teruggegrepen naar vitale functies als hoesten en lachen om dit duidelijk te maken..***

    ***Verder een video-opname gemaakt en bekeken ter identificatie --> lukt daarna beter.***

    ***De “stemafzet” werd eveneens geoefend; hierbij laat men de onderkaak los vallen op de eindmedeklinker van de ademspanne, waardoor vanzelf en automatische een correcte inademing volgt (tijdens spreken in een gesprek moet de inademing immers automatisch geschieden en mag deze geen inspanning kosten. Ieder moment van inademen moet een kort moment van ontspanning zijn, zodat er een juist evenwicht ontstaat van inspanning geleverd op de uitademing tijdens spreken en ontspanning tijdens de inademing, namelijk bijtanken)***

    ***Coblenzer oef 1 + 2 geoefend.***

    ***Tijdens deze oefening werd tevens goed gelet op lichaamshouding (goed in bekken zitten).***

    ***Dagelijks deze oefeningen thuis liefst 2x herhalen.***

    ***5. 30 juni 2013 journaalpost logopedie***

    ***Oefeningen vorige keer gecontroleerd.***

    ***Hierbij bleek wat sprake van verstarring, waardoor geen soepel***

    ***Vandaar zijn we gaan oefenen vanuit de beweging-***

    ***- tijdens lopen***

    ***- tennissen(doen alsof)***

    ***- suggestie van blaasbalgbeweging --> onwennig (moet er veel bij denken)***

    ***- knijpen in stressballetje***

    ***De oefeningen van de vorige keer werden op deze wijze herhaald en leverden meer flexibiliteit op in haar adempatroon (spreken is immers een zeer flexibel proces en vraagt derhalve een ritmische inzet van het middenrif)***

    ***Instructie thuis: minimaal 2x per dag kort oefenen ingebed in deze bewegingen.***

    10. Week 12 - 2 juli 2013:

    S/ Zelf veel tijd besteed aan autogene training. Open en ontspannen houdingen.

    Vaseline helpt goed om schraalheid op te vangen. Tijdens menstruaties gebruikt mw geen tampons, vanwege irritatie. Voor het eerst ongesteld met nieuwe zwaardere pil. Verschonen en vaseline helpt. Wil dolgraag sport (hardlopen, wandelen) oppakken, maar kost nog organisatorische moeite. Ouders zijn nu definitief gescheiden van tafel en bed, dit is een betere situatie voor iedereen. Er komt nu rust en ruimte voor andere activiteiten.

    Penetratie met rustig bewegen lukt pijnvrij. Orgasme bereikt zonder penetratie. Zorgt wel voor ‘ideale ‘omstandigheden van rust, ontspanning, tijd.

    Mw heeft gevoel zelf met de geboden therapieën verder te kunnen.

    O/ Bij binnenkomst heeft mw een goede diafragmale ademhaling en praat en oogt ontspannen. Tijdens bukken, tillen en romp spieroefeningen lukt het de diafragmale ademhaling bewust te behouden, vraagt wel aandacht. EuroQOL scoort op alle items een 1 en op de VAS een 8. VAS tijdens coïtus is 2, VAS direct na coïtus 1, volgende dag 0. PSK fietsen 2, hardlopen 0, seksualiteit 2.

    E/ Mw heeft voldoende handvatten om resultaat te beklijven. Vakantie drukte start, mw zet adem/ ontspanning en mobiliserende oefeningen voort. Zet bewegingsoefeningen om in sport. Houdt van hardlopen en zwemmen in vakantie.

    P/ Loopschema gestart om hardlopen zelf op te pakken. Voortzetten sensate focus naar stap 7. Naar binnen gaan van de penis met beweging met evt orgasme.

    ***6. 9 juli 2013 journaalpost logopedie***

    ***Pte. heeft de oefeningen zodanig correct kunnen oppakken dat het mogelijk was het gehele eerste oefenblad van Coblenzer af te werken.***

    ***Het gevoel van middenrifademing en loslaten tijdens inademen is voor haar duidelijk geworden en ze weet het te generaliseren.***

    ***Omdat ze geen klachten van haar adem en stem meer ervaart in haar werksituatie of thuis met haar kinderen, vindt ze het niet nodig om transfer naar toepassing in haar spreken verder te behandelen.***

    ***Ze geeft aan handvatten genoeg te hebben aangereikt gekregen om zelf mee voort te kunnen.***

    ***De logopedische behandeling werd hiermee afgerond.***

    11. Week 18 – 13 augustus 2013:

    S/ Citaat mevrouw:

    ‘De combi logo en fysio heeft mij zeker verder geholpen in het dagelijks leven. Het gaat vooral om de ademhaling en daarbij om de ontspanning. Door van beide te leren via mijn buik te ademen en te praten, gaat de ontspanning via de buik en de bekkenbodem beter. Ik zou dit ook zeker aanraden aan anderen die een te hoge ademhaling hebben en te veel spanning hebben in hun lichaam, zoals ik te veel spanning heb gegooid om m’n bekkenbodem.’

    Tevreden, er is geen pijn meer, kan ontspanning beter sturen en onderhouden.

    O/ EuroQOL scoort gelijk als in juli, op alle items een 1 en op de VAS een 9. VAS tijdens coïtus is 0, VAS direct na coïtus 0, volgende dag 0. PSK fietsen 0, hardlopen 0, seksualiteit 0 kosten geen enkele moeite. Inwendig onderzoek en Myofeedback onderzoek zie Myofeedback 3 bijlage.

    E/ Ten opzichte van eerdere metingen geringe vebetering, terwijl de klachten aanzienlijk afgenomen zijn. Bewuste relaxatie is vlot en volledig. Behandeling afgesloten.

    P/ Gaat voort met sporten, ontspanning- en ademoefeningen, tevreden over seksualiteit, niet meer gehinderd in ADL.

    Bijlage 3 Myofeedback meting

    |  |  |  |  |
    | --- | --- | --- | --- |
    | **Myofeedback** | **Onderzoek vaginaal** | **Myomed 932 met Periform+** |  |
    | Datum | T0 23 april 2013 | T1 27 mei 2013 | T2 13 aug 2013 |
    | Tijdstip | 13.00 uur | 21.00 uur | 14.00 uur |
    | **Rustspanning** | 12,5 | 10 | 8 |
    | Deviatie | Veel | Veel | Weinig |
    | Bijzonderheden | Mw verbaasd over hoge spanning | Start zeer onrustig  24 > 6,1 |  |
    |  |  |  |  |
    | **Snelkracht (5x 1s contr/10 s pauze)** |  |  |  |
    | Maximale contractie | 67,4 | 49,5 | 48 |
    | Relaxatie | 8,8 | 9,9 | 6 |
    | Onset time | Normaal | Normaal | Normaal |
    | Release time | Verlengd | Verlengd | Normaal |
    | Deviatie | Veel | Veel | Weinig/veel |
    | Bijzonderheden 30s rust | Deviatie 15% in relaxatietijd | Betere pieken | Deviatie 10% in relaxatietijd |
    |  |  |  |  |
    | **Snelkracht coördinatie (5x 1s contr/ 1s pauze)** |  |  |  |
    | Maximale contractie | 42,0 | 38,1 | 39 |
    | Relaxatie | 9,1 | 9,9 | 7 |
    | Onset time | Normaal | Normaal | Normaal |
    | Release time | Verlengd | Verlengd | Normaal/verlengd |
    | Deviatie | Veel | Veel | Weinig/veel |
    | Bijzonderheden 30s rust | Steeds bredere pieken, rel van 8>12 |  | Komt wel tot relaxatie, maar trager dan de onset tijd |
    |  |  |  |  |
    | **Duurkracht (propriosepsis)** |  |  |  |
    | Maximale contractie | 61,0 piek en terug naar 35 | 60,6 | 60,0 |
    | Relaxatie | 3,7 | 4,3 | 3,5 |
    | Onset time | Normaal | Normaal | Normaal |
    | Release time | Verlengd | Normaal | Normaal |
    | Deviatie | Veel | Veel | Weinig/veel |
    | Bijzonderheden 30s rust | 10 | Dev contr 13,4% en bij relaxatie 15,5% |  |
    |  |  |  |  |
    | **Duurkracht (1 submaximale contr van 20 s)** |  |  |  |
    | Contractie | 21 | 26 | 25 |
    | Deviatie | Veel | Veel | Weinig |
    |  |  |  |  |
    | **Persen (1x 5s persen)** |  |  |  |
    | Tonus: gelijk/oplopend/ aflopend | Oplopend | Gelijk | Gelijk |
    | 10 s rust | 10 |  |  |
    |  |  |  |  |
    | **Hoesten 1x goed/ slecht** | Goed | Goed | Goed |
    |  |  |  |  |
    | Rustspanning (1 min) | 10 | 5,8 | 5 |
    | t.a.v. beginwaarde hoger/ lager | Hoger | lager | Lager |
    |  |  |  |  |
    | **Conclusie** | Overactief | Overactief | Overactief/normaal |
    | Opmerking | Onvolledige trage relaxatie  Sturing aanwezig, uhv moeizaam | Lichte verbetering bij controle over relaxatie. Deviatie blijft tijdens ontspanning. | T.o.v. eerdere metingen geringe verbetering, terwijl de klachten aanzienlijk afgenomen zijn. Bewuste relaxatie vlotter en volledig, als er tijd genoeg is. |
    |  |  |  |  |

    Bijlage 4 Coblenzer methode

    Coblenzer-methode

    De loslaatmethode van Horst Coblenzer is al jaren een veelbeoefende methodiek in de logopedische beroepspraktijk. Deze methode gaat uit van de reflectorische adembeweging. Door zo min mogelijk actieve spierbeweging in het adem- en stemsysteem ontstaat een open, klankvol en natuurlijk stemgeluid.

    Coblenzer gaat uit van drie principes: aandacht, gerichtheid en een evenwichtige houding.

    Werkelijk aandacht voor iets hebben zou de juiste spieren al op een natuurlijke manier in de juiste spanning zetten, en wekt de inspiratie reflexmatig op zodat men niet extra adem hoeft te halen alvorens te beginnen met spreken.

    Gerichtheid zorgt voor de communicatie met de ander, wanneer stemgeluid gericht is hoeft men zich minder in te spannen om zijn doel te bereiken.

    Een goede houdingsopbouw is essentieel, anders ontstaat volgens hem verkramping en vermoeidheid.

    Loslaten 'abspannen' is de term die bij de methode Coblenzer vaak wordt gebruikt. De manier van ademen die wordt aangepast aan de stemproductie, blijkt een efficiënte manier te zijn die wordt gebruikt in het spreken. Hoorbare en zichtbare afwijkingen bij stem-en uitspraakproblemen van beroepssprekers worden vaak veroorzaakt door een onjuist gebruik van de adem. Zowel in stem-en uitspraakscholing, als in behandeling van clienten met stem-en spraakstoornissen is deze methode effectief.

    Hoewel de stemscholing volgens Coblenzer geen therapeutische oorsprong heeft, de oefeningen zijn ontstaan uit het werk met acteurs met 'gezonde' stemmen, zijn de opvattingen en daarbij behorende oefenstof wel bruikbaar in een therapeutische oefensituatie.

    Bron: http://www.dewarmestem.nl/stemmethodes-4.php

    Muhar F, Coblenzer H. Respiratory mechanical aspects in phonation. Beitr Klin Erforsch Tuberk Lungenkr. 1967;135(3):309-22.

    Oefenblad Coblenzer:

    COBLENZER OEFENBLAD

    Oefening 1, middenriftraining

    f f f

    pf pf pf

    pft pft pft

    ft ft ft

    ks ks ks

    kst kst kst

    s s s

    sjt sjt sjt

    tsj tsj tsj

    st st st

    Oefening 2, middenriftraining

    hop hop hop

    hup hup hup

    hip hip hip

    hap hap hap

    hoep hoep hoep

    hot hot hot

    hut hut hut

    hit hit hit

    hat hat hat

    hoed hoed hoed

    Oefening 3 Tweetonig (voel de adamsappel op en neer bewegen)

    Jaap Jaap Jaap

    Joop Joop Joop

    Koos Koos Koos

    Kees Kees Kees

    Piet Piet Piet

    Wim Wim Wim

    Wil Wil Wil

    Ans Ans Ans

    Karel Karel Karel

    Wilma Wilma Wilma

    Marco Marco Marco

    Jelle Jelle Jelle

    Marja Marja Marja

    Oefening 4 Één lettergrepige worden -s

    Kaas Gras Doos Zus Saus Les Mis

    Reus Vis Vos Neus Baas Das Jas

    Plas Los Kus Mes Boos Muis Haas

    Tas Vlees Zes Poes Bes Bos Huis

    Oefening 5 Korte zinnen

    daar komt Piet daar komt de post stipt op tijd

    deventerkoek kom op bezoek doe je best

    dat is een feit koop dat pak produkt van de kok

    Piet speelt kaart koffie met melk van de hak op de tak

    patat met een kop soep de radio is uit

    oost west thuis best ik krijg op mijn kop heb je je haar geknipt?

    Oefening 6 Wisselrijtjes

    Bussen - bus Mussen - mus Passen - pas

    Wassen - was Bessen - bes Messen - mes

    Missen - mis Lossen - los Vossen - vos

    Kousen - kous Kussen - kus Russen - rus

    Klassen - klas Tassen - tas Krassen - kras

    Flessen - fles Gissen - gis Vissen - vis

    Klossen - klos Zussen -zus Pausen - paus

    Lussen - lus Dassen - das Lassen - las

    Plassen - plas Lessen - les Bossen - bos

    Mossen - mos Ruisen - ruis Kruisen - kruis

    Oefening 7 Zinnetjes

    Ze laat de kat laat op straat

    Griet is een vis met een groene graat

    Het tafelkleed is wit met rood gestreept

    De rat beet in de poot van de geit

    Het bloed spoot er uit

    Piet heeft geen fut en ziet erg wit

    Hoor die fuut, hij fluit in het riet

    Op het lelieblad in de sloot zat een pad

    Hij deed te voet mee aan de stoet

    Weet je wat ik haat? De vaat.

    Wie geeft wat hij heeft is waard dat hij leeft.

    Hij heeft beloofd dat hij een gift geeft

    Versuft wrijft hij over zijn hoofd

    De archeoloog graaft tot hij iets vindt

    Als je een noot poft lijkt het net of hij ontploft

    Verlangt hij werkelijk nog dat zijn voor het zingt?

    Met de krant in de hand kent men het hele land

    Voor haar teint zont zij elke dag op het strand

    Neem wat zand en zet de plant in de rieten mand.

    De hond staat een eind van de kant

    Voor de /oo/ zet je je mond heel rond

    Aan het eind van de maand verhuist hij naar het andere pand.

    De haarband heeft dezelfde tint als het lint aan haar rok.

    Als hij wint is hij in zijn element.

    Bijlage 5 Öcker methode

    De Coördinatietherapie van Elfriede Öcker

    De Coördinatietherapie van Elfriede Öcker is een holistische benadering van wisselwerkingen van adem, voedselopname, spreken en stemgeving. De therapie is door Lies Demmink (logopediste) vanuit Zwitserland naar Nederland gebracht en samen met Simone Duits heeft zij het boek Coördinatietherapie van E. Öcker geschreven.

    Elk mens heeft van nature een stemgeving die harmonieert met het ademritme. Door allerlei oorzaken, vooral emoties, kunnen er uiteenlopende storingen ontstaan. Wanneer er een verstoring ontstaat heeft dit gevolgen voor zowel lichamelijk als psychisch welzijn. Er wordt in de therapie gekeken naar forceringen en correlaties tussen verschillende functies als adem, houding, beweging, articulatie en stemgeving. Vanuit een holistische benadering wordt de cirkel van verstoringen doorbroken. Middels oefeningen en massage wordt er gewerkt naar psychisch en lichamelijk welzijn. De therapie is zeer geschikt voor behandeling van adem- en stemstoornissen. Gezien het basale karakter van de therapie is het ook geschikt bij behandeling van o.a oromyofunctionele problemen, articulatieproblemen, neurologische problemen als de ziekte van Parkinson, buik-, rug- en bodemklachten.

    Doel: Het bevorderen van een beter gecoördineerde werking van musculaire bewegingspatronen die primair of secundair invloed hebben op ademfunctie, functie voedselopname, articulatie en stemvorming.

    Opbouw van therapie:

    In theorie kunnen acht fasen worden onderscheiden. In praktijk lopen de fasen vaak door elkaar. De eerste vijf fasen zijn zuiver therapeutisch, de laatste drie meer pedagogisch. In de vierde fase wordt pas begonnen met ‘das Abspannen und reflektorisch Atem ergänzen nach Phonationsabsatz’, zoals Coblenzer-Muhar beschrijft.

    Fase 1 Afbreken van functionele stemremmende pathologieeën en opbouwen van juiste houding en beweging.

    Fase 2 Rustadem

    Fase 3 Geeuwen en slikken

    Fase 4 Äfspannen”zonder en met stem

    Fase 5 Steminzet, toonhoogte, toonsterkte en toonduur

    Fase 6 Koppeling adem aan beweging

    Fase 7 Spreekaccenten

    Fase 8 Ademritmische aangepaste fonatie

    Bron: Demmink-Geertman L, Duits-Schouten S. De coördinatietherapie van Elfriede Öcker. Holistiche benadering van de wisselwerking van adem, voedselopname, spreken en stemgeving. Hartcourt Book Publishers ISBN 90-265-1791-225

    Bijlage 6 Ademinspektie Paul Hodges

    Evaluation of breathing

    Assessment

    Respiratory movements:

    - abdominal movement

    - bibasal rib cage expansion

    - upper chest breathing

    Respiratory movements:

    • look before touching

    • do not indicate that you are evaluating breathing

    • assess natural breathing and during deep muscle contraction

    • consider

    - is movement is equal in each region

    - consider what movement is dominant

    Observation breathing patterns

    - 3 components

    Palpate movements

    Assess muscle activity

    -Palpation

    EMG

    Assessment

    Respiratory muscle activity

    Abdominal muscle activity Diaphragm activity

    Palpation Palpation – rib cage movement

    Observation Observation

    EMG biofeedback Ultrasound

    Consider

    - is the muscle activity modulated with breathing

    - is there activity that is compromising respiratory movements

    Bron: Hodges PW. Consideration of breathing & continence in Back Pain. Spinal Pain, Injury & Health. AAOMT 2009 Breakout session. The University of Queensland. Onderdeel van college 16 januari 2014 Paul Hodges aan de SOMT.

    Bijlage 7 Streeloefeningen en Sensate focus

    **Streeloefening met je partner**

    Wat doe je in deze oefening?

    In deze oefening leer je (opnieuw) genieten van lichamelijk contact met je partner. Je leert je aandacht te richten op je eigen lichamelijke beleving. En goed te communiceren met je partner over wat je prettig en niet prettig vindt.

    Deze oefening, ook wel ‘sensate focus’ genoemd, wordt al jarenlang gebruikt door seksuologen. Hier een versie die je ook zonder hulp van een seksuoloog kan doen. Kom je er niet uit of zoek je meer verdieping? Dan kun je overwegen om contact op te nemen met een seksuoloog.

    Voor wie?

    Voor stellen die

    • elkaars lichaam en elkaar op een wellicht nieuwe manier willen ontdekken

    • het lichamelijk contact willen verbeteren of herstellen

    • hun communicatie over vrijen willen verbeteren

    Vooraf

    • Lees eerst allebei de stappen van de oefening door.

    • Kies een prettige ruimte, waar je je op je gemak voelt. Sommige mensen vinden het fijn om wat muziek op te zetten of kaarsjes aan te steken. Zorg er ook voor dat de temperatuur prettig is.

    • Neem de tijd. Plan zo’n 60 minuten in voor de oefening. Je hoeft niet 60 minuten bezig te zijn, het gaat erom dat je de rust hebt. Het lukt mensen vaak beter deze oefening te doen als ze er tijd voor ingepland hebben. Dan kun je je ook beter ontspannen.

    • Tijdens de oefening praat je niet met elkaar. Daardoor kun je je helemaal concentreren op de aanrakingen en word je niet afgeleid door opmerkingen. Het kan zijn dat je tijdens de oefening toch afgeleid wordt, bijvoorbeeld door geluiden, gedachten of iets anders. Merk ze wel op, maar probeer met je aandacht weer terug te gaan naar de aanrakingen.

    • Het gaat er niet om dat je moet genieten van de aanrakingen en er opgewonden van moet worden. Het is veel meer een ontdekkingstocht waarin je nieuwsgierig gaat kijken: welke aanrakingen voel ik en wat vind ik daarvan?

    • Spreek af wie er als eerste gestreeld gaat worden en wie er gaat strelen (halverwege kun je de rollen omdraaien).

    Basisoefening

    Degene die streelt

    • Streel het lichaam van je partner, maar raak niet de geslachtsdelen van de ander aan.

    • Streel niet alleen met je vingers, maar probeer ook eens uit hoe het is om met je hele hand, arm, lippen of tong te strelen.

    • Ga bij je zelf na hoe het aanraken van de andere voor jezelf is, wat je prettig vindt.

    aan het strelen.

    • Als je het hele lichaam van je partner hebt gestreeld, wissel je van rol.

    Degene die gestreeld wordt

    • Richt je aandacht eerst op wat je voelt. Bijvoorbeeld: dit is een zachte aanraking. Dit voelt kriebelend. Deze aanraking is stevig.

    • Richt vervolgens je aandacht op hoe het voelt: wat voelt prettig en wat niet. Bijvoorbeeld: deze aanraking vind ik fijn. Deze minder.

    • Als je hele lichaam gestreeld is, wissel je van rol.

    Terugblik

    Ben je allebei aan de beurt geweest? Vertel dan aan elkaar wat je hebt ervaren tijdens deze oefening.

    • Wat vond je prettig?

    • Wat vond je minder prettig?

    • Van welke aanrakingen werd je seksueel opgewonden?

    • Wat heb je ontdekt over je lichaam? En over het lichaam van je partner?

    Doe dit op een positieve manier waarbij je dingen die je minder prettig vond omzet in wensen. Bijvoorbeeld: ik vind het prettig als je mijn buik zachtjes streelt zonder mijn zij aan te raken. In plaats van: je streelt veel te hard en je weet dat je te veel kietelt in mijn zij.

    Je kunt het ook eerst voor jezelf opschrijven en het daarna samen bespreken.

    Variatie

    Het is belangrijk dat je eerst de basisoefening doet. Heb je die gedaan? Dan kan je variaties aanbrengen.

    Met feedback

    Doe de basisoefening, maar geef nu wel aan wat je prettig vindt als je wordt gestreeld. Dat kan met woorden of met geluid of door de aanraking te leiden. Degene die streelt richt zich nu helemaal op wat zijn/haar partner prettig vindt. Zonder over zijn/haar eigen grenzen te gaan uiteraard.

    Ben je beiden aan de beurt geweest? Deel dan weer je ervaringen met elkaar.

    Met aanraken van geslachtsdelen

    • Doe de basisoefening en streel het hele lichaam totdat je partner ontspannen is.

    • Na een tijdje mag je wel de geslachtsdelen van je partner aanraken.

    • Als jij of je partner tijdens deze oefening seksueel opgewonden raakt, kun je daarmee spelen. Kan je opwinding laten opkomen en af laten zakken bij je partner? Vergeet niet dat het hele lichaam opwinding kan geven, niet alleen de geslachtsdelen.

    • Ben je beiden aan de beurt geweest? Deel dan weer je ervaringen met elkaar.

    • Je kunt deze oefening doen zonder en met feedback.

    Tot slot

    Genieten van je lichaam hoeft niet altijd via de geslachtsdelen te gaan. Allerlei plekjes op je lichaam kunnen een prettig gevoel geven, als je er maar voor open staat.

    Roepen deze oefeningen vervelende gedachtes op? Of vind je het lastig om de oefening zonder begeleiding te doen? Neem dan eens contact op met een seksuoloog. Die kan je hierbij begeleiden.

    Voor meer inspiratie

    Op youtube staan voorbeeldfilmpjes van de sensate focus techniek voor paren:

    • Een Engelse introductie van sensate focus: http://www.youtube.com/watch?v=GZ\_tpM-RlxU&has\_verified=1

    • Een kort stappenplan om je seksleven spannender te maken met sensate focus (ook Engels) http://www.youtube.com/watch?v=tnlG-3SfGkY

    Gijs L, Gianotten W, Vanwesenbeeck I, Weijenborg P. Seksuologie 2009. Bohn Stafleu van Loghum.

    In dit boek op bladzijde 349 staan de stappen binnen een sensate focus-oefening volgens Master en Johnson verwoord. [↑](#endnote-ref-72)