

Maureen LUYENS.

BEHANDELING VAN VAGINISME.

Deze tekst gaat over enkele aspecten van vaginisme.

Als inleiding in de problematiek schetsen we eerst enkele gevallen.

In een tweede punt beschrijven we hoe deze mensen op de raadpleging verschijnen.

Daarna geven we een pragmatische definitie van vaginisme.

Ons eigen behandelingsschema wordt dan het belangrijkste deel van deze uiteenzetting.

We besluiten dit artikel met een weergave van het effect van deze behandeling.

I. Enkele gevallen.

Een eenvoudig paar, beiden 35 jaar oud, zijn dertien jaar gehuwd. Ze vragen onze hulp omdat ze uitdrukkelijk een kind wensen. Ze kunnen geen coïtus hebben. De vrouw is uitermate angstig en afkerig van de geslachtsdaad. Uit de anamnese zijn vooral twee traumatische gebeurtenissen te vermelden. Op de leeftijd van twaalf jaar onderging ze totaal onvoorbereid een somatisch onderzoek. Ze herinnert zich dat ze alle mogelijke houdingen moest aannemen opdat de verpleegster in de mogelijkheid zou zijn een urine staal te nemen. Patiënte zegt: "Het was iets met naalden". In dezelfde periode kreeg ze, ook haar eerste menstruatie. Dat was voor haar een schok. Deze vrouw had ook het gevoel 'abnormaal geschapen' te zijn. Zij onderging vier jaar geleden een vaginadilatatie echter zonder resultaat. Ze had reeds sedertdien verschillende gesprekstherapiën achter de rug, die ze telkens na enkele zittingen opgaf.

Een ander paar is vier jaar gehuwd. Voor de man is het zijn tweede huwelijk. De vrouw komt met de klacht: "Telkens als

het moment er is om betrekkingen te hebben, houdt er mij iets tegen. Het is alsof ik op dat ogenblik niet wil; ik zou willen dat ik kon willen." Uit de afzonderlijke gesprekken blijkt dat deze vrouw nog steeds niet gekozen heeft om zijn partner te zijn. Ze heeft vooral de indruk getrouwd te zijn uit medelijden en onder de druk van de beide families. De man wil heel uitdrukkelijk kinderen, terwijl dit bij de vrouw niet zo duidelijk is. Op dat ogenblik was er geen antikonceptie. Bij de start van de behandeling was dit dan ook een voorwaarde.

Het derde geval betreft een jong paar dat twee jaar gehuwd is. De vrouw stond negatief tegenover alles wat met mannelijke seks te maken heeft. Ze had een weerzin om de genitalia van haar man aan te raken. Man en vrouw hadden ook een irreëel verwachtingspatroon. Ze verwachtten dat ze bij de eerste betrekkingen heel erg zouden opgewonden zijn en dat er een zeer romantische sfeer zou heersen. Het niet kunnen hebben van betrekkingen was voor hen een aanduiding dat ze misschien niet genoeg van elkaar hielden.

Een paar leeft zes jaar samen en heeft een seksuele activiteit ontwikkeld die prettig verloopt en bevredigend is voor beiden. Beiden kunnen door wederzijdse orale en manuele stimulatie tot orgasme komen. Coïtus is echter niet mogelijk. De diagnose luidt op het eerste gezicht vaginisme. Ze gaan slechts op raadpleging wegens kinderwens. De huisarts verwijst dan door. Bij een nauwkeurige seksuele anamnese blijkt dat er slechts aan het begin van de seksuele relatie enkele pogingen waren tot coïtus. Door die eerste mislukkingen zagen ze van verdere pogingen af. In feite kozen ze voor een seksueel verkeer waarbij ze zich veilig voelden en niet mislukten.

Bij een ander paar heeft de vrouw zo'n strenge seksuele opvoeding gehad dat alles wat met seks te maken heeft, haar

erg beangstigt. "Zo maar vrijen is slecht, is zondig, je moet een doel hebben". Als het voor kinderen is kan het. Nochtans wanneer je met deze vrouw praat beseft ze heel goed dat ze die opvatting rationeel niet deelt. Gevoelsmatig kan ze zich echter niet ontdoen van een schuldgevoel.

Twee mensen met een universitair diploma zijn één jaar gehuwd. Haar klacht : "Ik heb helemaal geen zin in vrijen, en als het gebeurt op vraag van mijn man gaat het niet." Uit afzonderlijke en gezamenlijke gesprekken blijkt patiënte niets te voelen voor haar man. "Reeds in de verloving wou ik onze relatie stop zetten maar ik durfde niet". In de gesprekken bleek dat beiden het bijna steeds oneens waren. Wel beaamden beiden dat hun relatie op dit ogenblik uiterst slecht liep. Liever dan uit elkaar te gaan, opteerden zij toch om bijeen te blijven. Enkele maanden later was mevrouw zwanger. Wij zelf hadden daar toch wat vragen bij.

Een ander paar viel bij de eerste konsultatie erg op. De man aksepteerde niet dat er afzonderlijke gesprekken waren. In de ruimte waar ik een afzonderlijk gesprek had met de vrouw was er geen derde stoel. Om het gesprek verder te voeren met drie ging de man op éénzelfde stoel zitten met zijn vrouw liever dan in de gang een stoel te gaan halen. De man werd vijandig tegenover ons telkens zijn vrouw enige onafhankelijkheid toonde. Misschien was voor deze vrouw haar vaginisme de enige mogelijkheid van ontsnapping aan een zo sterke band, de symbiose.

Een 33 jarige ingenieur en een 28 jarige bediende verlangen al 6 jaar een kind. De vrouw is uitermate angstig. Haar angst kan ze moeilijk expliciteren. Het is een soort angst voor het onbekende. Ze wint geleidelijk vertrouwen in haar mogelijkheden. Ze maakt kleine vorderingen. Tot dan toe leefde ze met de idee 'mijn vagina is te klein'. Ze kan moeilijk achterhalen vanwaar ze dat idee heeft.

II. Van klacht tot diagnose.

Voorgaande bloemlezing van enkele gevallen illustreert de diversiteit van de problematiek waarmee we te maken kunnen hebben.

- Wanneer patiënten met dit probleem op konsultatie komen zeggen ze niet : "ik heb vaginisme" (tenzij het hen is voor-gezegd). Wel hebben ze het over : "het gaat niet", "we kunnen geen betrekkingen hebben", "het is nog nooit gelukt", "mijn man kan niet binnen", "we stoten tegen een muur". Het is dan ook aan ons om uit te maken of de klacht eerder te maken heeft met erektiestoornissen dan wel met moeilijkheden bij de vrouw.

Meestal komt de klacht samen voor met (of zit ze verdoken onder) andere problemen zoals : "ik heb pijn" (men kan genitale pijn ervaren omdat men onwillekeurig de vaginaspiers samentrekt, maar men kan ook samentrekken omdat men pijn voelt of pijn anticipeert); "ik voel er niets voor"; "ik ben bang"; "ik laat het niet toe", enz.

Het gebeurt ook wel dat vaginisme slechts aan bod komt bij een behandeling van een erektiestoornis of een vroegtijdige zaadlozing.

Het grootste aantal van deze vrouwen zou ik eerder als erg geremd beschrijven, nerveus, ongeduldig : ze worden gemakkelijk rood, ze zijn verlegen en zitten er gewoonlijk erg gespannen bij (bv. ze zitten maar op de helft van hun stoel). Andere vrouwen uit deze patiëntengroep stelden zich eerder kritisch op. Zestaan erg twijfelachtig tegenover een verandering. Ze stellen de therapeute in vraag. De partners van deze vrouwen zijn ofwel erg teruggetrokken, eerder van het volgzame brave type, ofwel zijn ze zeer dominant. Zij willen bepalen wat goed is voor hun partner.

Om het probleem zuiver te stellen gebruiken wij volgende

pragmatische definitie, ook al is die dan verweven met andere problematiek.

"Een patiënte is vaginistisch wanneer de coïtus moeilijk of onmogelijk is doordat bij (pogingen tot) de coïtus de vrouw, zonder ze dat wil, de spieren rond de ingang van de schede samenknijpt. Er treedt een 'vaginistische reactie' op."

(Thoben en Moors, 1979, p.7).

Dit betekent meteen, dat ik het nut van het gynecologisch onderzoek (dat steeds plaats grijpt bij deze problematiek) niet zie in het al of niet bevestigen van de klacht - vermits het samenknijpen bij dit onderzoek niet steeds samen gaat met het samenknijpen bij coïtus - maar wel in de mogelijkheid die het biedt tot bewustmaking van de onwillekeurige samentrekking van de schedespieren (daar komen we later nog op terug).

We analyseerden een groepje van 21 patiëntenparen met het probleem van vaginisme. We willen er hier nadrukkelijk op wijzen dat deze groep van patiënten een geselecteerde groep is. Inderdaad een aantal patiënten met vaginisme worden reeds in de eerste lijn, door huisarts of gynecoloog, geholpen. De groep die naar onze kliniek werd doorverwezen bestaat vooral uit patiënten met een hardnekkige vorm van vaginisme. Bij de beoordeling van al deze gegevens moet men hiermee rekening houden.

Men kan twee groepen onderscheiden :

De groep die vooral gemotiveerd is om het probleem op te lossen omwille van een sterke kinderwens,

en de groep die vooral gemotiveerd is om er wat aan te doen om hun seksuele relatie te bevorderen, als expansie van hun seksuele mogelijkheden. Men kan ook nog een ander onderscheid herkennen. Op de 21 patiëntenparen zijn er dertien paren waarbij vaginisme vooral bepaald wordt vanuit de individuele voorgeschiedenis van de vrouw. Bij zes paren schijnt vaginisme te maken te hebben met de partnerrelatie. Voor twee paren konden we moeilijk uitmaken of nu de relatie dan

wel de voorgeschiedenis meer bepalend was.

Opvallend is wel dat er heel wat jaren verlopen vooraleer de patiënten bij ons om hulp komen. Voor de groep patiënten die vooral gemotiveerd zijn om hun seksuele relatie te verbeteren is het gemiddeld aantal voorafgaande probleemjaren vier. Voor de groep waarbij de kinderwens primeert is het gemiddeld aantal probleemjaren 7,4. Dit laatste is dus duidelijk hoger.

Men zou kunnen stellen, dat men vooral komt wanneer de druk van de leeftijdsgrens voor het krijgen van kinderen te groot wordt; terwijl, wanneer men seksualiteit op zich belangrijk vindt, men er gemakkelijker kan over praten en men er dus ook vlugger hulp zal voor zoeken.

III. De behandeling.

Eerst en vooral willen we zeggen dat bij de behandeling de vrouw centraal staat; we proberen echter de man er steeds bij te betrekken (wat gewoonlijk ook lukt). Daarvoor zijn verschillende redenen :

- de man voelt zich vlug uitgesloten wanneer zijn vrouw alleen op konsultatie komt; hij vraagt zich af wat daar allemaal gebeurt.
- de man kan soms beter de angsten, vragen en mythes van zijn vrouw formuleren; meestal betekent hij een grote steun voor haar.
- in het verloop van de behandeling doen er zich vaak erektiestoornissen voor (in onze groep van 21 paren was dit het geval voor acht mannen).
- de belangrijkste reden is wel dat de man een rol speelt in het gedrag van zijn partner.

De mate waarin we de partner in de therapie betrekken hangt af van de mate waarin het probleem meer van interaktionele aard is. Heeft de seksuele voorgeschiedenis van de vrouw een groter overwicht, dan kan de betrokkenheid van de part-

ner ook kleiner zijn. Later komen we daar uitvoeriger op terug.

Op dit ogenblik zouden we kunnen zeggen dat de meest voorkomende behandeling voor deze problematiek een seksuele therapie is. Een vaginadilatatie is weinig efficiënt, zelden geïndiceerd en gaat voorbij aan de psychologische kontekst. Een relaxtherapie kan wel eens lukken maar is meestal onvoldoende. Het essentiële van de seksuele therapie is dat het gaat om een combinatie van gesprekken met oefeningen die de partners thuis of in hun verblijf uitvoeren. Deze oefeningen zijn verschillend van probleem tot probleem en van therapeut tot therapeut.

Konkreet gezien is de behandeling voor vaginisme in de loop der jaren bij ons als volgt opgezet. We onderscheiden twee grote aspecten.

1. Een eerste aspect is het bewust onder controle krijgen van de schedespier.

a. Een eerste stap is dat de patiënte zich bewust moet worden van de samentrekking. Het is inderdaad zo dat de meeste patiënten niet goed beseffen wat er gebeurt. Sommigen weten wel dat ze zich samentrekken zonder dat ze dit willen maar hebben onvoldoende besef van wat er in feite gebeurt. Anderen beseffen helemaal niets.

Voor die bewustwording gebruiken we drie middelen :

- Het gynecologisch onderzoek. Dit gebeurt meestal vooraf. Nochtans weigeren sommigen zich te laten onderzoeken. Bij anderen was het onderzoek niet mogelijk. Voor nog anderen was een voorbereiding nodig door een aantal gespreksessies.
- De bewustwording kan ook nog gebeuren door het bekijken van de eigen genitalia met een handspiegel waarbij men de patiënte pers- en zuigbewegingen laat maken met de vagina. De spiergroep kan men leren kennen door bij het plassen de waterstraal te onderbre-

ken. Vele vrouwen kunnen deze spieren niet lokaliseren en trekken hun buik in.

- Een ander hulpmiddel is het inbrengen van een vinger in de schede en dan de samentrekking te voelen (uiteraard kan dit niet steeds).

b. Een tweede stap is dan het verwerven van controle over de schedespier. De patiënte moet er toe komen de spier op te spannen en los te laten als ze dat zelf wil. Ook hier gebruiken we meerdere hulpmiddelen. We hebben goede ervaringen met het gebruik van plastiek stiften. Het gaat om een reeks van een zestal stiften. De kleinste is dunner dan een potlood en de grootste heeft ongeveer de dikte van een penis in erektie. Het voordeel bij het inbrengen van een stift is dat de patiënten een vijftiental minuten kunnen blijven liggen met de ingebrachte stift. Dikwijls ervaren ze dan dat die er uitglijdt. Dat is voor hen een teken dat ze op dat moment ontspannen zijn. Ze gaan pas over tot een volgende stift als de vorige er zonder moeite kon ingebracht worden. Het gebruik van een lotion (bv. Dermalex) wordt ook aanbevolen om het glijden te bevorderen. Een andere mogelijkheid is ook de patiënte te vragen één of meerdere vingers bij haar zelf in te brengen om vertrouwd te worden met haar eigen lichaam. We vragen ook aan de partner dit te doen bij het vrijen. Dit laatste mag echter alleen op vraag van de vrouw (daar komen we later op terug). Deze oefeningen bieden ook een gelegenheid aan de patiënte om de eventuele pijn te lokaliseren en te differentiëren. Dit zijn de belangrijkste oefeningen die bijdragen tot het controle krijgen over de spier.

2. Een tweede belangrijk aspect in de behandeling is de psychologische stap van 'het kunnen' hebben van geslachtsgemeenschap naar 'het willen'.

a. 'Het kunnen.' We geven slechts een coïtus-opdracht

wanneer de bewuste controle mogelijk is. De bewuste controle is er, wanneer de patiënte bij het inbrengen van een stift of een vinger de spontane reflexmatige spanning onmiddellijk kan loslaten. Dat is iets anders dan het laten wegebben van die spanning door het lang wachten ! De meest gebruikte houding waarbij coïtus geprobeerd wordt, is de houding waar de man uitgestrekt op zijn rug ligt en de vrouw schrijlings over de man gaat zitten (de zgn. 'vrouw-boven' positie). Ze steunt hierbij op haar knieën en ze buigt zich een weinig voorover. Een belangrijk voordeel van deze houding is dat de vrouw volledig de leiding kan nemen van het gebeuren. Zij bepaalt zelf het moment waarop ze de penis inbrengt. Bovendien doet ze dit zelf. Ze kan in deze houding de pijn ook gemakkelijk exploreren. De coïtus lukt zelden bij de eerste poging. Het gebeurt wel eens dat er moeilijkheden zijn met de houding. Sommigen durven de stap niet zetten uit vrees voor mislukking. Men krijgt dan reacties als "ik was nog te gespannen" of de man die zegt : " ze was nog te gespannen"; "mijn opwinding was weg" of "haar opwinding was weg"; "ik voelde mij niet meer aangetrokken". Patiënten vinden vlug een reden om het inbrengen uit te stellen : alsof men totaal zou kunnen ontspannen zijn bij de eerste volledige seksuele daad !

We geven meestal de volgende opdracht :

"Bij een eerstvolgende gelegenheid kan je overgaan tot coïtus. Je zal gespannen zijn. Word er je bewust van. Je kan nu reeds bewust ontspannen, dus je zult nu merken dat je dit ook kunt met de penis. Probeer rustig zover mogelijk over de penis te glijden. Voel je dat je niet verder kan -waar veel kans voor is- word je dan bewust dat je gespannen bent. Maak een persbeweging en voel of je verder kan.

b. 'Het willen'. Het is niet omdat men iets kan, dat men het ook wil. Vandaar dat ik stilaan een onderscheid

ben gaan maken tussen 'het kunnen' en 'het willen'. Natuurlijk is het zo dat pas als men het kan, men eerst de mogelijkheid heeft om te kiezen. Maar men kiest daarom nog niet voor deze vorm van seksualiteit, nl. een coïtaal-gerichte seksualiteit (coïtus is een norm, iets dat ons 'opgedrongen' wordt).

Nog minder betekent dit dat men automatisch kiest voor coïtus met deze man. Want het willen hebben van coïtus met deze partner is een relationele keuze.

3. De interaktionele betekenis.

We zien dus dat er duidelijk twee onderscheiden facetten zijn : aspekt waarbij de behandeling eerder op de vrouw gericht is en een facet waarbij de behandeling op de interactie gericht is. Hiertoe worden gezamenlijke vrij-opdrachten gegeven. Het zijn stapsgewijze streeleoefeningen zoals die beschreven zijn bij Masters en Johnson. Deze kunnen gaan van algemene streeleoefeningen zonder dat men de genitalia van de partner aanraakt, over strelingen van mekaars lichaam met inbegrip van de genitalia, naar een niet-dwingende, rustig verkennende coïtus. Deze oefeningen bieden de gelegenheid om de interactie tussen de partners te begrijpen. We kunnen dan ook de interaktionele barrières die op dat ogenblik in het probleem een rol spelen duiden. Het gaat hier om opgelegde doorleefde ervaringen bij de betrokken patiënten. Er wordt van de therapeuten uit een keuze gemaakt om slechts die aspecten van de relatie te bewerken, die ook het probleem juist bepalen.

Een probleem zal dit proces verduidelijken :

Een paar kiest in de zevende sessie voor een opdracht waarbij ze toch maar eens de stap zouden wagen van het inbrengen van de penis. De oefening is voor hen een ontgoocheling geworden : "Het is ons niet gelukt". Bij een gedetailleerde navraag van het gebeuren bleek dat de vrouw plots van stemming veranderde op het moment dat ze de indruk had dat haar man (in de hoger beschreven coïtushouding) zelf zijn onder-

buik omhoog drukte. Ze zegt : "Het was alsof ik niet meer wou; als het dan zou gelukt zijn dan was mijn man toch de machtigste". Dit machtsprobleem, aan het licht gekomen door de ervaring van de oefeningen, bepaalde hun seksueel samenspel. Zij kon deze machtsstrijd maar laten vallen op het ogenblik dat zij ook kon ervaren hoe zij volledig zelf (voor het eerst in haar leven) de keuze kon maken voor coïtus. Zij beseftte dan pas dat ze telkens opnieuw door het gedrag van de partner het gevoel had, gedwongen te zijn tot coïtus.

Een volgende voorbeeld is een illustratie van hoe een vaginisme zijn reden van bestaan heeft in een bepaalde relatie. Bij één van de mislukte therapieën blijkt dat de vrouw een negatieve beleving heeft over zichzelf. Dit wordt sterk bekrachtigd door de partner die haar voortdurend vergelijkt met zijn veel betere buitenechtelijke partner. De vrouw wil het probleem van vaginisme oplossen om haar man terug te winnen en om hem exclusief voor haar te hebben. Zolang de vrouw individuele oefeningen doet loopt alles goed. Er zijn duidelijk vorderingen. Zodra er gezamenlijke opdrachten gegeven worden, wordt de man steeds meer opgewonden in de sessie en flapt eruit : "Ik laat die andere vrouw niet !". Wanneer de vrouw zegt, dat ze niet wil dat hij die andere vrouw nog ontmoet, dreigt de man haar probleem te vertellen aan haar moeder. Dit was erg beangstigend voor de vrouw. Enkele sessies later wou de man niet meer meekomen. Men ziet hier dat het opheffen van de dysfunctie in de relatie zo bedreigend kan zijn dat men soms opteert om de dysfunctie te behouden. Wanneer het vaginisme opgelost zou zijn dan heeft de man geen reden meer om een andere partner te hebben.

We geven nu nog een ander voorbeeld waar de bespreking van de opdrachten het probleem ook duidelijk naar voor bracht, evenwel met een ander verloop. Hier was het bespreken ervan een mogelijkheid om het onderliggende relationele pro-

bleem op een andere manier op te lossen, zodat men het vaginisme niet meer 'nodig' had. Het gaat om een paar dat na een jaar huwelijk om hulp komt : "Het gaat niet, ik heb hevige pijn in de onderbuik en ik heb seksuele angstdromen". Een objektieve diagnose ontbrak omdat de patiënte aanvankelijk een gynecologisch onderzoek weigerde. Deze vrouw wou geen coïtus omdat de pijn te hevig was. Tijdens het eerste gedeelte van de behandeling was de pijn weggebleven. Plots duikt ze na een aantal zittingen terug op. Bij verdere bespreking blijkt dat de pijn ontstaat kort na het mislukken van een opdracht. Daarop ontstaat een hevige woordenwisseling. De man kon de pijn niet au sérieux nemen. Hij toonde zich veel minder tolerant dan voorheen. In de sessie ontstaat een hoog oplopende ruzie. De vrouw begint te wenen. Ze zegt : "Als dat het resultaat is van onze behandeling dat hij minder geduldig is, dat hij meer zijn gedacht zegt, dan gaan we beter terug naar huis". Men zou kunnen zeggen geen-pijn-meer-hebben wil zeggen minder-aandacht-krijgen. Een verder gedeelte van de behandeling was er dan op gericht te zoeken hoe ze de nodige aandacht kon krijgen zonder dat ze daarvoor de pijn nodig had. De geslachtsdaad was daarna ook geen probleem meer.

Om de bespreking van de behandeling te sluiten willen we nog beklemtonen dat deze verschillende facetten van de behandeling niet noodzakelijk chronologisch op elkaar volgen. Meestal gaat het om een evolutie op twee verschillende vlakken tegelijk. Zo kan de vrouw, tussen twee gespreksessies in, oefeningen voor zichzelf meekrijgen terwijl het paar ook opdrachten van vrijen kan krijgen.

IV. Resultaten.

In een laatste punt bespreken we het effect van de behandeling. Zoals we hebben vermeld, onderzochten we een groepje van 21 patiëntenparen.

Op de zeven patiëntenparen die vooral kwamen vanuit kinders-
wens waren er zeven suksessen : d.w.z. vijf paren konden be-
trekkingen hebben als ze het wensten, terwijl twee paren
slechts sporadisch tot seksueel contact kwamen.

Van de veertien paren die vooral hun seksuele relatie wilden
verbeteren waren elf behandelingen suksesvol (waarbij tien
volledig en één sporadisch). Eén paar kwam echter niet meer
opdagen na twee sessies. Er waren ook twee duidelijke mis-
lukkingen. Bij de twee mislukte therapiën kwamen de vrouwen
nochtans wel tot bewuste controle van de schedespier, maar
niet bij coïtus. Bij deze twee mislukte paren was het erg
opvallend dat de man veel weerstand bood en moeilijk gemoti-
veerd kon geraken om de behandeling mee te volgen. Het waren
mannen die zich tijdens de behandeling erg op de achtergrond
hielden en die hun partner de schuld gaven van het probleem.
Beide relaties waren erg moeilijk en men zou met één woord
kunnen zeggen dat de partners mekaar duidelijk wantrouwden
(zowel in de bedoeling om het vaginisme op te lossen als be-
treffende mogelijke buitenechtelijke relaties).

Het gemiddeld aantal sessies van één uur tot anderhalf uur
voor de suksesgroep is elf. De kortste behandeling duurde
vier sessies. De langste behandeling telde 23 sessies.
Het gemiddeld aantal sessies voor de misluktingsgroep is elf
en half sessies. Van de achttien sukses-paren gebeurde de
behandeling voor elf paren intensief. Het ging steeds om
een drie of twee weken durende behandeling. Voor de overige
zeven paren was de behandeling ambulant (minder intensief,
meer gespreide sessies). De mislukte therapiën verliepen
ambulant.

Het is opvallend dat vrij snel na het bereiken van het doel
'coïtus' de patiënten de gesprekken niet verder zetten.
Meestal drukken ze uit dat ze nu alleen verder wensen te
doen ook al verloopt de coïtus nog wat stroef. Nochtans
zijn er maar vijf paren van de achttien die duidelijk stel-

len dat hun probleem volledig is opgelost. De anderen noemen hun situatie verbeterd. Dat wijst erop dat ze na het bereiken van hun oorspronkelijk doel 'coïtus' andere doelen stellen (dit betekent echter niet noodzakelijk een vraag naar de therapeut). Je krijgt ook reacties van teleurstelling : "We dachten dat het anders zou zijn".

Sommigen zijn eerder overrompeld. Dit laatste gevoel konden we vaststellen bij paren die bij de eerste keren bijna onmiddellijk zwanger werden.

Een andere vaststelling is ook dat het vrijen niet noemenswaardig toeneemt. Wel is het zo dat wanneer er gevrijd wordt, men wel coïtus heeft. Dit betekent ook dat wanneer men een paar succesvol behandelt voor vaginisme, dit niet automatisch inhoudt dat deze mensen meer plezier zullen beleven aan seks. Konkreet konden we in deze proefgroep het volgende vaststellen : slechts vijf paren van de suksesgroep stellen dat ze orgasme beleefden vóór de behandeling. Na de behandeling is dit slechts het geval voor zeven paren. De andere klachten zijn meestal wel opgeheven. Daarmee be-doelen we de pijn, de angst, de spanning in het algemeen.

Vooraleer we onze konklusie geven willen we nog even het volgende beklemtonen : we houden ons in onze doelstelling aan de vraag van de patiënt en we stoppen dus de behandeling als de klacht verdwenen is, ook al zullen andere therapeuten stellen dat de relatie bijvoorbeeld nog vol problemen zit en er dus nog heel wat therapeutisch werk te doen valt.

We verkiezen echter de behandeling af te ronden, indien de patiënten geen verdere vragen stellen op relationeel vlak. Men kan zich afvragen of er dan in de relatie geen andere problemen gaan ontstaan ? Dit is natuurlijk niet uitgesloten. Alleen wanneer er een nieuwe hulpvraag van de patiënten komt, zullen we ons therapiekontrakt herzien en op andere vlakken hulp bieden als we dit kunnen.

Als besluit voor deze bijdrage geven we graag volgende be-

denking : wanneer paren het probleem van vaginisme oplossen dan geloven we dat dit vooral belangrijk is voor de zelfbeleving van de patiënten. Ze beleven zich weer als 'normaal'. Ze zien een nieuw perspectief opengaan in de mogelijkheid om kinderen te hebben. Mede met de behandeling is de voorwaarde geschapen voor een plezierig seksueel contact. De pijn is weg, de spanning is opgeheven, de angst is doorgewerkt. Men kan rustig met elkaar vrijen, maar dat is slechts een begin van het genietend bevredigend vrijen met elkaar. De paren opteren om daar alléén naar toe te groeien, zonder hulp of inmenging van derden.

Bibliografie.

KAPLAN, H.S., The new sex therapy, Active treatment of sexual dysfunctions. New York, Brunner/Mazel, 1974.

LUYENS, M., Een kliniek voor seksuele dysfuncties. Achtergronden en werking. Leuvense Cahiers voor Seksuologie, 3. Antwerpen, De Nederlandse Boekhandel, 1978.

MASTERS, W.H. en JOHNSON, V.E., Seksuele stoornissen bij man en vrouw. Amsterdam-Brussel, Paris / Manteau, 1971.

MOORS, J. et al. (eds.), Helpen bij seksuele moeilijkheden. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1977.

THOBEN, A. en MOORS, J., Vaginisme. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1978.