

# Een groepsbehandeling van vaginisme

Willeke Bezemer\*

SB 6.21 SB 6.29 SB 6.31

*Een aantal overwegingen die hebben geleid tot het vormen van een vrouwen-groep en een parallel lopende mannengroep t.b.v. de behandeling van vaginisme worden beschreven. Vervolgens wordt de werkwijze beschreven en worden enige ervaringen weergegeven.*

*criterium voor succes van de behandeling is niet zozeer het welslagen van de coïtus, alswel het opgeven van de hulpeloosheid t.a.v. de coïtus, òf doordat de coïtus lukt, òf doordat cliënten expliciet geen coïtus (meer) wensen.*

## Inleiding

Gynaecologen, huisartsen en (psycho)therapeuten krijgen van tijd tot tijd te maken met cliënten of patiënten die het probleem 'vaginisme' presenteren. Vaginisme wordt wel beschreven als de minst voorkomende maar meest verlammeende seksuele dysfunctie bij vrouwen (Fordney, 1978). Masters en Johnson (1970) beschreven slechts 29 patiënten met deze klacht over een periode van elf jaar. Lamont (1978) benadrukt echter dat vaginisme veel vaker voorkomt dan in de literatuur gesuggereerd wordt. Mijn eigen klinische ervaring en die van anderen die werkzaam zijn op het gebied van de seksuele hulpverlening ondersteunen dat.

Hierna zal ik eerst het fenomeen vaginisme beschrijven zoals dit in verschillende vormen, eigenlijk gradaties, voorkomt.

Daarna volgt een korte bespreking van verschillende behandelvormen van vaginisme.

Tot slot beschrijf ik de overwegingen en de werkwijze van een groepsbehandeling voor vaginistische vrouwen en hun mannelijke partners.

\* Psychologe/seksuologe, werkzaam bij de Rutgers Stichting. Adres: Langegracht 16, 3601 AH Maarssen.

## Definities

Vele vaginistische vrouwen herkennen de volgende reactie: bij benadering van een vinger, tampon, speculum of penis treedt er een krampachtige spanning van de spieren rondom de vagina op; tegelijkertijd spannen de spieren van de bovenbenen zich; soms wordt krachtig afgezet met de hielen, de rug trekt krom (lordose), het hoofd wordt achterover gebogen, en handen en armen kunnen duidelijk een afwerende houding uitdrukken.

De vrouw beleeft deze reactie als onwillekeurig, en geheel buiten haar wil en (goede) voornemens om. Kaplan (1974) spreekt dan ook van een geconditioneerd reflex.

Thoben (1978) beschrijft slechts het samenknijpen van de spieren rondom de vagina waardoor intromissie onmogelijk wordt. Kroger en Freed beschreven deze reactie al uitgebreid in 1962. Het gaat meestal duidelijk om meer dan de spieren van de bekkenbodem.

De vaginistisch reagerende vrouw kan alle genoemde (spier)reacties vertonen wanneer iets haar schede nadert. Zij kan deze reacties ook gedeeltelijk hebben, of alleen specifiek voor bepaalde objecten.

*Apareunie* (het onvermogen te coïteren) wordt wel onderscheiden van het 'echte' vaginisme waarin niets in de schede gebracht kan worden. In het geval van *apareunie* zou de vrouw wel in staat zijn bijvoorbeeld een tampon in te brengen of een inwendig onderzoek te ondergaan.

In dit rijtje hoort ook *dyspareunie* thuis, d.w.z. de coïtus kan wel plaatsvinden, maar deze is (erg) pijnlijk.

Vaginisme, *apareunie* en *dyspareunie* kunnen primair zijn of secundair, d.w.z. altijd al bestaan hebben of optreden nadat er aanvankelijk geen problemen waren.

Deze klachten kunnen onderling ook samenhangen. Een vrouw met een man die weinig of geen rekening houdt met haar afweerreacties en die 'gewoon doorzet', zal meestal over *dyspareunie* klagen. En een vrouw die meerdere malen pijn heeft ervaren bij de coïtus als gevolg van bijvoorbeeld een droge vagina of een chronische vaginitis, kan op de duur vaginistisch reageren. Er komt in feite een vicieuze cirkel tot stand: pijn en angst voor pijn doen de vrouw spannen, en wanneer zij spant ervaart zij pijn.

*Apareunie* kan even gemakkelijk of even moeilijk te behandelen zijn als vaginisme of *dyspareunie*. Wanneer een vrouw op de onderzoekstafel weinig moeilijkheden heeft, betekent dit niet dat ze sneller of gemakkelijker te helpen zou zijn dan een vrouw die én voor de onderzoekende vinger van de arts of voor diens speculum, én voor de penis van haar partner ontoegankelijk is.

Prognostisch voor de behandelingsduur heeft bovenstaande indeling dan ook weinig waarde. Betere indicatoren voor de behandelingsduur zijn etiologie van de klacht, duur van de klacht, de motivatie van patiënte, en de soort behandeling.

### **Gangbare behandelingsvormen**

Dyspareunie is de seksuele dysfunctie die relatief het vaakst een somatische oorzaak heeft. Vaker echter is er sprake van een psychogene oorzaak. Voor apareunie en vaginisme geldt dit nog sterker.

Ik zal me hier verder richten op de behandeling van psychogene dyspareunie, apareunie en vaginisme.

Vrouwen met vaginistische klachten zijn met een glijmiddel behandeld (Schellen, 1981) of psychotherapeutisch, vooral door gedragstherapeuten (Brinkman, 1975). Een behandeling is individueel (Lamont, 1978; Reamy, 1982) of samen met de partner (Thoben, 1978; Masters en Johnson, 1970). Het kan gaan om een mannelijke hulpverlener, een vrouwelijke hulpverlener of een hulpverlenerspaar. De hulpverleners werken directief of non-directief, ze kunnen feministische ideeën hebben of masculinistische.

Het operatiemes blijkt volgens mijn eigen recente waarnemingen nog steeds gehanteerd te worden in de behandeling van vaginistische reacties. De patiënte vreest 'te eng te zijn van anderen'. De gynaecoloog is het daar kennelijk mee eens en maakt haar wijder.

De meeste gynaecologen zijn gelukkig van dit verminkende pad teruggekeerd. Een dergelijke ingreep is immers slechts dan geïndiceerd wanneer anatomisch sprake zou zijn van 'te eng', en niet wanneer patiënte haar eigen lichaam als te nauw ervaart omdat zij onwillekeurig haar spieren spant.

Populair in de behandeling van vaginistische reacties is op het ogenblik de '*pelotentherapie*'.

Dit is een vorm van systematische desensitisatie in vivo, waarbij de vrouw geleidelijk haar angstresponsen leert bedwingen. Ze leert eerst zich te ontspannen en vervolgens pelotten of dilatatoren van toenemende omvang in haar schede te brengen en te houden.

Deze therapievorm is zeker efficiënt en heeft bovendien grote aantrekkingskracht voor niet-psychotherapeutisch geschoolden. De techniek lijkt immers zo gemakkelijk aan te leren en het therapiedoel is duidelijk en concreet omschreven.

Maar dat is tegelijkertijd een negatieve kant van deze benadering. In de prak-

tijk blijkt het therapiedoel vaak nogal ambivalent te zijn. Veel vrouwen voelen: ergens wil ik, maar ergens wil ik ook niet. Ook voor het niet-willen moet ruimte zijn. Een vrouw kan bijvoorbeeld met de klacht vaginisme komen omdat ze een kind wil, niet omdat zij de gemeenschap zo mist. Of zij komt in behandeling omdat haar man dreigt te zullen gaan scheiden wanneer zij geen gemeenschap blijft willen of kunnen. Voor deze ambivalenties is er weinig ruimte in een louter technische systematische desensitisatie.

Om met deze ambivalenties te kunnen omgaan heeft de behandelaar psychotherapeutische vaardigheden nodig.

Een ander bezwaar tegen desensitatieprocedures wordt met name geformuleerd door feministische therapeuten. Zij stellen het overduidelijke therapiedoel, de coïtus, ter discussie.

Onder de titel 'Dichtzitten: een protest tegen verplicht neuken', neemt Sjenitzer (1980) bijvoorbeeld stelling tegen seksistische ideeën in de behandeling van vaginisme, m.n. tegen het centraal stellen van coïteren in seksualiteit. Ook Thoben (1978) en Drenth en Bezemer (1979) besteden hieraan aandacht. Sommige auteurs waarschuwen tegen de behandeling van de vrouw alléén zonder haar partner zoals vaak in deze procedure voorkomt. Zij wijzen op de partnerkeuze van de vrouw, de vaak symbiotische relatie die zij met haar partner heeft, de gevaren voor impotentie van haar partner en de wellicht nog ernstiger gevolgen in haar omgeving wanneer de vrouw van haar klacht verlost is (Van Schaik, 1976).

Anderen die de mannelijke partner wel in de therapie betrekken lijken dit vaak niet zozeer te doen teneinde ook de man te behandelen, maar om zich veeleer van diens medewerking te verzekeren. Soms lijken een aantal (toch veelgehoorde) bezwaren meer te slaan op ongelukkige instructies dan op de methode zelf. 'Ik moest die staafjes er een half uur per dag in laten zitten, nou, dat hield ik niet vol.' Of: 'De dokter gaf een kunstpenis. Met zoiets engs kan ik geen kant uit.' En: 'Het deed minstens zo'n pijn als met het vrijen. Ik dacht weleens, moet dat nou helpen, maar ja, hij was de dokter, en mijn man werd zo ongeduldig dat ik probeerde door te zetten.'

Ook wordt de therapeutische procedure weleens onvolkomen geïnstrueerd, zoals bij het paar dat iedere avond de coïtus bleef proberen, terwijl de vrouw trouwhartig met de pelotten oefende op andere uren van de dag. De deprimerende ervaringen met de coïtus deden natuurlijk eventuele positieve resultaten met de pelotten teniet.

Het laatste bezwaar dat ik wil noemen geldt het mechanistische aspect van het werken met pelotten. Zoals een aantal vrouwen verwoorden: 'Ik heb ook bezwaar tegen zo'n ding, maar dat is een ánder bezwaar dan tegen de gemeenschap'. 'Ik voel me zo vernederd op deze manier.' 'Dat heeft toch niets met liefde te maken.'

Te verwachten valt dat er vrouwen zijn die op deze manier wel iets in hun vagina leren verdragen. Maar dat zal eerder een pelot of wellicht een tampon zijn dan een penis. Om nog maar niet te spreken van de vraag of vrouwen op deze manier leren een *bevredigende* coïtus te hebben.

### **Een groepsbehandeling**

Op grond van bovengenoemde overwegingen besloten een vrouwelijke collega en ik tot een groepsbehandeling voor patiënten met vaginistische klachten. Parallel daaraan zou een groepsbehandeling plaatsvinden voor de mannelijke partners van deze patiënten, begeleid door mannelijke collega's.

Voor veel vrouwen betekent het deelnemen aan een dergelijke groep een openbaring. Vaginistisch zijn is een taboe, daar spreekt niemand over. Veel van de 'ernst' van de klacht wordt gerelativeerd door er met anderen, die het net zo ervaren, over te kunnen praten. Voor de mannelijke partners geldt dit wellicht nog sterker. Zij vinden het vaak nog moeilijker dan hun vrouwen om te 'bekennen dat ze het nog nooit gedaan hebben of nooit doen'.

*Doelstelling:* In de therapie staat ons voor ogen de vrouw zelf de macht over haar lichaam en lichaamsreacties terug te geven. Dat betekent dat van haar gevraagd wordt zelf actief te zijn in een richting die in de groep besproken wordt. Niet haar partner, noch haar therapeut zal de stappen voor haar nemen.

Een doelstelling als 'de macht over haar lichaam terug te geven' betekent ook dat van een therapiedoel als de coïtus geen sprake is. Als de vrouw zelf de macht over haar lichaam heeft, kan zij even goed bepalen géén gemeenschap te willen hebben als dat zij dat wel wil. Niet-willen is ook macht over jezelf hebben. En natuurlijk zijn er vrouwen die besluiten geen gemeenschap te willen hebben. Een aantal vrouwen hebben een afkeer van gemeenschap. En voor veel vrouwen is het gevoel van intimiteit de belangrijkste bron van bevrediging in haar seksuele relatie (De Bruijn, 1983). Een gevoel van intimiteit kan heel goed tot stand komen zonder coïtus.

De problemen die kunnen ontstaan wanneer bijvoorbeeld de vrouw geen gemeenschap wil en de man wél zijn evident. Zij zijn echter van een andere orde en zullen hier niet besproken worden.

We willen in de vrouwengroepstherapie zowel aandacht besteden aan de zichtbare geconditioneerde (spier)reflex, als aan de etiologie van de klacht.

Ook is het van belang dat haar soms ingewikkelde relatie met haar partner aan de orde komt, alsmede de rol die de partner in de klacht speelt.

De scheiding in een mannen- en een vrouwengroep is belangrijk om deze facetten te kunnen bespreken en bewerken, zonder gehinderd te worden door onwille-

keurig beschermende acties over en weer van man en vrouw, die de relatie onaantastbaar maken. We achten het erg belangrijk dat met hun relatie therapeutisch voorzichtig omgegaan wordt.

*Werkwijze:* Op het ogenblik bedraagt het aantal zittingen van de vrouwengroep tien, dat van de mannengroep zes. Er vindt een (elfde) zitting plaats na drie tot vier maanden. De vrouwengroep bestaat uit zes en acht deelnemers en twee vrouwelijke therapeuten. De mannengroep kent in de praktijk wat minder deelnemers, omdat niet alle vrouwen een (mannelijke) partner hebben, en omdat een enkele partner medewerking weigert 'omdat er met háár wat mis is en niet met hem'. Het moge duidelijk zijn dat een vrouw met een partner die niet mee wil werken wél aan de vrouwengroepstherapie mee kan doen.

Een viertal aandachtspunten worden doorgewerkt in de vrouwengroep:

Ten eerste *relaxatie*, namelijk van algehele spierrelaxatie tot het specifiek leren ontspannen van die spiergroepen die een rol spelen in de vaginistische reactie, zoals de spieren van de buik, rug, benen, billen en de bekkenbodemspier. Ook worden Kegel-oefeningen geïnstrueerd. Gedurende een groepsessie wordt de algehele spierrelaxatie geoefend, en iedere vrouw krijgt een cassettebandje mee naar huis om thuis dagelijks te oefenen.

Ten tweede is een vorm van *systematische desensitisatie* belangrijk. In stapjes leert de vrouw zich eerst naakt bekijken, daarna leert zij haar genitaliën bekijken met een handspiegel (terwijl zij ontspannen is), vervolgens leert zij zichzelf aan te raken, ook haar genitaliën (terwijl zij ontspannen is), waarna zij een eigen vinger in de schede kan leren inbrengen.

Ook kan geëxperimenteerd worden met een tampon of een speculum als de vrouw dat wil. In deze fase van het oefenen wordt een glijmiddel aanbevolen.

Een derde aandachtspunt in de therapiegesprekken is het *praten over seksualiteit* – een vermeden onderwerp. Aan de orde komen: de betekenis van de coïtus, van het vrijen, weigeren, initiatief nemen, intimiteit, gevoelde dwang, traumatische ervaringen met mannen en artsen, technische voorlichting, de seksuele voorlichting door ouders en de sfeer daaromheen in het ouderlijk huis, wat het betekent om meisje/vrouw te zijn, voorbehoedmiddelen, angst voor pijn, kinderwens, enz.

Ook wordt de vrouw gestimuleerd om over voor haar belangrijke thema's te praten met haar moeder, vader, partner, vriendinnen.

De voorlichting die gegeven wordt omvat o.a. technische voorlichting aan de hand van een doorzichtig model. Daarbij komen twijfels naar voren omtrent de lengte en rekbaarheid van de schede, angst voor de penis, angst voor de ontmaagding.

Het aantal onderwerpen rondom seksualiteit en de relatie is onuitputtelijk, en

hangt voor een groot deel af van hetgeen de vrouwen naar voren brengen.

Als vierde belangrijke aandachtspunt geldt het nadenken over de *mogelijke positieve betekenissen die het vaginisme kan hebben* voor de vrouw, de man, of de relatie. Klassiek is de vaginistische vrouw die er voor zorgt dat haar man niet met zijn impotentie geconfronteerd wordt. Maar ook bestaat de vrouw wier man graag veel kinderen heeft, en die dit zelf liever niet wil. Soms zal zij vaginistisch zijn in plaats van hem te zeggen dat hij in haar toekomstbeeld niet past.

En de vrouw die haar leven lang gewaarschuwd is voor seks en mannen is nog steeds de gehoorzame (kleine) dochter wanneer ze vaginistisch is, dus niet met een man naar bed gaat.

In de mannengroep komen ongeveer dezelfde onderwerpen aan de orde als in de vrouwengroep. De gevoelsinhoud zal vaak verschillend zijn van datgene wat in de vrouwengroep besproken wordt.

In de laatste zittingen wordt in beide groepen veel gesproken over de beslissing al dan niet te coïteren. Wanneer zij eraan toe zijn gaan man en vrouw thuis samen oefenen. Dit wordt steeds meer in de seksuele sfeer uitgevoerd, d.w.z. bij het vrijen betrokken, waardoor het geen techniek-oefeningen meer zijn.

### **Ervaringen**

Zeventien vrouwen en twaalf mannen namen deel aan de laatste drie groepen. Eén echtpaar besloot na de eerste therapiezitting te gaan scheiden. De vrouw verhuisde en wilde niet meer deelnemen aan de vrouwengroepstherapie; de man bleef de mannengroep bezoeken. Een ander echtpaar besloot halverwege de therapie tot een tijdelijke scheiding. Beide partners bleven in therapie.

De verschillende aantallen in resp. de vrouwen- en mannentherapiegroep werden veroorzaakt doordat één vrouw geen vaste partner had, één man door zijn werk de groepszittingen niet kon bijwonen maar wel een aantal malen voor een individueel gesprek kwam, en doordat drie mannen weigerden aan de mannengroepstherapie deel te nemen.

Ten tijde van de follow-up zittingen van de vrouwengroepen rapporteerde één vrouw dat zij en haar man niets aan de behandeling hadden gehad. Eén vrouw vertelde dat haar relatie kort na de tiende zitting door haar vriend werd verbroken toen zij niet in staat was tot gemeenschap met hem.

Veertien vrouwen gaven aan dat hun seksuele relatie (sterk) verbeterd was, dat ze beter en gemakkelijker met hun vriend en met anderen over seksualiteit konden praten, en dat het seksuele probleem verminderd was.

Voor de helft van deze vrouwen hield dat in dat het seksuele probleem geheel verdwenen was. Bij één echtpaar omdat beide partners zich gerealiseerd hadden helemaal niet te *willen* coïteren, bij de anderen omdat ze tot de coïtus in staat waren.

Cliënten die aangaven dat het seksuele probleem (nog) niet verdwenen was, gaven tevens aan dat het probleem wel minder was geworden.

Voor een aantal vrouwen/paren betekende dit dat zij zichzelf 'vooruit' zagen gaan. Zij zagen een ontwikkeling in hun seksuele relatie waarin zij over enige tijd wel een coïtus verwachtten. Tien groepssessies vinden immers plaats in nauwelijks drie maanden tijd! Meestal, maar niet in alle gevallen, deelden de therapeuten dit optimisme. Een aantal paren/vrouwen besloot zelf op de ingeslagen weg verder te gaan.

Andere vrouwen/paren besloten in overleg met de therapeuten tot enkele of meer partner-relatie gesprekken of een dieper-gravende individuele psychotherapie.

We mogen concluderen dat de besproken therapievorm zeer werkbaar is. Voor veel cliënten bleek deze behandelwijze voldoende te zijn. Voor anderen was de groepstherapie een waardevolle episode in een langerdurende behandeling. Belangrijke elementen van de behandeling lijken te zijn het loslaten van de coïtus als criterium voor succes, naast een werkwijze waarin vrouw en man, onafhankelijk van elkaar en tegelijk met elkaar bezig zijn met hun seksuele probleem en hun seksuele relatie.

Graag bevelen we systematischer onderzoek in deze aan.

#### Literatuur

- Brinkman, W., Langdurige gedragstherapie in een geval van vaginisme, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1975, 1, p. 54-70.
- Bruijn, G. de, Van pure lust en zuivere liefde. Waarom vrouwen wel of niet klaarkomen bij het vrijen met een man, *Tijdschrift voor Seksuologie*, 1983, 7, p. 133-147.
- Drenth, J., en W. Bezemer, Angst en pijn. In: J. Drenth, (ed.) *Seks als probleem*. Haarlem: Holland, 1979.
- Fordney, D.S., Dyspareunia and vaginismus, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1978, 21 : 205.
- Kaplan, H.S., *The New Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1974.
- Kroger, W.S., en S.C. Freed, *Psychosomatic Gynecology*. Hollywood: Wilshire Book Co, 1962.
- Lamont, J.A., Vaginismus, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1979, 131, p. 632.
- Masters, W.H. en V.E. Johnson, *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown en Co, 1970.
- Reamy, K., The treatment of vaginismus by the gynecologist: an eclectic approach, *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1982, 59, p. 58.
- Schaik, C.Th. van, Enige reacties in een familie na behandeling van primair vaginisme, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1976, 2, p. 166-170.

Schellen, T.M.C.M. Medische aspecten van dyspareunie – oorzaak en behandeling, *Tijdschrift voor Seksuologie*, 1981, 6, p. 108-117.

Sjenitzer, T., Dichtzitten: een protest tegen verplicht neuken, *Psychologie en Maatschappij*, 1980, 1.

Thoben, A. en J. Moors, *Vaginisme*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1978.

### Summary

#### *Group treatment of vaginismus*

The treatment of vaginismus in separate but parallel groups for women and men is discussed. Whether or not intercourse is completed is not considered the real measure of successful outcome. It is equally succesful when women (or a couple) realize that they explicitly don't want intercourse in stead of being helpless in this matter.

#### Vijfde Duijker-lezing

Op vrijdag 29 maart 1985 zal de vijfde Duijker-lezing worden gehouden door mevrouw prof.dr. Margaret A. Boden. Het onderwerp van haar voordracht zal zijn: *'Computer models of the mind: are they socially pernicious?'*. De lezing zal worden gehouden in de nieuwe conferentiezaal van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, Kloveniersburgwal 29 te Amsterdam. Aanvang: 20.00 uur. Toegang gratis. Toegangskaarten kunnen vóór 15 maart a.s. worden besteld bij SWIDOC/SWR, Antwoordnummer 10783, 1000 RA Amsterdam.

Margaret Boden is hoogleraar in de filosofie en psychologie aan de Universiteit van Sussex. Deze combinatie van opdrachten heeft geleid tot een aantal interessante publikaties op het terrein van het grondslagenonderzoek van de psychologie. Zij paart een grote belezenheid in de filosofische en psychologische literatuur aan een scherp vermogen tot begripsanalyse. Dat betekent dat haar werk vooral bijdraagt aan de door velen zo gewenste theorievorming in de menswetenschappen.

Theorievorming is in hoge mate afhankelijk van het stellen van de juiste vragen en een grote beweeglijkheid in het ontdekken van empirische implicaties bij een diversiteit aan veronderstellingen. Margaret Boden is daar een meester in. Er zijn duidelijk twee zwaartepunten in haar oeuvre aanwijsbaar: de analyse van doelgericht gedrag en de bewijskracht en status van artificiële intelligentie.

In een recent artikel behandelde zij de vraag waarom de steun die de psychologie ontleent aan de studie van diergedrag en aan de studie van het kunstmatig brein niet geresulteerd heeft in een vruchtbare combinatie: *Animal Psychology and Artificial Intelligence*.