

## DE EFFECTIVITEIT VAN EEN RELATIEGERICHTE THERAPIE BIJ VAGINISME<sup>o</sup>

T. van Bilderbeek-Lankester\* en M.E. Auch\*\*

SBG.21 SBG.31 Vaginisme Relatietherapie

*In de jaren 1972 tot 1985 werden in totaal 75 cliënten met vaginisme samen met hun partners in een relatiegerichte therapie behandeld. Uitgangspunt in de therapie was dat de mannelijke partner een belangrijke rol speelt bij het soms langdurig bestaande vaginisme van zijn vrouw. Niet alleen de seksuele dysfunctie, maar ook de relatie dient behandeld te worden. Het blijkt dat de deelname van de mannelijke partner aan de therapie een voorwaarde is voor een gunstige afloop. In totaal waren 50 cliënten genezen verklaard. Uit de status zijn een groot aantal gegevens op een rij gezet. Van de niet-genezen vrouwen werd 52% (13 van de 25) verwezen naar psychiatrische hulpkaders.*

*Er werd een follow-up onderzoek met behulp van een vragenlijst gedaan onder de genezen verklaarde vrouwen (tussen 1 en 12 jaar na beëindigen van therapie). Van 28 kon een volledig ingevulde vragenlijst verkregen worden, van 12 alleen telefonische informatie, 6 vrouwen weigerden mee te doen, van 4 was het adres onbekend. Bij 36 van de 40 geënquêteerde vrouwen (90%) trad de klacht in het geheel niet meer op of nog slechts incidenteel.*

Eén van de mogelijke oorzaken van het onvermogen om geslachtsgemeenschap te hebben is vaginisme. Anatomisch gezien is vaginisme een spastische kramp van de musculatuur van het distale deel van de vagina, met name van de m. constrictor cunni. Soms wordt dit begeleid door spasmen in andere spiergroepen, met name de adductoren van de bovenbenen (Van Emde Boas, 1981).

Er bestaan uiteenlopende verklaringen voor deze klacht, afhankelijk vanuit welke invalshoek men het probleem benadert, bijvoorbeeld vanuit een psychoanalytische, een behavioristische of een interactionele denkwijze (Cooper, 1969; Friedman, 1962; Kaplan, 1974; Masters en Johnson, 1970; Moors, 1987; Musaph, 1965; Musaph en Haspels, 1977).

Een opvallend gegeven is dat vrouwen met vaginisme nogal eens een hechte en langdurige relatie met hun partner hebben. De mannelijke partner

\* Drs T. van Bilderbeek-Lankester, arts-seksuoloog, Brantwijk 51, 1181 MS Amstelveen.

\*\* Drs M.E. Auch, medicus. Echolaan 2, 1399 BG Muiderberg.

<sup>o</sup> Geaccepteerd 10 oktober 1988.

speelt een belangrijke rol bij het instandhouden van de klacht. Daarom dient hij ons inziens vanaf het begin bij de therapie betrokken te zijn.

In de jaren 1972 tot 1985 kwamen 75 cliënten met vaginisme en hun partners op de polikliniek seksuologie van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam (voorheen Wilhelmina Gasthuis) bij één van ons (TvB-L) in behandeling. Teneinde de effectiviteit van de therapie na te gaan werd het plan opgevat een follow-up onderzoek uit te voeren onder de genezen cliënten. Tevens werd besloten een status-onderzoek te doen.

Bij het onderzoek stonden de volgende vragen centraal:

1. hoe effectief was de directieve therapie op de lange termijn?
2. welke onderdelen van de therapie waren volgens de cliënten bijzonder belangrijk?
3. welke invloed heeft de partner op het ontstaan en eventueel instandhouden van de klacht?

### **Werkwijze en onderzoekspopulatie**

Uit het bestand van de polikliniek werd een selectie gemaakt. Geselecteerd werden diegenen die nooit een geslaagde coïtus hadden gehad (primair vaginisme) en degenen waarbij vanaf een bepaald moment coïtus niet meer lukte (secundair vaginisme). Cliënten werden als genezen beschouwd indien er een coïtus met intra-vaginale ejaculatie had plaatsgevonden.

Van de in totaal 75 cliënten met de diagnose vaginisme waren 50 cliënten genezen en 25 niet genezen of hadden zich aan behandeling onttrokken. Deze laatste groep cliënten werd niet in het onderzoek betrokken. Een korte beschrijving van deze groep moge duidelijk maken waarom deelname niet zinnig leek.

- \* twee vrouwen, ouder dan 50 jaar, hadden veel psychosomatische klachten. Al in het begin van de therapie bleek het werken aan het vaginisme niet haalbaar. Toch hadden beide cliënten en hun partners meer inzicht in hun relatie gekregen en begrepen ze dat het evenwicht te sterk verstoord zou worden indien te veel aan dit onderdeel van hun relatie gewerkt zou worden.
- \* twee vrouwen zijn na 1 consult weggebleven.
- \* dertien vrouwen werden verwezen naar psychiatrische hulpverleners (RIAGG en psychiatrische polikliniek).
- \* vijf vrouwen hadden geen partner.
- \* twee vrouwen zijn in het begin van de behandeling van hun partner gescheiden.
- \* één vrouw had ernstige relatieproblemen.

Van de 50 genezen cliënten werden uit de status allerlei gegevens verzameld en op een rij gezet. De meesten waren jonger dan 31 jaar, hadden een midden of hoog opleidingsniveau en kwamen uit een godsdienstig milieu (zie tabel 1).

*Tabel 1. Verdeling van 50 genezen cliënten naar leeftijd, opleiding en godsdienstig milieu.*

Leeftijd	N	%	Opleiding	N	%	Godsdienst	N	%
16 - 20	6	12	laag (lagere			R.K.	27	54
21 - 25	18	36	school)	13	26	N.H./Geref.	6	12
26 - 30	20	40	midden	22	44	anders	1	2
31 - 35	3	6	hoog (HAVO/			geen	12	24
36 en >	3	6	VWO)	15	30	onbekend	4	8

Voorts werd nagegaan hoe lang de relatie en de klacht bestonden ten tijde van de aanmelding op de polikliniek. De relatie bestond bij 60% tenminste 3 jaar. Bij iets minder dan de helft van de vrouwen (46%) bestond de klacht langer dan 3 jaar (zie tabel 2).

*Tabel 2. Duur van de relatie en duur van de klacht bij 50 genezen cliënten met de klacht vaginisme.*

Tijdsduur	Relatie		Vaginisme	
	N	%	N	%
< 1 jaar	2	4	2	4
1 - 3 jaar	18	36	25	50
4 - 10 jaar	24	48	18	36
11 jaar en >	6	12	5	10

Om een indruk te krijgen van mogelijke oorzaken voor het vaginistisch reageren van vrouwen werd een aantal factoren betreffende hun levensloop en opvoeding nader geanalyseerd. Bij meer dan de helft van de vrouwen was de gezinssituatie waarin zij waren opgegroeid niet optimaal. Bij 9 vrouwen (18%) hadden de ouders onderling een slechte relatie, 10 vrouwen (20%) hadden een slechte relatie met hun moeder, en 7 (14%) hadden een slechte relatie met hun vader. Bij 1 cliënte was de moeder afwezig.

Voor wat betreft de seksuele ontwikkeling heeft ongeveer driekwart ( $n = 37$ ) geen seksuele voorlichting gehad. Twee vrouwen hebben weinig en 11 vrouwen (22%) hebben wel seksuele voorlichting gekregen. In de puberteit heeft 58% van de vrouwen ( $n = 29$ ) nooit gemasturbeerd.

Het seksueel functioneren op volwassen leeftijd wordt afgeleid van het al of niet tot een orgasme kunnen komen binnen de bestaande of eerdere relatie(s). Bij het begin van de behandeling kon driekwart van de vrouwen ( $n = 37$ ) tijdens het vrijen een orgasme krijgen; 13 vrouwen (26%) konden dat dus niet.

Van de 50 vrouwen bleken er 8 (16%) ooit een verkrachtingspoging te hebben meegemaakt. Vier vrouwen (8%) gaven aan enuresis nocturna te hebben gehad; in één geval had dit tot haar 17e jaar geduurd.

Bij 20% van de vrouwen was er sprake van secundair vaginisme.

#### *Duur van de therapie*

Ten aanzien van de duur van de behandeling lijkt er een soort breekpunt te zijn bij een jaar therapie. De meeste paren die de behandeling voortzetten genezen alsnog. Bij de niet genezen groep brak een derde na 4 of minder consulten de behandeling af. Misschien komt dit doordat tijdens de eerste consulten de motivatie van de cliënten wordt getoetst. Dat schrikt wellicht een aantal vrouwen af.

Bij de meeste van de genezen cliënten is de duur van de behandeling minder dan twee jaar en het aantal consulten minder dan 20 (zie tabel 3).

*Tabel 3. Duur van de therapie en aantal consulten van 50 vrouwen genezen van de klacht vaginisme.*

Therapie-duur	N	%	Aantal consulten	N	%
< 1 jaar	23	46	< 4	3	6
1 - 2 jaar	23	46	4 - 10	15	30
> 2 jaar	4	8	10 - 20	18	38
			> 20	13	26

Van de genezen vrouwen waren er 4 zonder hun partner in behandeling. Bij het aangaan van een nieuwe relatie was er bij hen geen sprake meer van vaginisme.

De meeste van de genezen vrouwen waren door gynaecologen doorverwezen (34 van de 50). Twaalf waren door hun huisarts verwezen, 3 door een psychiater en 1 vrouw kwam zonder verwijzing naar de polikliniek. Bij 3 van de cliënten was tevoren een zogenaamde verwijdingsplastiek gedaan. Eén vrouw

had op jonge leeftijd een clitoridectomie ondergaan, doch was desondanks orgasmisch met vrijen.

#### *De behandeling*

De op deze populatie toegepaste therapie is directief en sterk gestructureerd. Het succes van de behandeling berust in belangrijke mate op de vertrouwensrelatie tussen arts-therapeute en cliënte (Hengeveld en Hess, 1987). Het primair ingaan op en het honoreren van de hulpvraag is de eenvoudigste methode om toegang te krijgen tot de oorzaken van de dysfunctie (Luyens, 1981). Dit betekent meestal dat de coïtus in de therapie centraal staat.

In het begin wordt seksuele voorlichting gegeven, een coïtusverbod opgelegd en orale anti-conceptie voorgeschreven. Verder worden relaxatie oefeningen aangeraden en dilatatie oefeningen met de vingers of pelotes geadviseerd.

Tijdens het derde of vierde consult wordt in overleg met cliënte en in aanwezigheid van haar partner een lichamelijk onderzoek uitgevoerd. Dit vindt plaats op een onderzoeksbank, niet in een gynaecologische stoel. Doel van het onderzoek is te laten zien dat er geen lichamelijke oorzaak voor de dysfunctie bestaat en om de vrouw te laten ervaren dat zij niet "te nauw geschapen" is. Bij een later consult kan het onderzoek nog eens herhaald worden om cliënte een betere indruk over haar vorderingen te geven. Essentieel is de van tevoren gemaakte afspraak dat de vrouw zelf aangeeft wanneer een vaginaal toucher bij haar geen weerstand meer oproept.

Een aantal cliënten is gemakkelijk te onderzoeken en reageert alleen vaginistisch met de partner. Een aantal cliënten is niet te onderzoeken: ze zijn nauwelijks in staat de benen te spreiden en uit angst voor het onderzoek stappen ze van de bank.

De consulten vinden eens per twee weken plaats. Tijdens deze gesprekken worden problemen in de relatie bespreekbaar gemaakt en doorgewerkt. Cliënten worden tevens voor individuele gesprekken uitgenodigd.

Gezien de toenemende therapeutische ervaring vond er een verschuiving plaats zowel in het patroon van doorverwijzen naar andere hulpkaders bij de niet genezen cliënten, als ook in de therapie-duur bij de genezen cliënten. Leggen we een scheiding bij 1980 dan komen we tot de volgende constatering:

\* De groep niet-genezen cliënten die voor 1980 in therapie kwamen, werden na gemiddeld 16 consulten doorverwezen, terwijl cliënten na 1980 reeds na 8 consulten werden doorverwezen.

\* De genezen cliënten van voor 1980 werden na gemiddeld 18 consulten ontslagen en de cliënten na 1980 reeds na gemiddeld 11 consulten.

### **Follow-up onderzoek**

Zoals eerder gezegd werd een enquête opgezet. Alleen die genezen vrouwen kwamen in aanmerking waarbij de behandeling minstens een jaar geleden was beëindigd. De totale spreiding was 1 tot 12 jaar.

De vragenlijst had betrekking op persoonlijke gegevens, het vroegere en het tegenwoordige psycho-seksueel functioneren en de waardering voor verschillende onderdelen van de vroegere therapie (op aanvraag bij TvB-L te verkrijgen).

Van 4 vrouwen was het adres niet meer te achterhalen. De overige vrouwen werden in eerste instantie telefonisch benaderd door de therapeute. De volgende reacties werden verkregen.

- \* 6 vrouwen weigerden aan het onderzoek mee te doen. Vier hadden ernstige relatieproblemen, één had de relatie verbroken en één was indertijd reeds na 2 consulten genezen.
- \* 12 vrouwen wilden wel telefonisch informatie geven over hun seksueel functioneren, maar niet meedoen aan de enquête. Deze gedeeltelijke weigering mee te doen leek samen te hangen met de wens om maar liever de vroegere problemen te vergeten. Van deze 12 vrouwen waren 10 zeer tevreden met hun seksuele relatie, één was matig tevreden en één was volledig teruggevallen in het oude patroon van vaginistisch reageren.
- \* Van 28 vrouwen hebben 19 de enquête volledig ingevuld en geretourneerd. Bij 9 vrouwen werd bij hen thuis, vaak in aanwezigheid van de partner, door de therapeut de vragenlijst ingevuld.

Aangezien er geen duidelijke verschillen waren tussen de schriftelijke en de mondelinge enquêtering zijn de resultaten samengevoegd.

#### *Resultaten follow-up onderzoek*

Gevraagd naar de vermoedelijke oorzaken van hun vaginisme dacht een derde van de 28 vrouwen "te nauw" te zijn geweest, terwijl tweederde het aan angst en spanningen toeschreef. Een kwart van de cliënten had voor de therapie nooit met de partner over het probleem gesproken, de diagnose was meestal door de huisarts gesteld.

Voor de therapie was er bij 24 cliënten veel behoefte aan lichamelijk contact. Na de therapie werd deze behoefte bij 8 sterker, bij 6 verminderde deze en bij 14 bleef ze onveranderd.

Meer dan de helft van de geënquêteerde vrouwen gaf de voorkeur aan een vrouwelijke therapeut. Verreweg de meesten (22) hadden het als prettig ervaren dat hun partner altijd bij de behandeling aanwezig was, 4 vonden inci-

dentele aanwezigheid voldoende en 2 betwijfelden de noodzaak van zijn aanwezigheid. Bijna allemaal (26) waren tevreden tot zeer tevreden met de therapie, 2 waren ontevreden. Van deze laatsten was er 1 tijdens de behandeling gescheiden, de andere besloot na een succesvolle coïtus alsnog tot het afbreken van de therapie wegens erectie- en ejaculatiestoornissen van haar man. Zij gaven de voorkeur aan hun tot dan toe toegepaste en bevredigende wijze van non-coïtaal vrijen.

De dilatatie oefeningen met vingers of pelotes werd door iedereen als nuttig ervaren. De gesprekken zag men als noodzakelijk. De helft had baat bij seksuele voorlichting en ontspannings oefeningen. Het gezamenlijk oefenen met de partner werd als een zeer belangrijk onderdeel van de therapie gezien.

Voornamelijk als gevolg van eerder uitgevoerd inwendig onderzoek door huisarts of gynaecoloog werd een vaginaal toucher door alle vrouwen als vervelend ervaren. Het op een later tijdstip in de therapie gedane lichamenlijk onderzoek werd meestal als een bevestiging van het verdwijnen van de klacht gezien. Dit onderzoek werd toegestaan, maar nog steeds niet als prettig ervaren.

Voor wat betreft het uiteindelijke resultaat van de therapie nemen we antwoorden van de 12 telefonisch ondervraagden en de 28 geënquêteerden samen. In 36 van de 40 gevallen trad het vaginisme in het geheel niet of slechts sporadisch op. Dit betekent een resultaat van 90% blijvende genezingen.

Van de 40 paren hadden 25 één of meer kinderen of was de vrouw gravida.

## Discussie

Minder vrouwen dan verwacht wilden aan het follow-up onderzoek meedoen. Het leek alsof ze dit hoofdstuk uit hun leven maar liever wilden afsluiten. Zoals ook in de literatuur vermeld zien we een bepaald type man en vrouw dat "elkaar gevonden heeft" (Kaplan, 1974; Masters en Johnson, 1970; Musaph, 1970). De vrouw is dikwijls perfectionistisch, kampt met sterke insufficiëntie gevoelens en komt in haar vraag naar hulp dwingend over. De partner is vaak zeer tolerant en lijdt niet zichtbaar onder het vaginisme van zijn vrouw. Hij begeleidt haar trouw naar het spreekuur. Zowel bij de vrouwen als bij de mannen zien we vaak spanningsklachten: migraine, hoofdpijn, vage buikpijn, eczeem. Deze klachten verminderen of verdwijnen meestal tijdens de therapie.

De meeste paren vrijen op bevredigende non-coïtale wijze. Zij komen daarbij meestal allebei tot een orgasme. Veelal is de reden van aanmelding op de polikliniek de wens om kinderen te krijgen. In die situatie kost het vaak veel moeite om cliënte van het nut van anticonceptie voor de duur van de therapie te

overtuigen.

We hebben de indruk dat de rol van de man pas duidelijk wordt tegen het einde van de therapie als door de coïtus de balans van het tot dan toe heersende evenwicht verstoord dreigt te raken. De man reageert dan soms met een tijdelijke erectie- en ejaculatiestoornis. Wellicht is deze reactie een uiting van jarenlange frustraties.

In een slechte relatie kan vaginisme een normale reactie zijn. Vier vrouwen kwamen zonder partner in behandeling, nadat ze in vaak langdurige relaties vaginistisch hadden gereageerd. Allen bleken na individuele behandeling in een nieuwe relatie geen enkel seksueel probleem meer te hebben.

De gezinssituatie waarin veel vrouwen opgegroeid zijn werd door hen als instabiel geschetst. Bij iets meer dan de helft hadden de ouders een slechte relatie, of was de relatie van cliënte met vader of moeder slecht. In het onderzoek van O'Sullivan (1979) werden dezelfde criteria gebruikt en bleek de onderlinge relatie tussen de ouders bij 78% van de vrouwen slecht te zijn. In 70% van de gevallen was ook de relatie tussen vader en dochter slecht. Veel van deze vaders waren alcoholist (O'Sullivan, 1979).

## **Casuïstiek**

### *Casus 1*

Een 26-jarige peuterleidster komt samen met haar man, een onderwijzer, op het spreekuur. Zij zijn zeven jaar getrouwd en willen graag kinderen. De coïtus is nog nooit gelukt, zij zijn beiden wel orgastisch bij het vrijen. Het praten over het vaginistisch reageren van de vrouw is taboe en zij zijn erg opgelucht over het feit dat een therapie mogelijk is.

De vrouw heeft als meisje van 6 jaar een gynaecologisch onderzoek ondergaan in verband met vaginale fluor en pijnklachten. Dit is een beladen, traumatische herinnering. Naast haar 30-urige werkweek volgt zij een studie pedagogie. Zij raakt gauw in stress door haar werkbelasting en haar hoog streefniveau. Vanwege de dwingende kindwens kostte het nogal moeite om haar van het nut van orale anticonceptie voor de duur van de therapie te overtuigen. Het is nodig om het zwanger worden los te koppelen van seksualiteit om in eerste instantie alléén aan de seksuele problematiek te kunnen werken. Is het vaginisme genezen, dan kan de wens naar een zwangerschap opnieuw ter sprake komen.

De therapie omvatte een advies aan de vrouw om met behulp van yoga te leren ontspannen en opdrachten aan beide partners om gezamenlijk met pelotes te oefenen.

Cliënte ging op mijn advies part-time werken, wat haar goed beviel. Tijdens een vakantie lukte de coïtus en een half jaar na beëindigen van de therapie was cliënte zwanger.

De duur van de therapie was één jaar en behelsde in totaal 12 consulten.

### *Casus 2*

Mevr. B. is 45 jaar oud, twintig jaar getrouwd met een garagehouder. De coïtus is nog nooit



gelukt, zij zijn beiden orgastisch met vrijen. Zij werden verwezen door een hulpverlener van een RIAGG, de laatste van vele hulpverleners waar zij zonder succes in behandeling waren geweest voor het vaginisme. De motivatie om een nieuwe therapie aan te gaan komt vooral van cliënte zelf, omdat zij sterke minderwaardigheidsgevoelens heeft.

Dhr. B. is een rustige, verzorgende, lieve man, die graag bij de therapie betrokken wil zijn. Hij had voor zijn huwelijk coïtuservaringen met andere vrouwen, maar zag in het vaginistisch reageren van zijn vrouw geen reden om haar te verlaten.

Mevr. B. is een hypernerveuze vrouw met een scala van klachten naast het vaginisme, zoals eczeem, hyperventilatie en vrees voor water. Zij komt uit een groot gezin. Moeder overleed op haar 36ste, toen cliënte negen jaar oud was aan een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Zij herinnert zich nog precies hoe moeder collabeerde, weggebracht werd en nooit meer terugkwam. Zij bleef als oudste van zes kinderen achter. In het gezin werd niet meer over het gebeuren gesproken. Toen zij 13 jaar oud was, hertrouwde vader met een strenge, extreem gelovige vrouw, die van de kinderen eiste dat ze op zondag driemaal naar de kerk gingen. De relatie met de stiefmoeder was slecht en ze voelde dat ze niet kon voldoen aan de gestelde hoge eisen.

Bij het vertellen van deze traumatische gebeurtenissen – in aanwezigheid van de partner – huilt cliënte veel. Het blijkt, dat haar man niets van deze ervaringen afweet.

In een later consult vertelt zij van haar angst om kinderen te krijgen en haar opluchting toen zij het 36ste levensjaar gepasseerd was. Zij heeft vroeger wel kinderen gewild, maar is deze wens "vergeten". Omdat zij nog regelmatig menstrueert, volgt zij het advies op om o.a.c. te gebruiken. Naast het directe werken aan de vaginistische reactie, d.w.z. het oefenen met pelotes van oplopende dikte, komt in de begeleidende gesprekken de onverwerkte rouw uitgebreid ter sprake. Tegelijkertijd bezoekt cliënte alternatieve genezers voor haar overige klachten, waarover zij enigszins gegeneerd en trouw verslag uitbrengt.

Haar man stelt zich tijdens de gehele therapie coöperatief op en na één jaar (20 consulten) lukt de coïtus zonder intravaginale ejaculatie. Korte tijd later lukt dit wel en komt de kinderwens ter sprake. Het echtpaar besluit tot sterilisatie van de vrouw.

Cliënte heeft geen eczeem meer en behaalt haar zwemdiploma.

### Casus 3

Mevr. C., 26 jaar oud, secretaresse, komt met haar man op de polikliniek. Zij staan op het punt te scheiden en de man komt voortaan niet meer mee. Zij voelt zich schuldig over het falen van het huwelijk, kampt met sterke insufficiëntiegevoelens en wil graag van haar vaginistische reactie af. Zij is rooms-katholiek opgevoed, heeft nooit gemasturbeerd, heeft veel schaamtegevoelens omtrent seksualiteit, is wel orgastisch met vrijen, maar coïtus is niet mogelijk. Haar man verlaat haar en trekt in bij een andere vrouw met wie hij al langere tijd een relatie blijkt te hebben. Cliënte maakt een moeilijke tijd door, maar ervaart veel steun van haar ouders en is voldoende gemotiveerd om de therapie aan te gaan. Zij gaat naar yogales, gaat oefenen met pelotes en waardeert de therapeutische gesprekken als mogelijkheid om het verdriet van de laatste jaren te verwerken. Haar ex-man zoekt haar nog steeds op en na elke confrontatie is zij nauwelijks in staat om de gegeven opdrachten uit te voeren, met name om met de pelotes te oefenen. Uiteindelijk slaagt zij erin om zich onafhankelijk van haar ex-man op te stellen en verloopt de therapie verder zonder problemen. Zij krijgt nieuwe vriendinnen, begint nieuwe hobbies, gaat met vakantie en ontmoet na enige tijd een nieuwe partner. In deze relatie is de coïtus geen probleem; zij hebben inmiddels twee kinderen.

De therapie duurde 1½ jaar en omvatte 19 consulten.

## Nabeschouwing

Wij hebben de indruk dat behalve het genezen van het vaginisme ook structurele veranderingen in de partnerrelatie optreden. De meeste vrouwen worden meer assertief, doch leren ook meer te relativeren betreffende hun neiging tot perfectionisme. Aan het einde van de therapie maken beide partners een meer volwassen en ontspannen indruk. Hoewel de vrouwen zich nogal eens schuldig voelen over hun dysfunctie, zijn beide partners verantwoordelijk voor het in stand houden van de klacht. In het algemeen is de prognose voor behandeling gunstig te noemen. Een recent, minder uitgebreid nederlands onderzoek steunt deze resultaten (Sikkel-Buffinga, 1986).

In het licht van de oorspronkelijke vraagstelling kunnen we het volgende konstaten.

- \* het effect van de therapie is ook op de lange termijn gunstig te noemen. Bij 90% (36 van de 40) van de geënquêteerde cliënten trad de klacht vaginisme in het geheel niet meer op of nog slechts incidenteel.
- \* Belangrijke onderdelen van de therapie bleken te zijn: gezamenlijke gesprekken, dilatatie oefeningen met vingers of pelotes.
- \* Er lijkt sprake te zijn van complementaire partnerrelatie, hoewel de man zijn aandeel in het vaginistisch reageren van zijn vrouw ontkent. Het actief betrekken van de man bij de therapie lijkt belangrijk voor een gunstig verloop van de behandeling.

## Literatuur

- Cooper, A.J. (1969). An innovation in the "behavioral" treatment of a case of nonconsummation due to vaginismus. *British Journal of Psychiatry*, 115: 721-722.
- Emde Boas, C. van (1981). Seksuologische aspecten. In: Kloosterman, G.J. (red.) *De voortplanting van de mens*. Centen, Haarlem.
- Friedman, L.J. (1962). *Virgin wives, a study of unconsummated marriages*. Tainstock Publ., London.
- Hengeveld, M.W. en J. Hess (1987). Wie is er bang voor de vagina? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 14: 561-563.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunctions*. Brunner/Mazel, New York.
- Luyens, M. (1981). Behandeling van vaginisme. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 5: 77-91.
- Masters, W.H. en V.E. Johnson (1970). *Human sexual inadequacy*. Churchill, London.
- Moors, J.P.C. (1987). Seksuele problemen en stoornissen bij vrouwen. In: Slob, A.K., C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd (red.) *Seksuologie voor de arts*. Samson Stafleu, Alphen aan den Rijn.

Musaph, H. (1970). *Sexualiteit en partnerkeuze*. Bohn, Haarlem.

Musaph, H. en A.A. Haspels (red) (1977). *Dyspareunia, aspects of painful coitus*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.

O'Sullivan, K. (1979). Observations on vaginismus in Irish women. *Archives of General Psychiatry*, 36: 824-826.

Sikkel-Buffinga, A.J. (1986). Nogmaals: vaginisme. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 10: 152-155.

### Summary

#### *The efficacy of partner-related therapy with vaginismus.*

From 1972 through 1985 75 clients with vaginismus and their partners were treated with partner-related therapy. The authors believe that the male partner plays a significant role in the sometimes longstanding vaginismus of his wife. Therefore not only the sexual dysfunction but the relationship as a whole is being treated. Participation of the male partner in therapy is an important condition for a favorable prognosis. The efficacy of therapy and the judgement of the clients about various parts of the therapy was investigated (1 to 12 years following therapy) in 50 successfully treated clients. Forty participated in the follow-up study, 36 of them (i.e. 90%) were totally cured or were only sporadically complaining about their vaginistic respons.