

2½ KEER EEN VAGINISTISCHE REACTIE, DE HUISARTS-GENEESKUNDIGE BENADERING VAN VAGINISME °

Jan Moors*

Beschreven worden twee ernstige en een minder ernstig voorbeeld van vaginistisch reageren. Er wordt uitgebreid ingegaan op de huisartsgeneeskundige aspecten van mogelijke therapeutische benadering. Begonnen wordt met een begripsbepaling. Via een kort voorbeeld wordt aandacht besteed aan de zogenaamde initiële coïtusproblemen. Uitgebreid wordt stil gestaan bij de mogelijkheden van een huisarts bij een paar waarvan de vrouw een vaginistische reactie heeft en die desondanks zwanger wil worden. Dit probleem kan bijna altijd in een huisartsen-setting tot een goed einde worden gebracht. Vervolgens wordt aandacht besteed aan een zeer moeilijk voorbeeld. Het betreft een vaginistisch reagerende vrouw die jarenlang incest meemaakte. Beschreven wordt hoe iedere huisarts zó ver kan gaan als zijn of haar vaardigheden reiken. Soms is meteen na de probleem-verheldering een verwijzing noodzakelijk, omdat de vaginistische reactie van de vrouw zijn oorsprong vindt in ernstige psychische of neurotische problematiek.

Begripsbepaling:

Een VAGINISTISCHE reactie is het onbewust en/of ongewild sluiten, en/of gesloten houden, van de schede voor de intromissie van een penis. Dit (onbewuste) mechanisme gaat (meestal) niet gepaard met relationele problemen. In andere gevallen zijn de oorzaken bekend of heeft de schedekramp een functie in de onderlinge relatie. Beide partners bereiken meestal probleemloos een orgasme (Moors, 1990).

Een vaginistische reactie

De laatste jaren wordt in Nederland het woord 'vaginisme' minder gebruikt. Men spreekt liever over een 'vaginistische reactie'. Een vrouw reageert op een actie: een vermeende of reële poging tot penetratie van haar vagina met een tampon, een vinger, een speculum of een penis. De reactie staat niet op zich, maar staat in relatie tot een 'actor'. Deze reactie is dus meestal letterlijk een re-actie, hoewel de vrouw dat vaak niet bewust ervaart. De reactie heeft dus een functie, dient een bepaald doel, en heeft bepaalde redenen. Soms is de functie, het doel, of zijn de redenen zeer zinnig en actueel, soms ook grotendeels achterhaald. De vaginistische reactie is voorts individueel. Ze wordt bepaald door het moment, is specifiek voor deze vrouw, in deze relatie (De Bruyn et al. 1990).

Vaginisme is volgens Valins (1988) geen ziekte of medisch syndroom. Het is volgens haar een fysieke handicap. Ze weet waar ze het over heeft. Want ze schrijft over haar eigen problemen met het openen van haar vagina. Ze schildert háár vaginisme als een emotionele conditie. Pas na veel therapie kreeg ze inzicht in de met elkaar samenhangende achtergronden van haar handicap.

* Dr J.P.C. Moors, huisarts/seksuoloog. Debussylaan 3, 5242 HH Rosmalen.

° Geaccepteerd voor publicatie 8 januari 1993.

In de ogen van vrouwen die tenslotte hulp vragen, zijn de vaginistische klachten soms niet hinderlijk. Vandaar dat het nog al eens jaren duurt, voordat men hulp zoekt. Bij andere vrouwen en hun mannelijke partners wordt door de vaginistische reactie het plezier in een coïtus wel ernstig vergald. Er zijn dus grote verschillen in de beleving van de vrouw en haar partner. Ook de oorzaken voor het ontstaan van een vaginistische reactie zijn veelvuldig. Meestal is het heel moeilijk één oorzaak aan te wijzen. Zelfs als een verkrachting of incest de oorzaak is, spelen toch nog veel andere factoren mee. Immers niet alle vrouwen die seksueel geweld ondervonden reageren daarop met een vaginistische reactie. Coen van Emde Boas (1973) onderscheidt:

- Primair reflectorisch vaginisme, waaronder de initiële coïtusmoeilijkheden vallen.
- Secundair reflectorisch vaginisme, op grond van bijvoorbeeld somatische aandoeningen, zoals ontstekingen en een te droge vagina in de overgang.
- Primair psychogeen vaginisme.
- Secundair psychogeen vaginisme, vooral als gevolg van bewust ervaren psychoseksuele traumata.

Vroeger werd er nog al eens gekozen voor een chirurgische oplossing van deze problemen. Van Emde Boas (1941) achtte al heel lang geleden de toepassing van chirurgische oplossingen uit den boze. Voor het psychogeen vaginisme raadt hij, al naar gelang de ernst en de achter de klacht liggende oorzaken, een scala van therapieën aan. Deze variëren van eenvoudige oefeningen tot en met zeer indringende psychoanalytische therapie. Bij het zoeken naar een oplossing voor het vaginistisch reageren kan men meestal niet heen om de behandeling van *dit vaginistische paar*. Van de Velde (1923) beschreef de diagnose "Reflectorisch psychisch veroorzaakte herinneringskramp". In de buitenlandse literatuur worden primaire psychogene vaginistische problemen van het echtpaar meestal gerangschikt onder de titel: 'non-consummatio' of 'non-consummation'.

Mannen als partner van een vaginistisch reagerende vrouw

Er wordt wel eens gezegd, dat mannelijke partners van vrouwen met een vaginistische reactie, karakterologisch op elkaar lijken. We moeten natuurlijk oppassen voor generalisatie. Toch lijken ze vaak bang te zijn hun vrouw pijn te doen en zijn daardoor(?) meestal seksueel zeer terughoudend. Ze dringen niet erg op een coïtus aan. Vanuit de psychoanalyse wordt er op gewezen dat deze mannen door een castratie-angst het vaginistisch reageren van hun vrouw (ongewild en onbewust) in stand houden. Zolang hun partner vaginistisch reageert, hoeft de man niet te 'bewijzen' dat hij wel een coïtus kan voltrekken. Mannen reageren nogal eens met erectiezwakte nadat de vrouw de beschikking en zeggenschap kreeg over de spieren rond haar schede. Hengeveld en Hess (1987) brachten deze interactie en de angst van de man onder woorden met de vraag "Wie is er bang voor de vagina?".

Op vaginisme gelijkend klachtenbeeld

Er bestaan problemen met het vrijen, die niet helemaal in de hierboven geschetste definitie passen. In de medische praktijk was dat al langer bekend. Van de Velde (1930) en Sluijter (1961) beschreven klachten van patiënten die zij 'startproblemen' noemden. Soms zijn die met één of twee voorlichtende gesprekken te verhelpen. Wij noemen deze startproblemen "*initiële coïtusmoeilijkheden*". Deze initiële coïtusmoeilijkheden gaan gepaard met angst voor het onbekende. Als gevolg daarvan ervaren, vooral jonge mensen, bij hun eerste coïtus pogingen pijn. Ze hebben te hoge verwachtingen. Door de pijn en de onhandigheid is een, soms zeer gewenste, coïtus niet mogelijk.

Tijdens een pil-controle zegt een 19-jarige jonge vrouw dat het vrijen niet goed gaat. Ze houdt heel veel van haar vriend (21 jaar). Hij dringt aan op een coïtus. Maar als ze het proberen mislukt dat steeds. Het is haar eerste vriend en hij heeft ook nog nooit een coïtus gehad met een vrouw. Ze worstelen al meer dan een half jaar met het probleem. De vrouw heeft wel seksuele voorlichting gehad, maar die ging niet veel verder dan de biologische aspecten. Ze gebruikt geen tampons en heeft zich zelf nog nooit klaar proberen te maken. 'Daar heb ik geen behoefte aan, waarom zou ik dat dan proberen?' De jonge man heeft zijn kennis omtrent vrijen 'via via' opgedaan. Hij las wel eens een pornoboekje, maar vindt de inhoud daarvan evenals die van pornofilms 'vreselijk' overdreven. Het laatste wat hij zou willen is zijn vriendin pijn doen. Zie hier een probleem dat ook in de negentiger jaren nog al eens voorkomt.

De seksuele anamnese

Nadat de huisarts kennis genomen heeft van de problematiek neemt hij of zij bij man én vrouw apart een seksuele anamnese af. Daarmee verschaft de huisarts zich een helder beeld van de seksuele ontwikkeling en de seksuele praktijk van beide partners apart en van het paar tot dan toe. Ook bij de jonge man wordt uitdrukkelijk gevraagd naar eventueel bestaande angsten. Het beeld dat de huisarts zich vormde wordt aan man en vrouw samen teruggegeven in een derde consult. In dat consult wordt ook de uiteindelijke vraag om hulp voor alle betrokkenen duidelijk. Er wordt in deze fase zeker **geen vaginaal toucher** gedaan. Betreft de uiteindelijke vraag om hulp *initiële coïtusproblemen* dan kan de huisarts via geruststellen en het geven van aangepaste voorlichting het paar meestal in de loop van twee of drie consulten helpen. Daarbij hoort vaak een instructief vaginaal-toucher (Van Lunsen en Stam, 1990) dat de huisarts in aanwezigheid van de partner heel voorzichtig uitvoert.

Educatief vaginaal toucher

Bij hypertonie is het gecontraïndiceerd om al bij een van de eerste bezoeken een gynaecologisch onderzoek te doen. Vanwege de angst voor het onderzoek en het potentieel traumatische karakter ervan wordt het uitgesteld. Het wordt pas gedaan op het moment waarop de vrouw er zelf van overtuigd is dat ze de onderzoekssituatie aandurft. Pas dan kan het onderzoek zelf ook bijdragen aan een verdere angstreductie. In elk geval mag het vaginaal toucher nooit pijn doen. De huisarts spreekt voor het onderzoek duidelijk met de vrouw af dat ze eventuele pijn of ongemak direct te kennen geeft. Het onderzoek wordt dan ogenblikkelijk gestopt. De partner is (op verzoek van de vrouw) bij het onderzoek aanwezig. Het doel van het onderzoek is, naast het uitsluiten van somatische problematiek, vooral educatief. Onderzoek heeft dan ook pas zin nadat de vrouw al meer dan eens zelf-onderzoek heeft verricht, enige beheersing over de bekkenbodemuisculatuur heeft gekregen en vertrouwd is geraakt met de eigen genitalia.

Wij willen zo graag een kind!

Een onderwijskundige (29 jaar) bezoekt het spreekuur. Ze is al jaren in de praktijk en niet vaak ziek. De huisarts kent haar al vanaf haar geboorte, hij leidde de bevalling van haar moeder. Ze trouwde zes jaar geleden met een leraar frans (32 jaar).

"We willen graag kinderen en dat lukt niet", is haar heel directe vraag om hulp. Een beetje verlegen vertelt ze dat ze erg gelukkig is met haar man. Ze hebben een zeer goed huwelijk en ook seksueel zijn er geen problemen. "Ondanks het feit dat we elkaar al meer dan tien jaar kennen, hebben we nog nooit een echte samenleving gehad. Tot nu toe was dat geen probleem, want we vrijen heel ontspannen. Als een van ons zin heeft, raken we beiden meestal snel opgewonden en komen geregeld lekker klaar. We genieten daar allebei van. In het begin heeft mijn man wel eens geprobeerd of hij in me kon penetreren, maar dat lukte niet. We weten dat toen aan het feit dat we van onze ouders thuis niet bij elkaar mochten slapen. Ook op een vakantie in de tent lukt het niet een coïtus te hebben. Mijn man heeft er nooit op

aangedrongen en ik heb hem er niet meer om gevraagd. We hadden het immers heel goed samen.

Een goed jaar geleden hebben we besloten dat we een kind willen. We hebben allerlei pogingen gedaan, maar een coïtus lukt niet. We hebben een boekje gekocht en daarin lezen we dat ik eerst heel voorzichtig zelf met mijn vingers de schede moest aftasten en als dat lukt dat dan mijn man met zijn vingers dat ook moest proberen. Een succes is het niet geworden. Mij lukt het nog wel eens met mijn vingers een paar centimeter in mijn schede te komen. Maar als mijn man dat probeert ben ik bang dat hij me pijn doet en duw ik zijn hand weg. Hij is ook al op me gaan liggen om tussen mijn dijen klaar te komen, omdat we gelezen hebben dat je daar soms ook zwanger van kunt worden. Maar ik in ieder geval tot nu toe niet. Zou u ons kunnen verwijzen naar een vrouwenarts zodat het zaad van mijn man onder narcose kan worden ingebracht?"

De huisarts zegt dat er nog een andere mogelijkheden zijn. Kort laat hij die de revue passeren. Misschien wil haar man de volgende keer meekomen; dan kunnen die mogelijkheden uitgebreider besproken worden. De vrouw blijkt een blanco medische anamnese te hebben. Ze menstrueerde voor het eerst op haar 12e jaar. Ze heeft een heel regelmatige cyclus. Ze heeft nooit een vaginale infectie gehad. Soms denkt ze het moment van haar eisprong te voelen.

Op haar verzoek legt de huisarts haar uit hoe ze een basale temperatuur curve kan bijhouden. Hij vraagt haar iedere morgen op ongeveer dezelfde tijd de temperatuur op te nemen. De curve kan ze de volgende keer, als ze met haar man komt, meebrengen. De huisarts bespreekt tegelijkertijd met haar de mogelijkheid dat ook het zaad van de man onderzocht wordt, zodat ze meteen weten of daar misschien een probleem ligt. Met deze wetenschap gaat de vrouw naar huis.

Veertien dagen later wordt er door de man een afspraak gemaakt met de vraag waar hij moet zijn voor een zaadonderzoek. De assistente maakt een formulier voor het laboratorium in orde en legt hem uit hoe hij het zaad moet opvangen. Als man en vrouw samen op het afspraak spreekuur komen is de uitslag van het laboratorium al binnen. De vrouw heeft een keurige curve bij zich. Ze vertellen dat het masturberen voor het onderzoek toch wel heel spannend was. Ook het iedere dag de temperatuur opnemen is niet meegevallen. Twee dagen waren ze het ook vergeten.

De curve blijkt mooi bifasisch te zijn, zodat de datum van de eisprong achteraf goed aan te geven is. Op het zaad van de man is niets aan te merken. De huisarts legt nu beiden uit hoe ze het tijdstip van de volgende eisprong kunnen bepalen. Hij adviseert dat ze op twee opeenvolgende dagen zullen proberen het zaad met een klein, dun en lang spuitje zonder naald, zelf in de schede te brengen. Er wordt nog gesproken over de emotionele kant van het je zo bewust zelf bevruchten.

Na drie maanden komt de vrouw met de ochtendurine. Ze hebben zelf al een zwangerschapstest gedaan, maar ze zijn er niet zeker van of die positief is. De temperatuur is wel "hoog" gebleven deze keer en ze heeft ook allerlei lichamelijke gevoelens die ze niet kent. De test blijkt bij de huisarts in ieder geval positief te zijn.

Het lijkt er op dat hoe langer hoe meer de eerste en belangrijkste vraag van paren, waarvan de vrouw een vaginistische reactie heeft, is: "*Hoe kan ik zwanger worden?*" Ze komen in feite niet vragen of hun vaginisme verholpen kan worden. Zoals in het voorbeeld verloopt hun huwelijk zonder problemen, hoewel er nog nooit een coïtus plaats vond. Bij navraag hebben ze meestal geen relationele problemen en hebben beiden, man noch vrouw, problemen met het bereiken van een orgasme. Als hun wens een kind te krijgen vervuld zou zijn, zouden ze geen punt maken van het ontbreken van de coïtus in het liefdespel.

Is de uiteindelijke hulpvraag een zwangerschap, dan legt de huisarts het principe van de basale temperatuur curve uit. Als na één cyclus deze BTC-curve mooi bifasisch is, geeft de huisarts instructies over de vruchtbare dagen. Op één van die vruchtbare dagen wordt via masturbatie een zaadlozing opgewekt. Het zaad wordt opgevangen in een schoon, glazen schoteltje, dat vrij is van zeepresten. Met een 5 ml injectiespuit, zonder naald, wordt dit zaad, op een vruchtbare dag, zover mogelijk in de schede gebracht. Er is discussie mogelijk over de vraag of de huisarts meteen ook al een semen-onderzoek zal laten doen.

Een kritische noot is hier op z'n plaats. Vaginistische reacties worden niet steeds gedetermineerd door angst voor "wat er in kan komen" (de penis), maar soms ook voor "wat er uit kan komen" (het kind). Soms wordt na een geslaagde therapie voor vaginisme de bevalling als zeer problematisch beleefd. Een enkele keer lijdt dit zelfs tot een echte psychose. Dat kan niet altijd voorzien en voorkomen worden. Het is goed zich bij de anamnese ervan te vergewissen dat de oorzaak van de vaginistische reactie niet ligt in seksueel geweld of incest. In zulke gevallen zou een problematische

beleefde bevalling vaker voorkomen. Actief vragen naar eventuele onplezierige seksuele ervaringen in het verleden of in de jeugd, mag hier gerust sterk aangeraden worden.

"Waarom kunnen wij geen coïtus hebben"?

Een huisarts verwijst een vrouw (33 jaar) en haar partner (32 jaar) naar een seksuoloog. In de brief staat dat de vrouw al jaren met allerlei klachten het spreekuur bezoekt. Vanwege onduidelijke buikklasten wil de huisarts haar ook vaginaal onderzoeken en eventueel een cervix-uitstrijk doen. Ze wil dat liever niet. "Dat gaat toch niet, we hebben nog nooit een coïtus gehad", zegt ze tot grote verbazing van de huisarts. Deze respecteert haar afwijzing natuurlijk. De huisarts besluit eerst bij de vrouw en later ook met haar man erbij een seksuele anamnese af te nemen. Er blijkt een zogenaamde primaire vaginistische reactie te bestaan. Maar ook het vrijen van die twee blijkt zeer problematisch. Eigenlijk heeft de vrouw nooit zin. Af en toe blijkt ze haar man met haar handen te helpen klaarkomen. Alles wat met seks te maken heeft stuit haar tegen de borst. Vooral erotische films op de TV, waar haar man zo graag naar kijkt, ergeren haar verschrikkelijk. Als het weer zover is, gaat ze vroeg naar bed. Ze vindt het heel vervelend als haar man dan later naar bed komt en haar dan probeert aan te halen. Ze hebben daar geregeld woorden over. Tot voor kort waren deze problemen niet bespreekbaar. Nu blijkt dat ze er beide al jaren onder lijden. De huisarts kan tijdens deze twee consulten niet voldoende informatie verkrijgen om de uiteindelijke vraag van de vrouw: "Waarom kunnen wij geen coïtus hebben, als ieder ander?" te beantwoorden. Daarom komt hij met het paar overeen hen naar een bevriend huisarts/seksuoloog te verwijzen.

Tijdens de anamnese van de seksuoloog komen ook een paar andere zaken aan het licht. Zo blijkt dat de man geregeld masturbeert. Zijn vrouw hoort dat tijdens dit consult bij de seksuoloog voor het eerst. Ze is daar erg ontdaan over en verwijt de man van alles. Zij zelf heeft haar vulva nog nooit met blote handen aangeraakt. Ze wast zich met een washand.

De seksuoloog gaat dieper in op de onderlinge relatie van het paar. Deze blijkt gaande weg zeer moeilijk geworden te zijn. De vrouw kon haar man ook niet meer in bed verdragen, zodat ze op een andere kamer is gaan slapen. Op een directe vraag of ze in het verleden onplezierige seksuele ervaringen gehad heeft, geeft ze geen duidelijk antwoord. Tijdens het tweede gezamenlijke consult, komen man en vrouw beiden met betrouwende ogen binnen. Als ze goed en wel zitten komt het hoge woord eruit. De vrouw heeft voor het eerst van haar leven met haar man gesproken over haar jeugd. Ze is van haar 11de tot haar 14de jaar door haar vader seksueel misbruikt. Dat heeft nooit iemand geweten. Ook haar moeder en zus niet. Met haar vriendin had ze er wel over willen praten maar dat lukte niet. Haar vader is daarmee opgehouden toen hij een hartinfarct kreeg. Ze heeft zich zelf altijd verweten dat ze de oorzaak van het infarct geweest is.

Zie hier een zeer gecompliceerde oorzaak voor de vaginistische reactie van de vrouw en haar vrijwel totale gebrek aan 'zin in seks'. Achteraf betreuren man en vrouw het zeer dat het niet mogelijk bleek deze zaken in hun kennismakingstijd te bespreken. De vrouw vertelt dat ze herhaaldelijk geprobeerd heeft er met haar huisarts over te praten. Maar dat lukte steeds niet. "Iedere keer als ik er over wilde beginnen raakte ik geblokkeerd. Hij is ook de huisarts van mijn ouders, die hem zeer vaak nodig hebben in verband met hun slechte gezondheid. Misschien als hij wat directer was geweest, was het wel gelukt."

Huisartsgeneeskundige aanpak van de vaginistische problematiek

Iedere vrouw heeft haar eigen levensverhaal, met daarin meestal een aantal verstrengelde oorzaken voor haar specifieke probleem. Huisartsen doen er goed aan heel direct na te gaan of er oorzaken liggen:

- in de psycho-seksuele ontwikkeling van een vrouw
- in traumatische ervaringen, zoals een ongeluk en pijnlijk eerste vaginaal toucher, seksueel misbruik, eventueel incest als kind of seksueel geweld op latere leeftijd
- in aanwezige relationele problematiek
- in ziekten, waaronder vooral ontstekingen en atrofie van de vagina.

Aan te bevelen handelingsplan

- neem de anamnese bij man en vrouw apart nauwkeurig af
- hoe functioneert dit paar seksueel precies?
- soms is een uitgebreide psychoseksuele anamnese noodzakelijk, daartoe wordt een beperkt aantal consulten afgesproken. Patiënten krijgen huiswerk op, waardoor de 'oorzaken' helderder worden
- reik heldere informatie aan en ga na of die ook begrepen is
- doe eventueel een volledig lichamelijk onderzoek, als er sprake is van een vaginistische reactie wordt het vaginaal toucher uitgesteld

- stap voor stap bekijkt de huisarts gaande het hulpverleningsproces hoever zijn of haar krachten reiken
- ook een somatische-therapie wordt altijd vergezeld van een korte counselling
- soms moet men naar een seksuoloog of psychotherapeut verwijzen

Protocol voorstel

Als een vrouw (en eventueel haar partner) graag wil leren hoe ze de beschikking kan krijgen over haar schede, kan ze daarbij via behavioristische methoden geholpen worden. De achtergronden of oorzaken van het vaginisme worden meestal niet naar voren gehaald. De vrouw leert ontspanningsoefeningen en leert haar genitale omgeving verkennen. Via haar eigen vingers of via pelotes (vaginaalstaven) probeert ze haar schede te ontspannen. Kan ze dat zonder moeite zelf, dan probeert haar partner met zijn vingers of ook met een pelote, of hij dat ook voorzichtig kan. Pas als dat zonder moeite lukt probeert men een coïtus (Thoben en Moors, 1978).

Hoe gaat deze counselling door een huisarts nu precies in zijn werk? De huisarts beperkt zich tot tien consulten van 20 minuten. We gaan er nu even van uit dat in de anamnese consulten de precieze vraag om hulp duidelijk geworden is. Nog al wat patiënten voelen zich door het op een rij zetten van de problemen in staat zelf of samen met hun partner de problemen op te lossen. In een *eerste therapeutische consult* tracht de huisarts het paar uit de vicieuze cirkel waarin ze terecht gekomen te halen. Daartoe 'verbiedt' hij/zij het paar nog langer pogingen te ondernemen tot coïteren. De vrouw wordt gevraagd om iedere dag een uur voor zich zelf te reserveren. Tijdens dit zogenaamd 'huiswerk-uurtje' gaat ze iets doen wat ze echt leuk vindt. Het mag vooral niet iets zijn waar het gevoel 'moeten' bijhoort. De man krijgt als opdracht iedere dag een 'kwartier' na te denken over zijn functie in het geheel of over de functie die de vaginistische reactie op hun relatie heeft.

De vrouw gaat na waar haar grens ligt ten aanzien van het omgaan met haar eigen lichaam c.q. haar genitaalstreek. Bij de één ligt de grens bij het schaamhaar en gaan de benen niet uit elkaar, bij de ander kan eigenlijk alles behalve een vinger voor de schede-opening brengen en naar binnen gaan. Indien een vrouw liever nog niet met een spiegel haar genitaal wil bekijken, wordt het voelen met de vingers opgevat als kijk-oefening. De bedoeling van de opdrachten is dat de vrouw 'liefdevoller' en met meer aandacht en gevoel naar zichzelf kijkt en zichzelf aanraakt.

De vrouw gaat daarna, in haar eigen tijd, proberen of ze haar genitale-grens kan verleggen. Man en vrouw samen krijgen opdrachten een paar maal per week in een plezierige omgeving elkaar te strelen of te masseren. Nadat men elk een kwartier van elkaars massage genoten heeft, wordt er gedurende een kwartier gepraat over die massage-ervaringen. Ook wordt nog een kwartier besteed aan het bespreken van seksuele of relationele onderwerpen naar vrije keus. Dit kan zowel positieve als negatieve ervaringen betreffen.

Gaandeweg leert de vrouw beter met haar eigen lichaam omgaan. Als er goede vooruitgang geboekt wordt kan ze na een paar weken of maanden met haar eigen vingers haar schede aftasten. Ook kan ze die dan in een spiegel zelf bekijken. Als geen grote relationele problemen de kop opsteken, 'mag' daarna ook de partner voorzichtig proberen de schaamlippen te spreiden. In volgende zittingen worden afspraken gemaakt om langzaam verdere stappen te zetten. Kan de man gemakkelijk twee vingers diep in de schede brengen, dan pas wordt er een coïtus poging afgesproken. De man krijgt het advies tijdens de eerste pogingen op zijn rug te gaan liggen. De vrouw gaat vervolgens, na een goed voorspel en als beiden er zin in hebben, schrijlings bovenop hem zitten. Op die manier heeft de vrouw de situatie geheel in

haar eigen hand, en kan ze zich zover laten zakken als ze zelf wenst. De mate waarin de penis in haar schede penetreert kan ze zo zelf regelen.

De huisarts doet er goed aan zich te beperken tot bijvoorbeeld tien op eenvolgende consulten met een tussentijd van veertien dagen. Een aantal paren met vaginistische problemen is op deze manier te helpen. Raakt de 'vaart' uit de therapie, dat wil zeggen dat er gedurende een maand geen vorderingen meer gemaakt worden, dan is het verstandig met het paar te overleggen of men niet beter kan stoppen en elders hulp kan vragen. Ook als de therapie veel langer gaat duren dan een half jaar kan de huisarts het paar beter proberen te verwijzen.

In de zestiger jaren claimden seksuologische hulpverleners hele hoge succescores. De laatste jaren wordt dat minder. Men heeft de indruk dat dat komt omdat de gevallen die zich aandienen moeilijker zijn. Hoe hoog de kans op succes bij de huisarts zal zijn, hangt voor een deel af van zijn of haar ervaring met deze methode. Ze heeft het voordeel dat iedere huisarts zover kan gaan als die zelf denkt, verantwoord te mogen gaan. Lukt de therapie dan is de hulp door de huisarts dubbele winst. Ze werd behaald dicht bij huis van de patiënten, maar deze weten ook dat ze met zulke problemen bij hun huisarts terecht kunnen. Lukt het niet dan kan de huisarts de patiënten op goede gronden verwijzen naar een in deze therapie gespecialiseerd team van de Rutgers Stichting of naar een polikliniek van één van de universitaire seksuologische centra.

Psycho-analytische aspecten van vaginisme

Herman Musaph schreef in 1964 een artikel over vaginisme in Huisarts en Wetenschap en in 1965 een boekje over hetzelfde onderwerp. Midden in de zeventiger jaren pakt hij de draad weer op. Hij ging uit van de gedachte dat zeker primair psychogeen vaginisme psychodynamisch van karakter is. En dat deze patiënten zeer gespecialiseerde hulp nodig hebben. Volgens mijn ervaring heeft de eerste behandeling door een huisarts ook het voordeel dat eventueel zeer moeilijke problematiek gedurende die behandeling 'als van zelf' aan het licht komt. Volgens Musaph zijn bij deze zeer moeilijke vaginistische problematiek vier zaken van essentieel belang:

- Hoe is de seksueel gevoelige periode, tegen of in het derde levensjaar doorlopen?
- Is er in die periode een (ernstig) seksueel trauma (een pedofiele relatie, incest of gevoelsonbetrouwbaarheid) geweest?
- Waarom was er scheefgroei op dit specifieke terrein?
- Welke functie heeft het symptoom 'vaginisme' in het leven en de relatie(s) van patiënte?

Eigenlijk bestond er voor hem in deze moeilijke gevallen maar één goede therapie. Het analyseren van de vier genoemde gebieden en het opnieuw doorleven van de gevoelens van vóór het moment dat die "ingeklemd" geraakten. Daarbij maakte hij soms gebruik van hypnose, narcoanalyse en psychofarmaca en ataractica. Een huisarts zal in voorkomende gevallen niet overal in het land een psychoanalyticus kennen die deze zeer moeilijke problemen kan behandelen. Het ware te wensen dat op alle RIAGG's één of twee therapeuten speciaal getraind werden in het behandelen van zeer moeilijke seksuele problematiek.

Tot slot

De huisarts is meestal heel wel in staat om zich in een paar consulten, die elk niet veel meer dan 20 minuten hoeven te duren, een goed oordeel te vormen over de werkelijke vraag om hulp van een paar, waarvan de vrouw een vaginistische reactie

vertoont. Betreft de vraag een zwangerschapswens dan kan de huisarts het paar meestal via een gerichte voorlichting goed helpen. De zwangerschap behoeft meestal geen extra begeleiding en de partus verloopt vaak zonder problemen. Daarna keert de vaginistische reactie nog al eens terug.

Bij zeer moeilijke oorzaken van een vaginistische reactie kan een huisarts via een aantal half gestructureerde consulten (niet meer dan tien) een inzicht krijgen in de ernst van de oorzaken. Soms zijn de mensen geholpen door dat inzicht. Soms leren ze zich zelf hoe wel een coïtus te kunnen beleven, maar nogal eens is een verwijzing naar een seksuoloog of psychotherapeut noodzakelijk (gevolgen van incest).

Summary

2½ Times a vaginistic reaction, the general practice approach of vaginismus

The last few years, the term 'vaginismus' is used less frequently in The Netherlands. It is preferred to speak of a 'vaginistic reaction'. A woman reacts on an action: an assumed or real attempt of penetration into her vagina by a tampon, a finger, a speculum or a penis. The reaction doesn't stand for itself but is related to an 'actor'. We don't know how many women with a vaginistic reaction eventually end up going to a physician to present their problem.

We call the starting problems Initial Coitus Difficulties. They are accompanied with fear for the unknown. As a result especially the young experience pain during (the first?) attempts of a coitus.

It is sometimes said that the male partners of women with a vaginistic reaction have some characteristic resemblances. We should be careful not to generalize.

One question is essential: "Why does a woman or the pair ask for help, sometimes after many years, right at this moment?" After extended analysis, it becomes sometimes clear that not the symptom vaginismus is the main complaint. Since most vaginistic reacting women are orgasmic, the couple asks for more sexual pleasure, or the woman wants to become pregnant, or she wants to be released from her fear for a gynaecological examination. Indeed, sometimes the woman just wants a "normal" sexual life including sexual intercourse with an orgasm. Before a therapy-plan can be designed the sexual aspects of the husband or partner should also be analysed. The next step is to design a therapy-plan together with the patient herself and probably with her spouse as well.

People often consult the doctor concerning the vaginistic reaction when they desire a child. If a coitus isn't possible because of the vaginistic reaction, this desire for a child can't be realized in a natural way. If the couple 'only' has a wish for a child than the Dutch General Practitioner accept this desire as such. They don't think that the vaginismus needs to be cured before a home-insemination would be carried out. These therapists explain the process of collecting semen and inserting it themselves into the vagina with a simple syringe. The wish for children and the vaginismus is in this connection totally separated. After this information some patients don't want a vaginismus treatment at all. In cases with women in their thirties the pressure of time disappears by this separation of aims.

Since "vaginistic women" often have an intuitive capacity to build up a profound emotional bond with men who suffer from penetration fear in various degrees, we had better talk about "vaginistic couples". This makes it easier to understand why these couples consult us after such a long time. The reason for their consulting us is often their wish to have children, not their wish to have intercourse in the regular way, nor the wife's or the husband's narcissistic injury.

A protocol is proposed on how women may be counselled by general practitioner (Moors, 1991). If a woman wants to learn how to get in control of her vagina, she can be helped by a behaviourist method. In this therapy not much attention is paid to the backgrounds or causes of the vaginismus. The existing behaviour is methodically examined and the client should learn a new behaviour. The woman is taught relaxation exercises and how to explore her genital parts. With her own fingers or with a pelota (vaginal dilator), she enters her vagina. When she's capable of doing this by herself without difficulty, then her partner tries to enter her vagina with his finger(s) and also with a pelota. When these procedures are possible without difficulty, the couple may try to have intercourse with certain precautions.

There are analytic oriented analysts, who held it for ethically incorrect to advise and instruct people on self-insemination prior to treatment of vaginismus.

Literatuur

- Bruyn, J.K. de, E. de Groot en Ph. Weyenberg (1990). Kinderwens bij paren waarvan de vrouw vaginistisch reageert. In: Moors, J.P.C. (red.). *Vaginisme en Dyspareunie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen.
- Emde Boas, C. van (1941). Coïtusmoeilijkheden (pseudovaginismus) door een variatie der symphysis. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 85: 2178-2190.
- Emde Boas, C. van (1973 en 1985). Seksuologische Aspecten. In: G.J. Kloosterman (red.) *De voortplanting*

- van de mens*. Center, Bussum (7e druk 1985: 91-124, Weesp, Center).
- Hengeveld, M.W. en J. Hess (1987). Wie is er bang voor de vagina? *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 131: 561-563.
- Lunsen, L.W. van en N.E. Stam (1990). Dyspareunie, de multidisciplinaire benadering van een pijnlijk probleem. In: Moors, J.P.C. (red.) (1990). *Vaginisme en dyspareunie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen.
- Moors, J.P.C. (red.) (1990). *Vaginisme en dyspareunie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Moors, J. (1991). Vaginismus in The Netherlands during the twentieth century. In: Nijs, P. en D. Richter (eds.) *Advanced research in psychosomatic obstetrics and gynaecology*. Peeters, Leuven.
- Musaph, H. (1964). Vaginisme. *Huisarts & Wetenschap*, 7: 187-190.
- Musaph, H. (1965). *Vaginisme, een seksuologische beschouwing*. De Erven F. Bohn, Haarlem.
- Sluiter, C.C. (1961). De behandeling van het vaginisme. *Huisarts & Wetenschap*, 4: 149-152.
- Thoben, A. en J. Moors (1978). *Vaginisme. Een behandelingsvorm en een discussie over een aantal aspecten*. NISSO-Serie Relatie en Seksualiteit. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Valins, L. (1988). *Vaginismus. Understanding & overcoming the blocks to intercourse*. Ashgrave Press, Bath.
- Van de Velde, Th.H. (1923 en 1962). *Het volkomen huwelijk*. Amsterdamse Boek- en Courantmaatschappij (20e druk, 1962), Amsterdam.
- Van de Velde, Th.H. (1930). *De vruchtbaarheid van het huwelijk en haar opzettelijke beïnvloeding (3e druk)*. Leidsche uitgeversmaatschappij, Leiden.