

## IS VAGINISME OOK EEN BARINGSPROBLEEM; HELPT BEVALLEN TEGEN VAGINISME?<sup>o</sup>

J.J. Drenth, S. Andriessen, M.P. Heringa, M.J.E. Mourits, H.B.M. van de Wiel en  
W.C.M. Weijmar Schultz\*

*De literatuur over vaginisme is overwegend beschouwend. Zelden worden kwantitatieve gegevens gepresenteerd, en in het geheel niet als het gaat om de fertiliteits- en obstetrische aspecten. In dit artikel presenteren wij een eerste kwantitatieve aanzet op deze twee deelgebieden. Door middel van een enquête is geprobeerd inzicht te krijgen in de samenhang van vaginistisch reageren, het door patiënten beoogde behandeldoel en de obstetrische uitkomsten. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat zwangerschapswens de kans op een succesvolle behandeling van het vaginisme evident vergroot. Kunstmatige inseminatie met sperma van de echtgenoot (KIE) bij voorkeur als slaapkamerprocedure vormt een nuttige aanvulling op het behandelarsenaal. Het is geen regel dat de coïtus na de behandeling beter lukt, maar in enkele gevallen van partieel succes wordt het bereikte resultaat wel geconsolideerd. Het is gewenst dat obstetrici zich ervan bewust zijn dat er regelmatig vrouwen bevallen die ernstige penetratieangsten hebben.*

### Ontwikkelingen in het denken over vaginisme

Nederlanders hebben een prominente rol gespeeld in het denken over vaginisme. Treub (1917) was al in 1917 zozeer overtuigd van de psychogenese van dit probleem, dat hij krachtig stelling nam tegen de toen courante operatieve ingrepen. Musaph's monografie uit 1965 (Musaph, 1965) bracht het psycho-analytisch gedachtegoed op dit terrein onder een breder publiek, en het waren vooral Nederlandse (vrouwelijke) seksuologen die in 1979, tijdens het World Congress of Sexology in Mexico City, een lans braken voor die aanpak van vaginisme waarin niet per definitie uitgegaan wordt van opheffen van de coïtusbeperking. Willeke Bezemer (1985) was de eerste die publiceerde over groepstherapieën voor vaginisme. Moch (1987), onderzoeker uit de groep van Musaph, doorbrak in 1987 het taboe op het spreken over terugval na geslaagde behandelingen, en in 1989 werd er door de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie een symposium geheel aan vaginisme en dyspareunie gewijd (Moors, 1990). Het meest recente internationale literatuuroverzicht is van Nederlandse hand (Van de Wiel e.a., 1990). Vanuit de psychologiefaculteit van de Universiteit van Amsterdam wordt op dit

\* Drs. J.J. Drenth<sup>1</sup>, arts/seksuoloog NVVS, drs. S. Andriessen<sup>2</sup>, arts i.o., drs. M.P. Heringa<sup>2</sup>, gynaecoloog, drs. M.J.E. Mourits<sup>2</sup>, gynaecoloog/seksuoloog NVVS, dr. H.B.M. van de Wiel<sup>2</sup>, psycholoog/seksuoloog NVVS, dr. W.C.M. Weijmar Schultz<sup>2</sup>, gynaecoloog/seksuoloog NVVS

<sup>1</sup> Rutgers Stichting regio Noord afd. Seksuologische Hulpverlening

<sup>2</sup> Vakgroep Obstetrie en Gynaecologie, Academisch Ziekenhuis Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen. Het onderzoeksproject maakt deel uit van de onderzoekslijn Seksualiteit, ziekte en handicap (Gezondheidswetenschappen en Obstetrie & Gynaecologie R.U.G.)

<sup>o</sup> Dit artikel is ook gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie (1995), 108:136-142. Geaccepteerd voor publicatie in TvS: 20 april 1995.

moment een poging ondernomen om de veronderstelde geringe bewuste kringpierbeheersing van de vrouw met vaginistische klachten met fysiologisch onderzoek te objectiveren (Van der Velde en Everaerd, 1994). Ook de rol van de mannelijke partner in het ontstaan en onderhouden van de problematiek werd in Nederlandse publicaties grondig belicht (Gianotten, 1990, Drenth, 1991).

Kenmerkend voor de Nederlandse literatuur over vaginisme is de ruime aandacht die besteed wordt aan de subjectieve seksuele ervaring. Het is het oordeel van de patiënte (en evt haar partner) dat bepaalt of vaginistisch reageren een seksueel probleem is, een fertiliteitsprobleem of beide. Pas in 1988 wijdde Drenth (1988) een publicatie aan de mogelijkheid om vaginisme ook expliciet als een fertiliteitsprobleem op te vatten, zoals sommige patiënten het kennelijk beleefden. Zelfinseminatie met sperma van de echtgenoot is dan een eenvoudige methode om de fertiliteitsbelemmering op te heffen; in zijn serie van 4 vrouwen bleek de methode ook uiterst effectief, met 3 zwangerschappen in de eerste cyclus. Tijdens het symposium over vaginisme en dyspareunie in 1989 belichtten de medewerkers van de poli Seksuologie van het Academisch Ziekenhuis Leiden de mogelijke ambivalenties ten aanzien van zwangerschap die door deze aanpak genegeerd zouden kunnen worden (De Bruyn e.a., 1990). Deze overweging is in analogie met de argumentatie volgens welke de penetratie-georiënteerde behandelmethodes van vaginisme een forceren van de ambivalentie van de vrouw ten aanzien van de coïtus in zou kunnen houden. De feministische kritiek op de gangbare aanpak van vaginisme is immers steeds geweest dat de behandelaar wel erg gemakkelijk gelooft dat wat de mond zegt waar is: "ik verlang naar penetratieseks", en wat het lichaam zegt niet: "jullie komen er niet in" (Bezemer, 1965).

Uitgaande van het fertiliteitsaspect, lijkt de vraag plausibel of een vrouw die geen coïtus-ervaring heeft vanwege haar vaginisme (penetratiefobie cq haar onvermogen om haar kringpieren bewust te ontspannen), een groter risico loopt op problemen tijdens de bevalling. Ook op dit punt is de literatuur uiterst teleurstellend; slechts 2 casus werden beschreven door Weller en Langer (1983), en Drenth (1988). Deze zijn beide obstetrisch probleemloos verlopen. Vaginisme, al dan niet behandeld, wordt door verloskundigen niet beschouwd als een reden voor bijzondere voorzorgsmaatregelen. Anderzijds wordt weleens verondersteld dat het doormaken van een bevalling therapeutisch zou werken op het vaginistisch reageren, m.a.w. dat een bevalling helend kan zijn voor een penetratiefobie cq het onwillekeurige spierverset. Deze verwachting is dan gebaseerd op een te primitieve opvatting over het probleem; wie de genese van de vaginistische reactie begrijpt, zal ook begrijpen dat na een bevalling de reactie op penetratie onveranderd kan zijn, zoals soms ook blijkt na een verwijdingsoperatie. Wel zou het doormaken van een bevalling positief kunnen werken op het zelfvertrouwen, en dat zou kunnen leiden tot een grotere competentie van de vrouw om het probleem op te lossen. De klinische praktijk heeft de meeste seksuologen geleerd dat een bevalling doorgaans geen effect heeft op de seksuele vermogens van de vrouw, maar de wetenschappelijke literatuur levert ook hier slechts casuïstische mededelingen.

Over de problemen van vrouwen die vaginistisch reageren is weinig geschreven vanuit het patiëntenperspectief. Het onderwerp is kennelijk beladen met taboes, en dat leidt ertoe dat er weinig publieksinformatie beschikbaar is. Bovendien zijn er daardoor geen zelfhulpactiviteiten op dit terrein ondernomen. Een uitzondering is het boek van Valins (1992), geschreven vanuit de eigen ervaring als therapiecliënt, en met gebruikmaking van lotgenoteninterviews. In 1994 verschenen er zowel in Nederland als het Verenigd Koninkrijk publicaties waarin aandacht was voor de overtuigingen van de vrouwen zelf over de oorzaken van hun probleem

(Ward en Ogden, 1994; Kemkes, 1994). Een echte aanwinst ten behoeve van de patiënten-voorlichting vormt het recent verschenen boek "De gesloten vrouw, over vaginisme" (Van Gils en Bezemer, 1994).

### Vraagstelling

Op grond van de genoemde schaarste aan gegevens (over behandeldoel, fertiliteitsaspect en obstetrische resultaten), stelden wij ons de volgende vragen:

- met welk doel (coitus, zwangerschap of beiden) benaderden de patiënten ons, en in hoeverre word(en) hun doel(en) bereikt;
- welke obstetrische problemen hebben zich voorgedaan bij vrouwen die na behandeling wegens primair vaginisme zwanger worden, en in hoeverre zijn zij van mening dat hun seksuele problematiek hiervan de oorzaak is;
- heeft het doormaken van een bevalling invloed op het seksuele gedrag, en zo ja welke;
- is er, ten aanzien van deze beide vraagstellingen, verschil tussen vrouwen die na coitus zwanger werden, en zij die met zelfinseminatie dit doel bereiken.

### Methode

De, van Masters en Johnson afgeleide, aanpak van vaginisme op de polikliniek Seksuologie van het AZG is sterk bepaald door het gebruik van het uitwendig gynaecologisch onderzoek als educatief moment (m.a.w. de patiënte, en liefst ook haar partner, worden gestimuleerd mee te kijken en eventueel te voelen), en systematische desensitisatie in vivo, d.w.z. het oefenen met vingers of steeds dikkere pelotes, ondersteund door in principe tweewekelijkse polibezoeken. Zonodig vindt relatietherapie plaats of eventueel individuele gesprekstherapie bij de psychologen binnen het seksuologieteam of, wanneer wordt voorzien dat deze benadering een grote tijdsinvestering gaat betekenen, worden vrouwen hiertoe verwezen naar het RIAGG.

Als onderdeel van de behandeling van paren met vaginisme wordt regelmatig zelfinseminatie geadviseerd en geïnstrueerd, en wel in de volgende situaties:

- als zwangerschapswens prevaleert boven de seksuele problematiek;
- als de behandeling van de penetratieproblemen niet (snel genoeg) succesvol is;
- als de vrouw vindt dat zij op een leeftijd gekomen is dat er enige spoed betracht moet worden met betrekking tot haar procreatieve ambities.

Omdat iedere vrouw in principe ongevraagd zou worden geconfronteerd met een schriftelijke enquête (zie bijlage), kozen wij voor een korte vragenlijst (10 items). De enquête werd door de deelnemers thuis ingevuld, en was niet anoniem, zodat de antwoorden gekoppeld konden worden aan de gegevens die wij in het medisch dossier hadden.

Het cohort bestond uit alle 57 patiënten bij wie in de jaren '87 tot '93 in het AZG de diagnose primair vaginisme gesteld werd. Nadat een telefonische rappèlronde uitgevoerd was, werd een respons van 49 (86 %) bereikt. De gemiddelde leeftijd was 28 jaar. De jongste respondente was 19 jaar, de oudste 42 jaar.

## Resultaten

Voor wat betreft het *behandeldoel* bleek dat van deze 49 vrouwen slechts 3 (6 %) vanaf het eerste consult alleen zwangerschap als behandeldoel hadden (één patiënte was al elders enige tijd behandeld, zonder resultaat m.b.t. de coïtus). Van de 46 vrouwen die het opheffen van de coïtusbelemmering als doel aangaven, hadden op het moment van aanmelding 31 (67 %) ook zwangerschapswens.

Voor wat betreft het *behandelresultaat* bleek uit de antwoorden dat 54 % (n=25) de behandeling op het punt van de coïtusbelemmering als succesvol beschouwden. Van de 34 vrouwen die zwanger wilden worden, was 74 % (n=25) daarin geslaagd. Van de 15 vrouwen die geen actuele zwangerschapswens hadden losten slechts 33 % (n=5) de coïtusbelemmering op.

Tien zwangerschappen waren het resultaat van kunstmatige inseminatie met sperma van de echtgenoot (KIE). In één geval betrof dit intrauteriene inseminatie vanwege subfertiliteit van het sperma, bij een vrouw wier vaginisme door behandeling wel verdwenen was. Van de 15 vrouwen die zwanger werden op de natuurlijke wijze, was er één die aangaf dat de bevruchting weliswaar gelukt was, maar dat zij haar behandeling op het punt van de coïtusbelemmering toch als een mislukking beschouwde.

De helft van de zwangeren beviel thuis onder begeleiding van de verloskundige en éénmaal onder begeleiding van de huisarts. Dit percentage thuisbevallingen is zeker niet minder dan het landelijk gemiddelde (circa 40%).

### *Zwanger door coïtus*

Van de vijftien vrouwen die zwanger werden door coïtus gaven vier geen informatie over het verloop van de bevalling. Bij drie zou dit kunnen betekenen dat zij ten tijde van de enquête nog zwanger waren; het vragenformulier was op dit punt niet eenduidig. In één geval gaf de vrouw aan dat zij aan haar vroegere vaginisme niet herinnerd wilde worden. Drie vrouwen hadden inmiddels twee bevallingen achter de rug. De informatie betreft dus veertien bevallingen bij elf respondentes.

Op de vraag naar de zelf-gepercipiëerde *invloed van het vaginisme op het verloop van de bevalling*, waren twee van de elf vrouwen van mening dat het (vroegere) seksuele probleem tijdens de bevalling nog wel enigszins een rol had gespeeld. Eén vrouw kon het zich niet herinneren en acht waren van mening dat er geen vaginistische kenmerken aan hun bevallingen gekleefd hadden. Van deze acht respondentes waren er vijf zeer uitgesproken in hun mening dat zij het vaginisme als 100 % overwonnen beschouwden ten tijde van de bevalling. Eén van hen gaf echter aan dat er enige terugval was na de partus.

Op de vraag over de *invloed van de bevalling op het latere seksuele functioneren*, kan het volgende vermeld worden. Naast de vrouw die een zekere terugval rapporteerde na de bevalling, waren er drie vrouwen die van de bevalling een positieve invloed op hun coïtuscompetentie meldden. Eén vrouw gaf aan dat sinds de bevalling de coïtus pijnloos geworden was. In deze groep bedroeg het percentage kunstverlossingen 43 (alle kunstverlossingen AZG, 1993, > 28 wk, n=1351: 30%). Acht vrouwen bevielen geheel spontaan, drie vrouwen door middel van een vacuümextractie en drie vrouwen door middel van een keizersnede.

### Zwanger door KIE

Van de tien vrouwen die middels KIE zwanger geworden waren gaf één geen informatie over haar bevalling. Eén vrouw bevond zich wat oneigenlijk in deze groep: zij beschouwde het vaginisme als geheel overwonnen tijdens de bevalling, en haar KIE was vanwege een andere indicatie (subfertiliteit van het sperma, waarvoor tot intrauteriene inseminatie overgegaan werd). De negen overige respondentes gaven informatie over twaalf bevallingen. Eén vrouw had een tweede zwangerschap achter de rug die op natuurlijke wijze tot stand gekomen was. Een ander vrouw had, na de KIE-zwangerschap nog twee zwangerschappen zonder KIE bewerkstelligd.

Op de vraag naar de *invloed van het vaginisme op het baringsverloop* gaven drie vrouwen aan dat angst direkt voortvloeiende uit hun vaginisme een belemmerende faktor tijdens de partus was geweest. Zes vrouwen vonden dat dit niet het geval was. De vrouwen die meer dan één zwangerschap doormaakten, hadden beide bij de eerste bevalling wel belemmeringen beleefd, en bij de volgende vrijwel niet meer.

Op de vraag naar de *invloed van de bevalling op het latere seksuele functioneren* werd door zes vrouwen gerapporteerd dat de doorgemaakte bevalling geen invloed had gehad op hun coïtusproblematiek. Drie gaven aan dat er tenminste enige positieve invloed van uitgegaan was. Eén vrouw gaf expliciet aan dat het positieve effect niet betekende dat zij inmiddels coïtuservaring had. De vrouw die drie bevallingen rapporteerde gaf aan dat zij enig positief effect bespeurde, maar dat voor haar de coïtus nog steeds niet probleemloos was. In deze groep bedroeg het percentage kunstverlossingen 42: zeven vrouwen bevielen geheel spontaan, twee vrouwen door middel van een vacuümextractie, één vrouw door middel van een forcipale extractie en twee vrouwen door middel van een keizersnede.

### Discussie

Onze enquête maakt, met alle beperkingen die aan de retrospectieve methode kleven, toch iets zichtbaar van de complexiteit van de problematiek van het vaginisme. Achtereenvolgens zullen wij enige opmerkingen maken over het behandelresultaat, het aandeel van KIE, de gegevens over de bevalling en de invloed daarvan het op latere seksuele functioneren, en tenslotte over de opmerkingen en adviezen die de respondentes ons gaven.

Ten eerste is daar het behandelresultaat voor wat betreft de coïtusproblematiek, in 94 % hoofd- of mededoel van de behandeling. Een succespercentage van 54 is teleurstellend in vergelijking met de cijfers van bijvoorbeeld Masters en Johnson, de uitvinders van de sekstherapie waarop onze behandelmethode nogal sterk leunt. Zij claimden een 100 % genezingssucces, en sinds hun publikatie heeft het lang geduurd voordat klinici het weer aandurfdren om te vermelden dat hun resultaten veel minder gunstig waren (Moch, 1987). Onze eerste reactie op de binnenkomende formulieren was dan ook enigszins ongelovig. Vergelijking met de statusgegevens leverde echter maar in enkele gevallen een positiever beeld op. Wel valt onmiddellijk op dat het succespercentage van de behandeling bij vrouwen met kinderwens 74 is en bij vrouwen zonder actuele kinderwens slechts 33. Het ziet er dus naar uit dat zwangerschaps-wens de kans op een succesvolle behandeling van primair vaginisme aanzienlijk vergroot.

Ten tweede valt op dat het aandeel van KIE aanzienlijk is. Slechts twee vrouwen kozen alleen voor een zwangerschap; bij anderen was er tijdsdruk en/of een trage voortgang van de

behandeling. Ook in onze respondentengroep zitten enkele vrouwen die buitengewoon veel schaamte moesten overwinnen om hulp te vragen bij dit probleem, hetgeen ertoe leidde dat de zwangerschapswens op het moment van aanmelding zeer pregnant was, en de leeftijd daarin ook een reëel element. KIE lijkt uiterst effectief. Van de zes vrouwen die er niet in slaagden om hun vaginisme op te lossen, en die tevens hun zwangerschapswens gefrustreerd zagen, hebben drie geen succes geboekt vanwege subfertil semen (in één geval waren er ook fertiliteitsbelemmeringen van de kant van de vrouw, één echtpaar zit in een IVF-procedure en één echtpaar is bezig met KID).

Ten derde kan gezegd worden dat er in de 26 bevallingen waarover wij informatie hebben, en waarvan de helft in het ziekenhuis beviel, ruim tien procent meer kunstverlossingen voorkwamen dan in de totale populatie, maar dat slechts vijf vrouwen zelf van mening waren dat hun vaginistische reactie ten tijde van de bevalling daarbij een rol gespeeld had. Er waren in de groep nogal wat vrouwen die op hogere leeftijd hun eerste bevalling doormaakten en ook een klinische bevalling kan bijdragen aan het vaker voorkomen van kunstverlossingen. Het is immers ook zeer wel denkbaar dat het vaginisme de begeleiders eerder heeft doen besluiten tot een kunstverlossing. Het percentage kunstverlossingen bij vrouwen die wel (grotendeels) hun vaginisme hadden kunnen afleren, en zij die via KIE zwanger geworden waren verschilde bovendien nauwelijks (respectievelijk 43 en 42%). Ook dit pleit er voor dat het al dan niet vaginistisch reageren op het moment van de bevalling niet doorslaggevend is voor het verloop van de baring.

Ten vierde: hoewel het boerenverstand fluistert dat een vrouw die een bevalling doormaakt heeft ook tot gemeenschap in staat moet zijn, zijn klinici er inmiddels wel van doordrongen dat ook vrouwen die uiterst competent geweest zijn tijdens een bevalling toch in de seksuele situatie weer precies hetzelfde kunnen reageren. Uiteraard is de beleving van een beweging naar binnen anders dan de beweging naar buiten. Persdrang is imperatief, en relaxatie van de bekkenbodempus fysiologisch. Daarnaast geldt voor veel meer vrouwen dat zij hun vagina tijdens de bevalling anders beleven dan gewoonlijk. Men ziet soms dat na de geboorte van de placenta ogenblikkelijk de schaamte terugkeert, die tijdens de baring afwezig was. Ons onderzoek bevestigt de klinische impressie: slechts zes vrouwen (23%) zagen enig positief effect van een doorgemaakte bevalling en één een tijdelijk negatief effect.

Tenslotte hebben de reacties van onze respondentes ons veel geleerd over de emoties die er, ook na de behandeling nog rond dit onderwerp kunnen leven. Zo waren er twee vrouwen die niet mals waren in hun woede over onze ongevraagde herinnering aan een polibezoek waar zij kennelijk met onvrede op terugzagen. Twee andere vrouwen echter hebben in de enquête aanleiding gezien om zich terstond opnieuw aan te melden. "Ben blij eens te kunnen schrijven, want je kunt er met niemand over praten. Wij hadden het geluk na 1 x insemineren zwanger te zijn. Dat hebben we zelf gedaan. We kunnen deze methode zeker aanbevelen, maar het lost het probleem niet op. (.....) Dit raakt ons beiden keer op keer. Je went of berust er nooit in. Je hebt een kind en nu sudder je door." Bij dit echtpaar was het des te schrijnender daar zij wel degelijk een tweede kind gewild hadden, maar steeds bleven twijfelen of zij nog wel recht hadden om de dokter een tweede keer om hulp bij KIE te vragen.

Andere vrouwen imponeren juist door hun vermogen zelfstandig delen van de problematiek aan te pakken. Eén patiënte had al voor wij haar leerden kennen, ondanks haar vaginisme een spontane zwangerschap weten te bewerkstelligen. Nadat tijdens de bevalling het vaginisme aan het licht gekomen was, was zij door haar huisarts verwezen naar de poli seksuologie van het AZG. De therapie bood weinig soelaas en eindigde in verwijzing voor hypnotherapie. Ten

tijde van de enquête was zij nog steeds elders onder behandeling. Dit belette het echtpaar echter niet, opnieuw volledig op eigen kracht, weer een zwangerschap tot stand te brengen. Beide zwangerschappen eindigden, vanwege trage ontsluiting, in een keizersnede, waarbij patiënte aangaf dat dat de tweede keer aanzienlijk minder traumatisch was omdat zij toen de gynaecoloog had durven vertellen over haar seksuele probleem.

Veel meer vrouwen hebben niet expliciet gevraagd naar speciale aandacht voor hun vaginisme tijdens de bevalling, maar een enkeling die het wel vroeg heeft zich niet voldoende serieus genomen gevoeld. Een vrouw gaf aan dat zij haar vaginisme als geheel genezen beschouwde, dat zij dus haar verloskundige niet geïnformeerd had over dit aspect van haar historie, maar dat zij erg bang was geweest voor de bevalling. Zij had zich daar zelfstandig heel intensief op voorbereid, en dat leidde tot een perfecte partus met een geweldige oppeper voor haar zelfvertrouwen. Een andere vrouw gaf aan de bevalling niet moeilijk of bijzonder zwaar gevonden te hebben, maar het getoucheerd worden wel.

### Conclusies

KIE als slaapkamerprocedure is in de behandeling van paren met vaginistische problematiek een nuttige aanvulling van het behandelarsenaal. Bij paren die hiervoor kiezen lijken er zich in onze groep geen praktische bezwaren voor te doen. KIE in een klinische setting of door de huisarts lijkt dan ook overbodig-medicaliserend. Bovendien kan de betrokkenheid van een arts de mogelijke ambivalenties van het paar overstemmen (Drenth, 1988; De Bruyn e.a., 1990), sterker dan dat het geval is als man en vrouw zelf de handelingen moeten verrichten.

Zwangerschapswens vergroot de kans op een succesvolle behandeling van het vaginisme. Het is geen regel dat de coïtus na een bevalling beter lukt, maar in enkele gevallen van partieel succes werd het bereikte resultaat wel geconsolideerd. Dit is een bevestiging van de bestaande klinische impressie.

Het is gewenst dat obstetrici zich ervan bewust zijn dat er regelmatig vrouwen bevallen die geen coïtuservaring hebben, en die ernstige penetratieangsten hebben. Sommige van deze vrouwen komen er niet toe aan de verloskundige/arts extra aandacht voor deze emoties te vragen. Misschien moeten wij als hulpverleners hen daarbij wat helpen. De obstetricus doet er goed aan om bij verdenking op penetratieangsten dit tijdens het bevallen ter sprake brengen op een manier die uitnodigend en niet straffend is. "Vooral niet denken dat het aanstellerij is", aldus een respondente. Wij geven haar aanmaning graag door.

### Summary

*Is vaginismus also a problem during childbirth; does childbirth have a positive effect on vaginismus?*

So far, the literature on vaginismus has mainly been contemplative. Quantitative data are scarce, while fertility and obstetrical aspects are never mentioned. In this article, we address these two aspects using a different approach. A questionnaire was developed to obtain information about a possible connection between the vaginistic reaction, the patient's reason for seeking treatment and, if relevant, the obstetrical outcome.

The results of the study clearly reveal that the wish to become pregnant increases the chance of successful treatment for vaginismus. Self-insemination, as a bedroom procedure for the treatment of couples with vaginismus, seems to be a useful addition to the treatment arsenal. It is certainly not the rule that childbirth will have a positive effect on subsequent sexual functioning, but the partial success in a few of our cases

was consolidated. Obstetricians should be aware that not infrequently, women who suffer from severe penetration phobias give birth without problems.

#### Literatuur

- Bezemer, W. (1985). Een groepsbehandeling van vaginisme. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 9: 16-24.
- De Bruyn, K., 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, 99-106.
- Drenth, J.J. (1988). Vaginismus and the desire for a child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9: 125-137.
- Drenth, J.J. (1991). The tight foreskin: a psychosomatic phenomenon. *Sexual and Marital Therapy*, 6: 297-306.
- Faure J.L. en A. Sireday (1909). *Traité de Gynécologie*, 3de editie. Octave Doin, Paris.
- Gianotten, W.L. (1990). De partner bij vaginisme. In: Moors, J.P.C. (red.) *Vaginisme en dyspareunie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Kemkes, E. (1994). *Vrouwen over vaginisme*. Wetenschapswinkel, Nijmegen.
- Moch, M., N. Ben Aderet en H. Musaph (1987). Follow up investigation of vaginistic patients. Presentatie tijdens het 8th World Congress of Sexology, Heidelberg.
- Moors, J.P.C. (red.) (1990). *Vaginisme en dyspareunie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Ringler, M. en M. Langer (1983). Confinement of a woman with a history of vaginismus. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2: 109-111.
- Traub, H. (1917). *Leerboek der Gynaecologie*. S.C. van Doesburg, Leiden.
- Musaph, H. (1965). *Vaginisme; een seksuologische beschouwing*. Bohn, Haarlem.
- Van de Wiel, H.B.M., J.P.M. Jaspers, W.C.M. Weijmar Schultz en J. Gal (1990). Treatment of vaginismus: a review of concepts and treatment modalities. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 11: 1-18.
- Van Gils, C en W. Bezemer (1994). *De gesloten vrouw, over vaginisme*. Anthos, Baarn.
- Valins, L. (1992). *When a woman's body says no to sex*. Viking, New York.
- Ward, E. en J. Ogden (1994). Experiencing vaginismus - sufferers' beliefs about causes and effects. *Sexual and Marital Therapy*, 9: 33-45.
- Van der Velde, J. en W. Everaerd (1994). The mechanism of vaginismus; the measurement of voluntary control over pelvic muscles. Poster gepresenteerd tijdens de Annual Meeting van de International Academy of Sex Research (IASR) te Edinburgh.



### VRAGENLIJST

(s.v.p. de goede antwoorden aankruisen)

1. Wilde U behandeld worden omdat u gemeenschap wenste?  
 ja, met het gewenste resultaat  
 ja, maar zonder resultaat  
 neen
2. Wilde u behandeld worden omdat U een kind wenste?  
 ja, en ik werd zwanger  
 ja, maar ik werd niet zwanger  
 neen

**Alleen degenen die een kind hebben gebaard worden verzocht de volgende vragen te beantwoorden.**

3. Hoe is de zwangerschap tot stand gekomen?  
 spontaan  
 d.m.v. inseminatie (het zaad werd met een spuitje ingebracht)
4. Onder wiens begeleiding bent U bevallen?  
 een verloskundige  
 een huisarts  
 een specialist
5. Hoe bent U bevallen?  
 spontaan  
 met behulp van de vacuumpomp  
 met een tangverlossing  
 met de keizersnede
6. Werd er voor Uw gevoel tijdens de bevalling rekening gehouden met het vaginisme?  
 ja  
 neen  
Graag toelichting:
7. Hebt U tijdens de bevalling / baring iets gekregen tegen de pijn?  
 pijnstilling per injectie  
 ruggeprik  
 niets gekregen
8. Denkt u zelf dat het vaginisme invloed heeft gehad op het verloop van de baring?  
 ja  
 neen  
Graag toelichting:
9. Denkt U zelf dat de bevalling invloed heeft gehad op het vermogen om gemeenschap te hebben?  
 ja  
 neen  
Graag toelichting:
10. Hebt U naar aanleiding van Uw bevalling adviezen voor hulpverleners?

**Dank voor Uw medewerking!!**