

Uit de klinische praktijk

Procrustesbed in ivoren toren vs. natte vinger met pretentie Over de wederzijdse verwaarlozing van basaal experimenteel onderzoek en de klinische praktijk, met vaginisme als voorbeeld

Jelto Drenth, Willibrord Weijmar Schultz

Eerstelijnscentrum seksuologie SGNN, Groningen; UMCG, polikliniek seksuologie, Groningen

Samenvatting

Bij de behandeling van cliënten met vaginisme kan de behandelaar kiezen voor brede of smalle behandeldoelen. Aan de hand van een casus waarover wij over een ongewoon lange follow-up beschikken, worden dilemma's rond deze keuze geïllustreerd. Een thema dat in de literatuur tot nu toe weinig aandacht gekregen heeft, is het ontwikkelen van lustgevoelens in de vagina-ingang. Het artikel wordt aangevuld met een in onze praktijk ontwikkelde foldertekst voor vrouwen met vaginisme en dyspareunie

Uit de Griekse mythologie is ons overgeleverd de sadistische, roofzuchtige herbergier Procrustes, die reizigers, als zij klein waren, in een groot bed legde en ze vervolgens ongeveer vierendeelde onder het motto dat ze dan beter in hun bed zouden passen. Waren zij lang, dan kregen ze een klein bed en werden armen en benen met behulp van een bijl passend gemaakt. In het metaforisch gebruik van Procrustes' meubilair is een en ander samengevoegd tot één bed.

De polemiek naar aanleiding van het in Leiden en Maastricht lopende onderzoek naar vaginismebehandeling (Plooi & van Verseveld, 2008; ter Kuile, 2008; Drenth & Weijmar Schultz, 2009) nodigt uit tot reflectie op methodologische dilemma's. De onderzoekers kozen voor focussen op een deelaspect in de behan-

deling (extinctie van de penetratieangst middels begeleide exposure) en daarmee lijken zij zich behoorlijk ver verwijderd te hebben van de courante hulpverleningspraktijk, waarin belevingsaspecten doorgaans meegenomen worden in het proces. Onderzoekers die in hun experimentele opzet willen aansluiten bij de traditie van het gecontroleerde onderzoek (waarvan de Randomized Controlled Trial (RCT) het prototype is) lopen dit risico: ten behoeve van het onderzoek wordt gekozen voor één specifieke interventie in een populatie met strikte in- en exclusiecriteria. In de wetenschappelijke wereld levert deze methodologie veel prestige op. Enigszins gechargeerd: experimentele trials leveren uitkomsten op die onweerlegbaar zijn, maar waarvan de relevantie zeker niet vast staat. Klinisch onderzoek staat dicht bij de werkvloer, maar wordt niet zelden gebagatelliseerd op basis van elementen van willekeur en subjectiviteit (Moors, 1997; Drenth, 1998). Bovendien zijn publicaties uit de dagelijkse praktijk ook nog eens behoorlijk zeldzaam. Dat is jammer, want vaginisme is bepaald niet zeldzaam en vrouwen met deze klacht variëren enorm in de ernst van hun problematiek en de complexiteit van de achterliggende psychodynamiek. Dat houdt onder andere in dat hun therapieën vaak langer duren dan de behandelprotocollen van de gecontroleerde research toelaten.

Wij presenteren hier een ziektegeschiedenis waarin de complexiteit van de cliënte ruimte liet voor verschil-

J. Drenth, arts-seksuoloog NVVS, Centrum Seksuele Gezondheid Noord-Nederland, Radesingel 11, 9711 ED Groningen.
E: drenth.dekker@planet.nl
Prof. dr. W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog-seksuoloog NVVS, Universitair Medisch Centrum Groningen.

Met dank aan "Olivia", die met grote bereidwilligheid het verhaal dat zij achter zich gelaten had becommentarieerde (en die zelf haar alias gekozen heeft)

Ontvangen: 3 november 2008; Geaccepteerd: 3 februari 2009

lende behandelrichtingen. We beschrijven haar verhaal zoals het gegaan is, en durven enigszins te speculeren over de vraag hoe het anders had gekund.

Olivia

Olivia meldt zich op haar 32ste bij de Rutgers Stichting (de eerste auteur is haar behandelaar tijdens die fase). Een paar maanden daarvoor raakte ze in een crisis nadat haar vriend de relatie verbrak en ze heeft daarvoor een psycholoog geconsulteerd, maar ze denkt dat expliciete aandacht voor haar seksualiteit nodig is. Ze heeft geen seksuele disfuncties, maar als de mogelijkheid van erotiek zich voordoet (zowel solo als met haar ex) dan hanteert ze allerlei dwangregels en –gedachten waardoor het plezier niet echt van de grond komt, en ook achteraf heeft ze vaak zelfbestrafende gedachten. Eigenlijk is ieder fysiek contact voor haar beladen. Ex is, ongetwijfeld mede door dit aspect van de relatie, behoorlijk vermijdend geworden en zijn alcoholgebruik begon zorgelijke kanten te krijgen. Olivia realiseert zich goed dat zij sowieso de bovenligger in de relatie was. Toch heeft zijn besluit om met haar te breken haar volledig overvallen.

*Seks is ook eerder in haar leven een problematisch onderwerp geweest. In haar eerste relatie, toen ze 18 was, had ze nog geen behoefte aan seksuele penetratie, maar op haar 21^{ste}, met haar tweede vriend, was gemeenschap wel iets waar ze over nadacht. Ze betwijfelde ze het zou kunnen, want ze realiseerde zich dat het haar nooit was gelukt om tampons te gebruiken, en bij de gedachte aan de coïtus had ze altijd spontane pijn in haar onderlijf. Om zichzelf te testen besloot ze een uitstrijkje te laten maken bij de Rutgers Stichting en in de onderzoekskamer manifesteerde zich een krachtige vaginistische afweer. De verpleegkundige legde haar uit wat vaginisme is, dat het een goed behandelbaar probleem is en adviseerde haar, ter voorbereiding van een behandeling, het boek *De Gesloten Vrouw te lezen* (van Gils & Bezemer, 1994). Daarna bezocht ze haar huisarts en die verwees haar naar de poli seksuologie van het UMCG. Haar behandeling aldaar, nu 8 jaar geleden, was succesvol, maar de relatie was al weer een tijdje uit. Sindsdien heeft ze ook nooit meer moeite gehad met tampons en in haar derde relatie bleek de coïtus goed mogelijk, maar haar genitale lustgevoelens bleven uitsluitend clitoraal, niet vaginaal.*

Bij het tweede intakegesprek op de Rutgers Stichting legt ze meteen op tafel dat ze in het eerste ge-

sprek steeds heeft moeten onderdrukken hoe onveilig zij zich voelde. Dat heeft niet alleen met het onderwerp te maken, maar meer nog met de sekse van haar seksuoloog. Ze heeft veel ellende met mannen beleefd. Dat begon met haar verwekker: haar moeder werd zwanger van haar jeugdliefde, met wie ze graag had willen trouwen, maar hij beantwoordde dat verlangen niet. Een nogal bazige moeder stond de relatie in de weg. Ondanks deze teleurstelling heeft moeder nog een zoon van hem gekregen, maar Olivia heeft haar vader vrijwel nooit gezien. Toen zij hem op haar 28^{ste} weer eens opzocht bleek hij al geruime tijd opgenomen te zijn in een psychiatrische kliniek. Tijdens de tweede zwangerschap gaf moeder haar verwachtingen op, concentreerde zich op haar carrière, verhuisde naar een ander deel van het land en voedde, met hulp van haar ouders, de beide kinderen alleen op. Er moesten soms moeilijke keuzes gemaakt worden, en de kinderen zagen hun moeder bij tijden wel wat weinig. Binnen een jaar na de verhuizing kreeg moeder een relatie met een man die, zonder enige schaamte, haar kinderen negeerde en hen ook de aandacht van hun moeder niet gunde. Deze partner trok later bij het gezin in en de sfeer leed daar sterk onder. Olivia herinnert zich vele trieste momenten waarin zij heel bewust haar inventiviteit aanwendde om positieve aandacht van haar stiefvader te krijgen, maar ze heeft aan hem eigenlijk geen enkele warme herinnering. Er kwam nog een halfzusje. Met moeder waren er felle aanvaringen, maar moeder was weinig geneigd te twifelen aan de noodzakelijkheid en onvermijdelijkheid van haar keuzes. Olivia kwam veel over de vloer bij schoolgenootjes en zag dat in andere gezinnen met veel meer warmte met elkaar omgegaan werd, ook fysiek. Ze was een slim kind, en sociaal heel vaardig. Na vijftien jaar liep moeders relatie op de klippen en pas recent is het Olivia gelukt om moeder te laten meevoelen hoezeer moeders partnerkeuze haar kinderen belast heeft.

Op de kleuterschool had ze een vriendje waarmee ze heel close was, en van haar vierde of vijfde jaar dateert een heftige herinnering aan een avond met een oppas. Hij was misschien 15 jaar en ze zat, voor ze naar bed moest, nog een tijdje op zijn knie plezier te maken en liedjes te zingen. Dat ging gepaard met een heel lijfelijk gevoel van opwindend en de herinnering eraan is eigenlijk een uniek moment van spontane erotische ontplooiing. Het impliceert een correctie op haar zelfbeeld: ze is dus niet vanaf haar geboorte seksueel ongevoelig geweest. Ze is ook heel tevreden over de voorlich-

ting die ze van moeder heeft gekregen, moeder was daarin heel open en didactisch.

Op haar achtste werd ze in een park seksueel misbruikt door een volwassen man. Ze vertelde het meteen aan haar moeder, waarna er aangifte gedaan werd en ze de gelegenheid kreeg om foto's van mogelijke daders te bekijken. Olivia weet niet of er ooit iemand aangehouden of veroordeeld is voor deze verkrachting, ze herinnert zich geen tweede contact met de politie. Ook ging ze met moeder naar de dokter, waar een onderzoek plaatsvond dat haar pijn deed. Nog vrij recent heeft Olivia met haar huisarts gepraat over dit gebeuren, en haar teleurstelling geuit over het gebrek aan aandacht voor haar emoties. De (inmiddels gepensioneerde) huisarts had bij die gelegenheid heel openhartig zijn spijt betuigd over het gebrek aan nazorg en deze erkenning heeft haar veel goed gedaan. Moeder is, naar haar herinnering, nooit teruggekomen op deze traumatische ervaring.

Op haar 13^{de} was er een leraar die een aantal meisjes grensoverschrijdend benaderde (leeftijdsinadequate complimenten en uitnodigingen om naakt voor hem te poseren) en toen heeft zij zelfstandig stappen genomen om dit gedrag aan de kaak te stellen. Helaas lieten de medeslachtoffertjes haar alleen de kolen uit het vuur halen, was ook in dit geval de afwikkeling door de rector halfslachtig, en was er aan het einde van het traject geen enkel gevoel van genoegdoening. In deze periode ervoer zij enorme angsten voor mannen en dat was aanleiding voor psychotherapie op een RIAGG. Op haar 18^{de} had ze, na het uitraken van haar eerste verkering, een tweede fase psychiatrische hulp, nu bij het UMCG.

Haar tweede verkering had haar gemotiveerd voor het uit de wereld helpen van haar vaginisme, maar het was in deze relatie nog niet tot gemeenschap gekomen. Twee jaar later kwam haar ex in haar leven, en toen bleek haar ontmaagding inderdaad geen grote moeilijkheden op te leveren. Hoewel er qua intimiteit veel ontbrak, zijn ze in de zeven jaar dat de relatie duurde nooit op het idee gekomen daar hulp voor te vragen. Olivia denkt dat haar ex ook wel heel grote weerstand tegen hulpvragen gehad zou hebben.

Bij de start van de therapeutische fase blijkt dat vooral de opgehaalde herinnering van haar vijfde haar erg bezighoudt, als signaal van haar seksuele gezonde kern, voorafgaand aan de traumatische ervaringen. Haar libido maakt een sterke come-back; met vriendinnen wordt haar conversatie een beetje "sex in the city", en er is al snel

een nieuwe vriend met wie ze een groot wederzijds enthousiasme beleeft, zeker ook seksueel. Haar ex en zij waren van plan goede vrienden te blijven en dat lukt heel aardig. Ook met hem heeft ze regelmatig libidineuze impulsen en ze beleven een heel scala aan doorstartmomenten, met een hoge mate van intimiteit en overgave. Daar zijn ook negatieve emoties bij: ze krijgt meer zicht op zijn gedrag op regressieve momenten en daarin zitten seksuele ontsporingen en ontwijkend gedraai daarover. Een en ander komt scherp in beeld door een SOA die ze van hem krijgt. Daar tegenover kan ze heel veel schuld ervaren over de zeven jaren waarin ze hem gedomineerd en seksueel afgeknepen heeft. Ze beleeft een periode van ups en downs, en grote ambivalentie over de relatie, en ook over de vraag of ze in therapie wil blijven. Het is op zich wel plausibel dat zij inmiddels meer bij een psychotherapeut dan bij een seksuoloog thuishoort, maar ik ben op dit punt voorzichtig omdat in haar therapiehistorie juist de continuïteit wat ontbreekt.

Het contact wordt wat rommelig, en ze laat weten dat ze inderdaad besloten heeft psychologische hulp te gaan zoeken bij de therapeut waar ze in de crisisfase door begeleid werd. Bij de voorbereiding van deze casus vertelt ze via de telefoon dat dat hernieuwde contact niet goed van de grond gekomen is. Haar doorzetten van de relatie, ondanks herhaalde vertrouwensschendingen, kan ze nu sterker zien in het kader van angst voor het alleen zijn en behoefte aan houvast. Een jaar geleden is het contact definitief beëindigd, nadat hij weer overspelig bleek te zijn. Inmiddels is ze een nieuwe relatie aangegaan, en ze verbaast zich erover hoe makkelijk, vanzelfsprekend en leuk seks (inclusief penetratie) nu is.

Samenvattend: een beladen levensloop en een therapeutische Werdegang waarin de behandeling van haar vaginisme een probleemloze statie lijkt te vormen. Navraag bij de poli seksuologie van het UMCG bevestigde de positieve evaluatie van Olivia's behandeling:

Zij had bij haar eerste consult bij een vrouwelijke AIO gynaecologie een educatief gynaecologisch-seksuologisch onderzoek gehad, maar daarbij mislukte een poging om de kleinste maat Hegar in te brengen, tot haar grote teleurstelling. Twee maanden later bleek dat thuis ook een brug te ver te zijn. Om de weerstand te verminderen had ze 's nachts geslapen met de Hegar in haar hand, en tijdens het consult werd stap één bijgesteld tot aan-

raking met een wattenstokje, expliciet zonder inbrengen. Dit tussenstapje had voldoende druk weggenomen en in de daaropvolgende 11 maanden leverde oefenen met Hegars geen serieuze barrières meer op, leerde ze tampons te gebruiken en had ze een korte erotische ervaring waarbij ze zich door haar vriend met een vinger in haar vagina liet stimuleren. Dat voelde wel goed, maar ze had nog niet de ambitie om haar maagdelijkheid te verliezen. Bij het laatste consult was speculum-onderzoek goed mogelijk, maar werd nog afgezien van een toucher. De afsluiting lijkt niet helemaal volgens plan verlopen te zijn, want de behandelaar heeft geen afsluitende brief aan de verwijzende huisarts gestuurd.

Reflectie n.a.v. deze casus

Deze monomethodische vaginismetherapie (desensitisatie in vivo middels pelotes) leest als een exemplarisch succesverhaal en dat is opmerkelijk omdat Olivia bepaald niet in de kansrijke groep zat voor deze aanpak. Kort voor haar therapiejaar was er vanuit het UMCG een evaluatieonderzoek gepubliceerd waaruit bleek dat voor het opheffen van het vaginisme kindereens als motivatieversterkende factor toch wel een heel wenselijk element was (Drenth e.a., 1995). Van de 49 ex-patiënten die reageerden op een enquête hadden 34 bij aanmelding een urgente kindereens, en 74% van hen slaagde erin om coïtusvaardig te worden. Van de 15 vrouwen die alleen voor de oplossing van de coïtusbelemmering waren gemotiveerd, bereikten slechts 5 (33%) hun behandeldoel. Het verschil is significant: $\chi^2 = 7.08, p = .01$.

Olivia kijkt zelf met tevredenheid terug op haar behandeling en we mogen concluderen dat haar nog betrekkelijk onervaren behandelaarster bijzonder sensitief omgegaan is met haar aanvankelijke weerstanden. Echter, als wij het hele verhaal overzien, dan is het toch verleidelijk om te speculeren over alternatieven waarbij het geheel van haar seksuele beleving eerder in focus was gekomen. Had haar huisarts haar binnen de eerste lijn verwezen (dus terug naar de Rutgers Stichting), dan was in haar intake wellicht meer tijd besteed aan belevingsaspecten van seksualiteit en intimiteit. Zij had ongetwijfeld als advies van eerste keuze een aanbod gekregen om te participeren in een vrouwentherapiegroep. De mix van meerdere individuen met hun verscheidenheid aan achtergronden en problemen (in die tijd werden vrouwen met anorgasmie en vaginisme in één groep gezet, en dat leverde een inspirerend soort levendigheid op) leidt vrijwel altijd tot een proces van verdieping. Het delen van nare ervaringen (zowel seksueel misbruik als onveilige gezins-

situaties) is vaak een opstapje naar een fundamentele reflectie op de man-vrouwrelatie en de daarbinnen courante seksuele verwachtingen en “plichten” waar ieder van doordrongen is. De vrouwengroepen zijn daarin nog immer schatplichtig aan het feminisme (Bezemer, 1985).

In Olivia's verhaal zouden wij, enigszins gecharmeerd, inderdaad kunnen constateren dat zij erin geslaagd is om haar vagina dienstbaar voor mannen te maken, maar dat haar eigen relatie met haar vagina niet erg liefdevol geworden is. Zij kende vanaf haar tienertijd de clitorislust, maar tijdens haar oefeningen is zij veel minder bewust bezig geweest met de vraag of er voor haar zelf ook iets positiefs te beleven zou zijn aan vaginale penetratie.

Ongetwijfeld overkomt dit meer meisjes: voor het kennismaken met hun solo-erotiek zijn zij vooral op hun clitoris georiënteerd, maar bij hun eerste ervaringen met partnerseks worden ze vaak wat snel aangesproken op hun vaginale (lees: penetratie-) potentieel. De gretigheid waarmee sommige vriendjes verwachten dat dit aspect in het vrijen centraal zal staan zal maken dat sommige “debutantes” in het verloop van hun seksuele carrière niet de ontwikkeling van hun eigen gevoel en verlangen volgen. Hier dringt zich een antieke vergelijking op: Freud was van mening dat clitorale orgasmes een exponent waren van de kinderlijke seksualiteit, en dat een vrouw haar volwassen volwaardigheid pas bereikt had als zij vaginaal tot orgasmes in staat was. Dat standpunt is niet houdbaar en heeft de feministen hoog in de gordijnen gejaagd, maar daarmee is enigszins uit zicht geraakt dat er in de vrouwelijke ontwikkeling wel degelijk iets te leren valt omtrent de gevoelens van vulva en vagina. Wij sluiten niet uit dat voor sommige vrouwen met uitgesproken vaginisme de kennismaking met de eigen vaginale gevoeligheid essentiëler is dan het leren ontspannen van de bekkenbodem. Over dit onderwerp heeft de eerste auteur informatie op schrift gesteld ten behoeve van vrouwen met VVS/provoked vulvodinia, die ook toepasbaar lijkt voor vrouwen die gebukt gaan onder vaginisme (zie de bijlage).

Het exploreren van de vaginale sensibiliteit met als doel het ontwikkelen van een lustgevoel, zou heel goed een deelaspect kunnen zijn dat in ter Kuile's vervolgbehandeling een plaats zou kunnen vinden. Wij geloven alleen niet dat deze verandering zich in drie gesprekken kan voltrekken.

Literatuur

Bezemer, W. (1985). Een groepsbehandeling van vaginisme. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 9, 16-24.

- Drenth, J.J. (1998). Forum: De ervaring en het weten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 22, 62-64.
- Drenth, J.J., Andriessen, S., Heringa, M.P., Mourits, M.J.E., van de Wiel, H.B.M., & Weijmar Schultz, W.C.M. (1995). Is vaginisme ook een baringsprobleem; helpt bevallen tegen vaginisme? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 19, 198-205.
- Drenth, J.J., & Weijmar Schultz, W.C.M. (2009). Nogmaals: waar zijn wij eigenlijk mee bezig. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 33, 27-28.
- Van Gils, C., & Bezemer, W. (1994). *De gesloten vrouw*. Anthos, Baarn.
- ter Kuile, M. (2008). Begeleide exposurebehandeling voor vrouwen met primair vaginisme. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 163-164.
- Moors, J. (1997). Forum: De kliniek van de voorhuid. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 21, 250-254.
- Plooi, E., & van Verseveld, J (2008). Gemeenschap door de pijn heen? Waar zijn we mee bezig? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 163.

Summary

On the mutual neglect of fundamental experimental research and clinical practice, with vaginismus as an example

Sexologists treating vaginismus may focus their efforts on limited, penetration-oriented goals as well as on more complex elements of sexual health development. We present here a case study with an uncommonly long follow-up period, in which the dilemma surrounding the choice of treatment goal is illustrated. A theme, mostly neglected up till now, is the development in women suffering from vaginismus of a positive, lustful awareness of their vaginal introitus. The article closes with a patient leaflet, written for information and encouragement of women suffering from vaginismus and dyspareunia.

Buiten verantwoordelijkheid van de redactie

Seksuele pijnklachten, en hoe je er van afkomt

Op zoek naar vaginale lustgevoelens

Pijn bij de gemeenschap is een veel voorkomende seksklacht, vooral bij vrouwen. Er zijn soms duidelijke oorzaken, bij voorbeeld een schimmelinfectie. Maar meestal is de pijn niet zo simpel te begrijpen. Sommige vrouwen hebben wel in de gaten dat ze tijdens het vrijen gespannen zijn en dat ze daarbij ook hun vaginaspiers aantrekken.

Anderen weten dat ze op het beslissende moment eigenlijk te droog zijn om pijnloos de penis van hun partner naar binnen te laten. Dat betekent bij jonge vrouwen eigenlijk altijd dat ze niet echt opgewonden zijn, en dat is natuurlijk ook best begrijpelijk als je denkt dat je vast weer pijn gaat krijgen. In de vervelendste gevallen hebben vrouwen na afloop wondjes, kloofjes of scheurtjes in hun slijmvlies.

De seksuologische aanpak van pijn

Seksuologen hebben een vast plan van aanpak van seksuele pijnklachten. Eerst de abnormale oorzaken uitsluiten en dan adviseren dat de vrouw en haar partner zich tijdens het vrijen beter bewust zijn van haar ontspanning en opwindings. Dat kan er toe leiden dat de

duur van het voorspel meer aangepast wordt aan het tempo van de vrouw. Veel stellen experimenteren met glijmiddelen, en soms bevalt dat heel goed. Sommige paren merken na zo'n adviesgesprek dat ze tijdens het vrijen makkelijker

tevreden kunnen zijn met vrijen met de hand en/of de mond, die keren dat de opwindings om een of andere reden net niet op het gewenste niveau komt.

Wat blijft is dat sommige vrouwen ook op hun beste momenten (veel zin, helemaal ontspannen en sexy) toch pijn voelen van de penis in de vagina. Dat maakt hen onzeker; ze kunnen de gedachte dat er toch echt iets abnormaals moet zijn niet van zich afzetten. Vooral voor die vrouwen is deze folder bedoeld.

Wat is pijn eigenlijk precies

Als je wilt snappen hoe het kan dat een gezonde vagina toch pijn kan voelen, dan moet je weten hoe het eigenlijk precies zit met de gevoeligheid van je geslachtsorganen.

Dat is namelijk best ingewikkeld. Huid en slijmvliezen voelen met verschillende gevoelsorgaantjes. We heb-

Verdeling van gevoelszenuwen in verschillende gebieden van de vrouwelijke geslachtsorganen

	Tastzin			Drukszin	Pijnzin	Andere types	
	Lichaampjes Van Meisner	Tastschijfjes Van Merkel	Haarwortelzenuwen	Lichaampjes Van Pacini	Vrije zenuwuiteinden	Lichaampjes Van Ruffini	Lichaampjes van Dogiel-Krause
Schaamheuveel	++++	++++	++++	+++	+++	++++	++
Grote lippen	+++	++++	+++	+++	+++	+++	++
Clitoris	+	+	0	++++	+++	+++	+++
Kleine lippen	++	++	0	++	++	++	+++
Maagdenvlies	0	+	0	0	+++	0	0
Vagina	0	0	0	0	+ (soms)	0	0

Bron: Philipp, E.E. e.a. (Eds.), 1970. Scientific foundations of Obstetrics and Gynaecology. Heinemann, London.

ben tastzin, drukzin, vibratiezin, en uiteraard ook pijnzin. Over het hele lichaam zit vlak onder de oppervlakte een mix van al die gevoelszenuwen, maar de variatie is niet overal gelijk. Kijk maar naar de tabel, dan zie je hoe verschillend je gevoeligheid verdeeld is in het gebied van de geslachtsorganen. Pijn is van alle gevoelssoorten de snelste, het gaat via vrije zenuwuiteinden en die zitten vlak onder de oppervlakte. Het signaal gaat dan ook nog eens via heel snel geleidende zenuwvezels naar de hersengebieden waar het omgezet wordt in een bewuste waarneming. Het wonderlijke is dat het gebiedje van de vagina-ingang, waar de restjes van je maagdenvlies zitten, alleen pijnzin heeft.

Dat is een verwarrende gedachte. Een vrouw die een penis in haar vagina laat binnengaan, die voelt haar kringspieren en haar slijmvliezen meegeven en dat geeft een heleboel zenuwsignaal naar de hersenen, maar het gekste is dat dat dus allemaal via de pijnzin binnenkomt. Het is dus niet raar dat je hersenen dan constateert: dit doet zeer. Maar daar staat tegenover dat bij vrouwen die juist enorm genieten van het moment van binnengaan toch echt dezelfde golf signalen binnenkomt, en evengoed via de pijnzin. Het verschil moet dus zitten in de omzetting van het zenuwsignaal in het bewuste gevoel.

Ja, maar vroeger deed het geen pijn

Dit vindt iedereen moeilijk om te begrijpen, vooral vrouwen die eerder wel probleemloos gevrijd hebben. Toen kon-ie er wel zomaar in, met plezier en zonder pijn, en nu is er geen plezier en wel pijn. Wat is er sindsdien dan veranderd? Maar als je er goed bij stilstaat zijn de verschillen meestal herkenbaar.

Die zorgeloze seks was meestal in een tijd die sowieso heel leuk was: verliefdheid op z'n hevigst, seks nieuw en superspannend, en je hele geest staat open voor nieuwe ervaringen. Tijdens vrijen ga je helemaal op in een heerlijke mix van gevoelens, zowel geestelijk als lichamenteel. Die grote golf via de pijnzin wordt moeiteloos opgenomen in het geheel. Vergelijk dat eens met je situatie van nu, en waarschijnlijk is het verschil je dan wel duidelijk. Zelfs bij je beste vrijervaringen zal het moment van naar binnen gaan vaak gepaard gaan met even opletten, je verstand gebruiken en superalert zijn: het zal toch deze keer niet weer fout gaan. Kortom: al je aandacht is geconcentreerd op voelen wat er precies in dat hele kleine stukje van je lijf te voelen is. Nou, dan kan die bijzondere pijngevoeligheid net op die plek je aardig in de war brengen. En dan komen er steeds weer verontrustende gedachten bij: is er echt niks ziek of kapot, gaat het nou nooit eens over, dit is voor m'n vriend toch ook een afknapper, enz. enz.

Leren omgaan met je vaginale gevoel

Sommige seksuele pijnklachten van vrouwen kun je dus verklaren als: nog niet geleerd om die grote gevoeligheid op een positieve manier in je seksuele beleving een plekje te geven. We vergelijken het wel eens met het gebruik van contactlenzen: als je dat nog nooit gedaan hebt lijkt het een onverdraaglijke aanraking, maar vrijwel iedereen kan het snel leren, en dan voelt het helemaal niet meer zo supergevoelig. De onbekendheid met vaginagevoel is bij nogal wat vrouwen te begrijpen als je bedenkt hoe zij met seks kennis gemaakt hebben. Als een meisje de zelfbevrediging ontdekt, dan ontdekt ze vooral haar clitoris, en ze besteedt veel minder aandacht aan het gevoel van haar vagina. Als er een vriendje een rol in haar leven gaat spelen, dan wordt haar vagina vaak patsboem tot hoofdrolspeler gebombardeed. En zeker als ze dan de pech heeft dat haar vriend in de categorie grootgeschapen valt, dan is de overgang wel heel groot. Gelukkig gaat het vaak goed, en dan krijgen meisje en jongen samen wel door hoe clitorislust en vaginale lust gecombineerd kunnen worden. Maar als er een periode van pijn doorheen speelt, dan krijgt vaginale plezier te weinig kans om goed uit de verf te komen.

Wanneer je jezelf min of meer herkent in dit verhaal, ga dan voor jezelf eens na of je je voor kunt stellen dat je, alleen en/of samen met je vriend, een tijdje bewust op zoek gaat naar positieve gevoelens in je gevoeligste gebiedje. Dat zal in ieder geval stapsgewijs moeten, met heel zachte strelingen, en vooral niet meteen naar binnen willen. Gelukkig zijn de meeste stellen best creatief, als ze op zoek gaan naar variaties zonder pijn. Daar horen seksuologen soms inspirerende verhalen over:

"Bij ons bleef er, ondanks de pijn, altijd voldoende seksuele zin over om toch veel plezier te hebben in het vrijen, en voor mij was orale seks (beffen) altijd al de topper.

We hebben toen een tijdje heel bewust clitoris en vagina-ingang afgewisseld, en bij likken was het helemaal niet moeilijk om ook lekkere gevoelens te hebben op de plek waar anders steevast pijn vandaan kwam. En toen mocht er ook al snel een vingertopje bij, en zo wende ik aan dat andere gevoel. Mijn vriend werd steeds subtieler, een soort persoonlijke vaginale masseur."

Grote kans dus dat jij ook je vaginale gevoeligheid kunt veranderen. Als je extra inspiratie zoekt, kun je de DVD *Fire in the valley*, over vaginamassage kopen (bij voorbeeld via de vrouwenwebwinkel Mail and Female). En als je er meer over wilt lezen:

Goedele Liekens: *Het vaginaboek*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.

Jelto Drenth: *De oorsprong van de wereld* (alleen nog te koop bij De Slegte).