

school en onderneming, terreinen, welke buiten het bestek van deze bespreking vallen.

Maar alle zwaarte leg ik op punt 1. Eén van mijn bekendste Engelse collegae is van mening, dat de taak van de huisarts ten einde loopt. De inhoud van mijn eerste stelling staat daar diametraal tegenover. Het is mijn overtuiging, dat de huisarts in de toekomst het middelpunt van de geneeskundige zorg moet blijven en zal blijven. Zal blijven indien aan een aantal voorwaarden is voldaan, waarvan ik er u enkele wil noemen.

In de eerste plaats zei ik u al: de arts zal de achtergrond, de maatschappij moeten kennen, waartegen het beeld van zijn patiënt is geprojecteerd. De arts-patiënt relatie zal geen oogklep mogen zijn, welke zij maar al te vaak is of waartoe zij althans wordt gebruikt ter verklaring van maatschappelijke kortzichtigheid; deze relatie integendeel zal de kijker moeten zijn, waardoor het beeld van de achtergrond zich duidelijker manifesteert. Een voorbeeld? Wie is degeen die het gezin moet raden in zaken met betrekking tot geboorteregeling? Niemand anders dan de huisarts. Maar daartoe zal hij moeten weten:

- 1 dat er een bevolkingsprobleem in het algemeen is;
- 2 dat er in deze bevolking een aanpassingsprobleem voor het gezin is;
- 3 dat de geboorteregeling één van de belangrijkste gezondheidsproblemen is van deze tijd.

En daarom zal het geneeskundige onderwijs zich met de geboorteregeling in al zijn facetten hebben bezig te houden. Meer algemeen kan men deze voorwaarde formuleren door te stellen, dat het geneeskundige onderwijs zich moet richten op de taken van de toekomstige huisarts, zowel in preventieve als in curatieve zin.

Sexuele stoornissen bij de vrouw

DOOR DR A. M. C. M. SCHELLEN*

Vooropgesteld zij, dat wij hier alleen willen spreken over stoornissen in het sexuele leven van de gehuwde vrouw en dat sexuele aberraties niet zullen worden besproken. In deze bijdrage zullen alleen die stoornissen worden behandeld, zoals de huisarts deze op zijn spreekuur min of meer frequent tegenkomt.

De volgende stoornissen zullen worden besproken: Orgasmestoorissen (anorgasmie of anafrodisie); bij of na de coïtus blijft de bevrediging uit.

Libidostoorissen; in de vorm van een afwezige of te geringe sexuele behoefte om tot een ontlading van de sexuele energie te geraken.

* Destijds assistent aan de Universiteits Vrouwenkliniek te Groningen, hoofd: Prof. Dr B. S. ten Berge; thans assistent op de gynaecologisch-obstetrische afdeling van het St. Joseph Ziekenhuis te Heerlen, hoofd: Dr Th. J. van Sante.

Een andere voorwaarde zal moeten zijn, dat de huisarts, rekening houdende met de wijze waarop hij zijn taak zal hebben te vervullen, daartoe ook inderdaad in de gelegenheid wordt gesteld. Geen 3500 zielen op de National Health Service lijst, noch de 3000 ziekenfondsverzekerden als criterium van de Maatschappij voor Geneeskunst zullen de huisarts in staat stellen, degene te zijn, die onze Engelse vrienden noemen de „family doctor”, de arts, die zich de tijd kan gunnen tot een gesprek, want wij vergeten niet, vandaag en in de toekomst, dat stethoscoop noch tensiometer de communicatie door middel van het gesproken woord kan vervangen. De arts, die zich voorts de tijd kan gunnen tot „actieve praktijkvoering”, zoals het opsoren van die aandoeningen, welke door „early detection” in hun voortschrijden kunnen worden geremd, dan wel door adequate therapie kunnen worden genezen. De tijd derhalve om naast het passieve curatief-geneeskundige het actieve preventief-geneeskundige onderzoek te verrichten.

Men vergeve mij mijn gebrekkige pogingen om buiten het eigenlijke onderwerp van heden — of zijn er die zeggen, dat ik mij wel, zonder het te weten, op het terrein der medische psychologie heb begeven? — u te overtuigen van mijn geloof in de huisarts van de toekomst en in mijn overtuiging dat hij niet zal en niet moet verschillen van die in het verleden. Ook de huisarts in de toekomst zal leven en werken naar het gebed van onze broeder Marmonides: „Beziel mij met liefde tot mijn kunst en uw schepselen”. Ook voor hem mogen de schone, door Liek aangehaalde woorden van Paracelsus, gelden: „Im Herzen wächst der Arzt, aus Gott geht er, des natürlichen Licht ist er. Der höchste Grund der Arznei ist die Liebe.”

Aversie tegen de coïtus; een toestand waarbij er een uitgesproken afkeer is ten aanzien van de coïtus met de eigen partner.

Dyspareunie; waaronder wij willen verstaan, dat bij de immissio penis dan wel tijdens de cohabitatie de vrouw onlust- of pijngevoelens heeft.

Vaginisme; er is dan een kramptoestand van de sphincter cunni waardoor de immissio penis geheel of nagenoeg onmogelijk is.

Virginiteit; als bij het onderzoek van de gehuwde vrouw een hymen intacta wordt gevonden is hiervan sprake.

Insufficiënte sexuele voorlichting; het ontbreken van voorlichting is vaak de oorzaak van sexuele moeilijkheden.

Sexuele traumata; factoren, die remmend of storend kunnen werken op het sexuele leven.

Onanie problematiek; hiervan willen wij spreken als er schuldgevoelens of een verkeerde voorstelling van zaken hieromtrent bestaan.

Afwijkingen in de coïtusfrequentie; zulks is naar ons inzicht het geval als de coïtus frequentie kleiner is dan vijfmaal per maand dan wel groter dan 20 maal per maand; uiteraard zijn deze getallen arbitrair.

Deze stoornissen, althans vele ervan, zijn nogal frequent, zoals moge blijken uit een onderzoek dat werd uitgevoerd bij 680 echtparen, die de steriliteitspolikliniek bezochten in verband met primaire dan wel secundaire huwelijks-onvruchtbaarheid. Dit patiëntenmateriaal werd onderverdeeld in de volgende acht groepen:

- I Beide partners werden gezien en beiden waren primair steriel: 591 echtparen;
- II beide partners werden gezien en beiden of een van beiden waren secundair steriel: 98 echtparen;
- III beide partners werden gezien en na onderzoek c.q. therapie trad zwangerschap in: 57 echtparen;
- IV alleen de vrouw, primair steriel werd gezien: 68 vrouwen;
- V alleen de man, primair steriel werd gezien: 22 mannen;
- VI alleen de vrouw, secundair steriel werd gezien: 29 vrouwen;
- VII alleen de man, secundair steriel werd gezien: 4 mannen;
- VIII alleen de vrouw, primair dan wel secundair steriel werd gezien en na onderzoek c.q. therapie trad zwangerschap in: 11 vrouwen.

In vorige bijdragen in dit tijdschrift behandelden wij reeds met U de sexuele stoornissen bij de man *, weshalve wij hier de groepen V en VII buiten beschouwing willen laten.

In procenten uitgedrukt werden de volgende stoornissen gevonden:

	I	II	III	IV	VI	VIII
	591	98	57	68	29	11
orgasmestoorissen	35	18	40	40	35	45
libidostoorissen	18	8	20	24	14	27
aversie tegen de coïtus ...	2	—	—	1,5	4	—
dyspareunie	15	12	9	21	14	9
vaginisme	2	1	4	6	—	—
virginiteit	0,22	—	4	1,5	—	—
slechte sexuele						
voorlichting	0,66	—	2	3	—	—
sexuele traumata	5	3	4	7,5	4	9
onanie problemen	0,22	—	—	—	—	—
afwijkingen in de						
coïtus-frequentie	13	12	12	13	12	—

Deze uitkomsten werden verzameld aan de hand van gegevens, vermeld in de ziektegeschiedenissen. Om echter meer gegevens te verkrijgen werd een groep van 65 echtparen nader mondeling geënquête-

* (1958) huisarts en wetenschap 2, 75; (1959) idem 3, 40.

teerd, waarbij bleek, dat vele van de vermelde percentages veel hoger uitvielen en met name, de sexuele voorlichting, in veel meer gevallen afwezig of onvolledig was geweest.

Eerst nog een woord over de normale sexuele relatie tussen man en vrouw. De eupareunie is het uitvoeren van de cohabitatie op zodanige wijze, dat de handeling voor beide partners harmonisch verloopt en beiden worden bevredigd. Bij een normaal gestelde geslachtsdaad kan men de volgende fasen onderscheiden: het voorspel, de immissie van de geëgerde penis, ritmische bewegingen, gevolgd door de ejaculatie en het naspel. Al deze fasen zijn van belang voor het normaal doen verlopen van het geslachtsverkeer tussen man en vrouw. Wanneer een van de fasen ontbreekt of onvolledig aanwezig is, kan het gevolg ervan zijn dat geleidelijk stoornissen kunnen gaan optreden in het sexuele leven. Ook zal het duidelijk zijn dat in elk der factoren afzonderlijk onvolkomenheden kunnen zijn, die eveneens kunnen resulteren in sexuele stoornissen. Vooraf een korte bespreking van elk der factoren.

Het voorspel. Dit dient om beide partners in de juiste stemming te brengen om via sexuele prikkelingen te geraken tot een sexuele excitatie, tot een drang, die ontlading behoeft. Dit voorspel is essentieel, vooral voor de vrouw, omdat deze in tegenstelling tot de man, meer tijd nodig heeft een bepaalde prikkeldrempel te bereiken, met andere woorden het is dus belangrijk dat de vrouw de tijd en gelegenheid krijgt zich aan te passen, waarvoor prikkeling van de verschillende erotische zones noodzakelijk kan zijn.

Immissio penis. Wanneer door het voorspel beide partners psychisch en fysisch de juiste drempel hebben bereikt, kan de immissio penis volgen, die mede door afscheiding van secretieprodukten juist door de voorafgaande sexuele prikkeling, gemakkelijker zal verlopen, waardoor met name bij de vrouw pijn en dergelijke achterwege zullen kunnen blijven. Uiteraard is het noodzakelijk dat hiertoe de penis geëgerd is; een te snel handelen kan storend werken.

Ejaculatio seminis. Onder invloed van ritmische bewegingen van de man en ritmische contracties van de bekkenbodemspieren van de vrouw, wordt het meest gevoelige deel van de penis, de glans penis geleidelijk aan steeds sterker geprikkeld, welke prikkeling de ejaculatie tot gevolg heeft; een proces dat dan niet meer te onderdrukken is. Op dit moment bereikt de man het sexuele acme en treedt spoedig daarna een verslapping van de penis op en een snelle daling van de neuromusculaire spanningen.

Het naspel. Hoewel bij de vrouw reeds voor dan wel tijdens de ejaculatie genotvolle sensaties kunnen optreden, ziet men toch vaak dat deze eerst hun hoogtepunt bereiken spoedig na de ejaculatie, op een moment dus dat het orgasme van de man reeds

zijn hoogtepunt heeft bereikt. Het is dus belangrijk dat de man hiermede rekening houdt en niet te snel de sexuele handeling afbreekt. Eerst dan zal ook de vrouw in fysisch en psychisch opzicht die gevoelens krijgen, die men orgasme noemt.

Wil er sprake zijn van een eupareunie dan moet dus voldaan worden aan een aantal anatomische, fysiologische en psychische voorwaarden.

Anatomische voorwaarden. Wil de cohabitatie zich harmonieus zonder moeilijkheden en zonder pijn kunnen voltrekken, dan moet er dus een zekere relatie bestaan tussen de mannelijke en vrouwelijke geslachtsorganen. Zullen penisafwijkingen slechts zelden een anatomische belemmering impliceren, vaker is dit het geval bij afwijkingen van vulva en vagina. Wij doelen hier speciaal op hymenafwijkingen (hymen persistans en stugge hymenresten), waardoor de coïtus niet, of slechts met pijn en moeite gelukt. In de vagina kan men afwijkingen hebben zoals een septum vaginae, een hypoplasie, een atrofie of een ernstige colpitis, die de cohabitatie bemoeilijken. Zulks kan ook het geval zijn ten gevolge van een prolaps, een prolapsplastiek, een slecht zittend pessarium of een vaginastenose. Tenslotte kan men nog cysten of tumoren aantreffen, die de introïtus vaginae vernauwen.

Fysiologische voorwaarden. Het is bekend dat in de puberteit bijvoorbeeld wel de sexuele drang naar voren komt, doch dat deze nog niet wordt gevolgd door sexuele begeerten. Een en ander is voornamelijk afhankelijk van de hormonale functie van het ovarium.

Bij castratie daarentegen, of in de menopauze, bestaat meestal nog wel de copulatiewens en men kan dan ook zeggen dat het voortbestaan van deze wens grotendeels afhankelijk is van psychosomatische en sociale gewoonten en min of meer onafhankelijk van hormonale invloeden. Wel kan ten gevolge van een uitval van oestrogene hormonen een atrofie van de vagina ontstaan, die een dyspareunie tot gevolg heeft. Begrijpelijk is, dat er bij de geslachtsrijpe vrouw perioden zijn, die een eupareunie in de weg kunnen staan, zoals menstruatie, zwangerschap, climacterium, menopauze en ziekte-toestanden.

Ook hormonale invloeden spelen een rol. Vaak ziet men bij een deficiëntie van oestrogenen (hypoplasie van het genitaalapparaat) een verminderde libido en daardoor minder frequent een eupareunie. Soms gaat toediening van deze hormonen dan ook gepaard met een toename van de „appétit génital”. Van androgene hormonen daarentegen zou men kunnen verwachten dat zij de libido zouden verminderen. Niets is echter minder waar. Immers, men ziet meestal een stijging van de sexuele impuls en als zodanig worden androgene stoffen dan ook wel aangewend bij libidoverlies.

Uitval van de hypofyse, geheel (hypofysectomie) of gedeeltelijk (Sheehan) kan eveneens de libido sterk doen afnemen. Dat ook alimentaire factoren een rol spelen is bekend. Een wel voorziene dis met alco-

holica — champagne is voor vele vrouwen een afrodisiacum — doet de sexuele behoefte toenemen. Ook zijn er nog lokale fysiologische voorwaarden die mede van belang kunnen zijn om een eupareunie te bewerkstelligen.

Onder invloed van prikkels, geur, erotische voorstellingen, kussen, prikkeling van de erogene zones, treedt ook bij de vrouw een erectie op, namelijk van de clitoris, benevens een congestie van de geslachtsorganen. Beide, erectie en congestie, zijn onvoorwaardelijk voor een optimale sexuele bevrediging. De congestie heeft onder meer weer tot gevolg, dat een goede secretie van de klieren is verzekerd, terwijl de excretie van dit secret in de hand wordt gewerkt door onwillekeurige contracties van de spieren, voornamelijk de m. bulbocavernosus. Het gevolg van deze bevochtiging van de vulva is, dat de wrijvingsritmiek van de penis gemakkelijker verloopt.

Dat ook de coïtustechniek, met name voor wat de ligging van de partner aangaat, een eupareunie kan bevorderen mag niet onvermeld blijven. Zal meestal de normale ligging voldoende ter verkrijging van een wederzijds orgasme, bij sommige vrouwen, bij wie de clitoris verder is verwijderd van de introïtus vaginae, kan het contact met de clitoris in deze houding gering en onvoldoende zijn; verandering van de techniek kan dan soms leiden tot een betere bevrediging.

Tot slot nog een enkel woord over de fysiologische afwezigheid van het orgasme. Is er bij de vrouw een zekere sexuele prikkeling ontstaan, dan kan orgasmus achterwege blijven als er bij de man een ejaculatio praecox is, dan wel als de cohabitatie wordt onderbroken, coïtus interruptus, omwille van voorkoming van conceptie. Zulks resulteert in een spanning bij de vrouw, psychisch en fysisch, vaak van langere duur, die zich echter niet kan ontladen, waardoor bij de vrouw een gevoel van onbehagen, van teleurstelling, van gekwetst zijn ontstaat. Is een dergelijk gebeuren frequent, en hoe vaak ziet men de coïtus interruptus niet toegepast als een anti-conceptie, dan zal het resultaat een chronische „pelvis congestion” kunnen zijn die en de fertiliteits-index en de sexuele relatie tussen man en vrouw in zeer ongunstige zin beïnvloedt. Vele vage buik- en rugklachten bij de vrouw zijn er een gevolg van.

Psychische voorwaarden. Wil het geslachtelijke samenzijn resulteren in een harmonieuze beleving, dan is het noodzakelijk dat beide partners niet alleen lichamelijk, doch vooral geestelijk een eenheid vormen, waardoor een volledige overgave aan elkaar mogelijk is en beide geraken tot een optimale bevrediging als resultaat van een eupareunie. Wordt dus de psychische eenheid geschaadt, om welke reden dan ook, dan kan er van eupareunie vaak geen sprake zijn. Niet alleen psychische factoren van het moment kunnen schadelijk zijn, doch ook factoren, waarvan de oorsprong reeds ver in het verleden ligt, zoals oedipuscomplex, penisnijd en protest tegen het vrouwzijn.

Wanneer de vrouw niet alleen lichamelijk, doch ook in sexueel-geestelijk opzicht gerijpt is, ziet men twee verschijnselen op de voorgrond treden: een steeds sterker wordend moederlijk instinct en een integratie van het sexuele leven in het maatschappelijke leven. Kortom de vrouw integreert haar sexuele drift in esthetisch, zedelijk en geestelijk opzicht. Blijft deze integratie uit, dan kan zulks het huwelijksleven nadelig beïnvloeden. Dit kan bijvoorbeeld door een verkeerde sexuele opvoeding en een onjuiste sexuele voorlichting.

Blijkt echter, dat de integratie bij de man onvoldoende is geweest en dat bij hem het sexuele meer op de voorgrond treedt dan het spirituele, dan kan men zich indenken dat de vrouw hierdoor kan worden gekwetst. De vrouw is ook in sexueel opzicht veel kieskeuriger dan de man, iets wat nog al eens door de man wordt vergeten. Veel minder dan de man kan zij zich geven aan een willekeurige partner; haar drang naar sexuele overgave is meer verijnd. Ontactisch optreden, ook in sexueel opzicht, van de man kan de harmonie verstoren. Ook het uitblijven van progentuur kan de sexuele relatie met de partner doen devalueren. Belangrijk is tenslotte dat de man er van doordrongen dient te zijn, dat bij de vrouw niet altijd de juiste stemming aanwezig is om deelachtig te worden aan de cohabitatie, een stemming, die mede afhankelijk kan zijn van sociaal-economische factoren. In dit verband moeten zeker genoemd worden slechte financiële omstandigheden, onvoldoende behuizing en vrees voor zwangerschap.

* * *

Wij zullen nu nader ingaan op de in het begin van dit artikel vermelde stoornissen.

Orgasmestoornissen. Onder anorgasmie zou men kunnen verstaan de onmogelijkheid voor de vrouw tijdens of direct na de cohabitatie een vaginaal orgasme te hebben, bij de aanwezigheid van een goede libido. De frequentie ervan is niet gering, in ons materiaal ongeveer 35 procent, een percentage dat overeenstemt met dat van Adler 33 en Kinsey 30. Uiteraard kan de stoornis in min of meerdere mate ernstig zijn, waarom het goed is een kleine indeling te maken:

- a de anorgasmie is totaal en continu, dat wil zeggen steeds met elke partner, ontbreekt bij de vrouw tijdens de cohabitatie of er na de sexuele bevrediging;
- b de anorgasmie is partieel en niet continu, te weten, nu en dan komt de vrouw wel tot bevrediging, afhankelijk van het tijdstip van de coïtus en de partner. De oorzaken zijn velerlei, organisch en psychisch.

Organische oorzaken. Deze kunnen van algemeen, dan wel van lokale aard zijn. Onder de eerste kan men rekenen, algemene malaise, chronische ziekten, anemie, obesitas, intoxicaties (alcohol, morfine). Onder de lokale oorzaken kunnen worden gerekend,

een te grote afstand tussen clitoris en introïtus vaginae, teleclitoridie genoemd door Franse sexuologen, genitaal infantilisme, clitoridectomie en verschillende afwijkingen van vulva, vagina en naburige organen.

Een apart woord over endocrine factoren. Zowel een tekort als een teveel aan oestrogene stoffen kunnen het orgasme in nadelige zin beïnvloeden. Echter ook extra-gonadale hormonale stoornissen kunnen orgasmusstoornissen in de hand werken, zoals diabetes, hypofysestoornissen (adiposogenitaal syndroom, acromegalie, Simmond'se ziekte, de ziekte van Cushing), stoornissen in de bijnierfunctie (m. Addison en adrenogenitaal syndroom), schildklierfunctiestoornissen (myxoedeem).

Psychische oorzaken. Vaker dan organische zullen psychische factoren een rol spelen bij stoornissen in het orgasme. Wij zullen de voornaamste hier laten volgen. Invloeden van het milieu, het gezin en de maatschappij kunnen onmiskenbaar zijn. De rol van de partner is eveneens vaak oorzakelijk bij stoornissen „in sexualibus”; zo kan de man in lichamelijk en/of geestelijk opzicht inadequaet zijn voor de vrouw; hij beheerst in onvoldoende mate het zoeken van toenadering, kortom de kennis omtrent de „ars amandi” ontbreekt hem.

Wanneer de vrouw geruime tijd geonaneerd heeft, clitorisonanie, wel te verstaan, dan kan eveneens bij de coïtus het orgasme uitblijven. Onnodig te zeggen dat zware neurosen en psychosen eveneens sturend kunnen inwerken op het sexuele leven.

Libidostoornissen. In tegenstelling tot orgasme-stoornissen ontbreekt het hier aan de behoefte tot ontlading van de sexuele energie. Er bestaat bij de vrouw geen, of slechts een geringe wens naar sexueel contact. En zo dit toch plaats vindt is het omwille van de man of met grote tegenzin. Begrijpelijk is het dat ook hier de bevrediging meestal zal uitblijven.

Evenals bij de orgasmestoornissen kunnen de oorzaken weer velerlei zijn, organisch, in algemene en lokale zin, en psychisch. Alleen is de stoornis hier sterker, omdat ook de drang ontbreekt, een toestand die men wel frigiditeit noemt. Afgezien van ernstige psychische afwijkingen en ernstige sexuele aberraties is de frigiditeit slechts zelden primair. Meestal is zij een gevolg van een samenspel van factoren, die de libido steeds meer uitdoven. Dat de man vaak de oorzaak is — ontrouw, ontactisch optreden reeds vanaf het begin van het huwelijk — moet hier nog eens worden onderstreept. Ook de vrees voor een nieuwe zwangerschap is vaak de oorzaak.

Aversie tegen de coïtus. Bedoeld wordt hier de coïtus met de eigen partner. Primair zal deze aversie wel uitermate zeldzaam zijn, doch ook hier weer zijn er factoren, vooral psychogene, die bij de vrouw geleidelijk aan deze aversie doen ontstaan. De oorzaken zijn dezelfde als juist genoemd, doch hier, nog

meer dan bij de voorgaande stoornissen wellicht, spelen ontrouw en het verlies van aantrekkingskracht van de man op de vrouw een grote rol (extramatrimoniael verkeer, alcoholisme, geestelijk of lichamelijk gebrek of ziekte bij de man). Het blijkt dat zulke vrouwen na een verbreking van de relatie met een andere partner een volkomen normale en bevredigende sexuele relatie kunnen hebben.

Dyspareunie. Deze stoornissen, waarbij dus de copulatie moeilijk verloopt door de pijngevoelens bij de vrouw, is evenmin zeldzaam. Wij vonden dit symptoom, want het is geen ziekte of syndroom, aanwezig in ruim 14 procent van onze patiënten. Dat dit symptoom vaak orgasme- en libidostoornissen tot gevolg heeft laat zich verstaan.

Hoewel de dyspareunie meestal door organische lokale afwijkingen wordt veroorzaakt kan het niet uitsluiten, dat de psyche van de patiënt hierdoor wordt geraakt. Deze psychische factoren onderhouden dan weer op hun beurt de dyspareunie, kortom, de vicieuze cirkel wordt gesloten. Daarnaast spelen ook gecombineerde factoren, de psychosomatische, een rol. Zo men wil kan men ook de dyspareunie onderverdelen:

- a oppervlakkige dyspareunie, dat wil zeggen de vrouw ondervindt pijn bij de introitus vaginae;
- b diepe dyspareunie, dat wil zeggen de vrouw voelt eerst pijn als de penis diep in de vagina komt;
- c een combinatie van a en b, de zogenaamde totale dyspareunie.

De vorm onder b is het meest frequent, de vorm onder a is eerder te zien als een lichte vorm van vaginisme. Zeer vaak treedt de dyspareunie op bij de pas gehuwde vrouw — „honeymoon dyspareunia” — een dyspareunie, die dan meestal na enkele maanden verdwijnt nadat de introitus en de vagina meer gewend zijn geraakt aan het sexuele verkeer; het is hier dus een tijdelijk symptoom ten gevolge van een anatomisch nog niet aangepast zijn. Het is echter ook mogelijk, dat zij eerst later ontstaat nadat het sexuele leven reeds vele jaren tot dan toe ongestoord was verlopen.

Een analyse van de oorzakelijke factoren geeft ons het volgende beeld:

Oppervlakkige dyspareunie. Deze kan traumatisch worden veroorzaakt door (hymenscheuren tengevolge van defloratie of partus met ulceratieve restverschijnselen, rigiditeit van het hymen en paalwondingen), tengevolge van ontstekingen (vulvovaginitis, urethritis, ontsteking van de klieren van Skeene, bartholinitis, periurethritis en irritatie tengevolge van fluor), hormonaal (ondiepe en enge vagina zoals bij genitaal-infantilisme, in de menopauze en na castratie), chirurgisch (na een achterwandplastiek en herstel van perineumrupturen), dermatologisch (herpes, eczeem, pruritus vulvae, anaal-fissuren, urethrapoliëpen, leukoplakie, kraurosis vulvae en tengevolge van lokale röntgen- en/of

radiumapplicatie), gynaecologisch (bij een proplaps) en congenitaal (te kleine en nauwe vagina, septum vaginae, vaginaalstenose).

Diepe dyspareunie. Deze kan worden veroorzaakt door retroflexio uteri, ontstekingsletsels in het kleine bekken, „pelvic congestion”, endometriosis, cervixrupturen, tubo-ovariële varicosis, anticonceptionele pessaria en overgevoeligheid voor het rubber van condomen.

In een aantal gevallen ontbreekt het aan organische afwijkingen en moet men rekening houden met psychische factoren. Hierbij vooral kan de dyspareunie secundair ontstaan. Als psychogene momenten kunnen worden genoemd van de kant van de vrouw, een langdurige coelibaat, latente of aperte homosexualiteit, een verbroken vroegere liefde, een huwelijk uit berekening, vrees voor zwangerschap, bang niet zwanger te zullen worden, cancerofobie, kortom alle mogelijke omstandigheden die een afweer impliceren tegen de partner of de sexuele handeling in het bijzonder.

Vaginisme. Ook vaginisme is een lang niet zeldzame afwijking, die vaak de partners in ernstige psychosexuele moeilijkheden brengt. Meestal is de oorzaak psychogeen, doch soms is zij ontstaan op organische basis, bijvoorbeeld een hymen persistans, waardoor elke coïtus opnieuw voor de vrouw een angstige en pijnlijke belevenis is geworden. Ten gevolge van het vaginisme is de cohabitatie meestal niet uitvoerbaar, doch soms is er nog sprake van een zeer onvolledige poging daartoe. Het is de copulatie zelf, die het voortduren van het vaginisme in de hand werkt. Door een hyperesthesie en een reflectorische contractuur van de vulvovaginale musculatuur wordt het vaginisme tot stand gebracht en de prikkel hiertoe is de copulatie dan wel het vaginale onderzoek. Bij onderzoek blijkt dat de vrouw anatomisch vrijwel altijd volkomen normaal is en dat geen afwijkingen kunnen worden ontdekt. Merkwaardig is dat men niet kan voorzien of kan voorspellen of een vrouw later vaginisme kan krijgen.

Het vaginisme ontstaat meestal „zo maar” bij de eerste pogingen tot sexueel verkeer bij de vrouw, die tot dan toe nog virgo is. Ongetwijfeld speelt de partner een rol bij het ontstaan ervan, bijvoorbeeld door zijn onhandige, ontaktische en brute optreden. Men kan onderscheid maken tussen primair vaginisme, dit is de meest frequente en meest ernstige vorm, zonder aantoonbare anatomische oorzaak — het zijn vaak neurotische vrouwen die hieraan lijden — en secundair vaginisme, waarbij wel anatomische afwijkingen aanwezig zijn, waarvan de behandeling meestal een genezing impliceert. Wel moet worden gezegd, dat toch ook hier vaak een neurotische basis aanwezig is. Tenslotte is er nog een vorm van vaginisme, die ontstaan kan tengevolge van de uitval van het oestrogene hormoon; hierdoor kan een vaginaatrofie ontstaan met vaginisme als mogelijk gevolg.

Virginiteit. Het komt nog wel eens voor dat, bijvoorbeeld bij onderzoek in verband met kinderloosheid, bij de vrouw, hoewel enkele jaren gehuwd, een hymen intacta wordt aangetroffen. Uiteraard kan de oorzaak bij de partner liggen (impotentia coeundie) of is onwetendheid inzake de geslachts-gemeenschap er de oorzaak van. Vaker echter moet de oorzaak worden gezocht in anatomische afwijkingen bij de vrouw. Men onderscheidt:

Hymen imperforata. Dit is een congenitale afwijking waarbij het hymen niet is doorboord met als gevolg een amenorroe en hematocolpos. Soms gaat zulks gepaard met andere congenitale afwijkingen in de tractus genitalis (uterus didelphys);

congenitale afwijkingen van de vagina. Er is meestal wel een vulva die echter ondiep is en blind eindigt. Afgezien van de amenorroe blijkt, dat vaak ook andere congenitale afwijkingen aanwezig zijn (misvormingen van de urinewegen, afwezigheid van de uterus);

een transversaal diafragma in de vagina. Meestal is dit schot wel doorboord doch belemmert het de copulatie. Het is gelegen achter het hymen, zodat men ten onrechte de indruk kan krijgen dat er een hymen persistans is;

een longitudinaal diafragma in de vagina. Vaak gaat dit gepaard met de vorming van een volledige dubbele vagina alsook een dubbele uterus. Naast cohabitatiestoornissen ziet men ook vaak dysmenorroe en steriliteit;

hermaphroditismus, pseudohermaphroditismus en adrenogenitaal syndroom. Bij deze afwijkingen kan men een afsluiting hebben van de vagina door een membraan, waardoor men de indruk kan krijgen dat de vagina afwezig is. Vaak echter blijkt dat, na excisie van deze membraan, een vagina wordt aangetroffen, waardoor de anatomische onmogelijkheid tot cohabitatie wordt opgeheven. En tenslotte hymen persistans. Het hymen is wel doorboord en maakt dus de menstruatie mogelijk, echter het hymen is zo stug dat de cohabitatie bemoeilijkt, zo niet onmogelijk wordt. De defloratie wordt aldus onmogelijk. Uitdrukkelijk zij hier vermeld dat een hymen persistans een conceptie niet in de weg hoeft te staan.

Slechte sexuele voorlichting. Op zichzelf vormt het ontbreken hiervan geen sexuele stoornis, doch maar al te vaak is zij de aanleiding tot het ontstaan ervan. In de door ons vermelde groepen leek ogenschijnlijk dat van onvoldoende sexuele voorlichting slechts zelden sprake was. Bij 65 echtparen uit de groepen I, II en III werd echter een nader onderzoek gedaan naar psychosomatische factoren en werd in de vorm van een mondelinge enquête een gerichte anamnese opgenomen. Nu bleek dat bij de vrouw in 50 procent de sexuele voorlichting onvoldoende was geweest, bij de man was dit percentage 45 procent. Dit bewijst weer eens dat het zaak is op tactische wijze de vragen te stellen, omdat, begrijpelijk, bij de vrouw nog meer dan bij de man, een zekere weerstand moet worden overwonnen al-

vorens de patiënt bereid is eerlijk en oprecht de vragen te beantwoorden. Deze weerstand zal bij de huisarts makkelijker zijn te overwinnen dan in de spreekkamer van de onbekende specialist. Het ware wenselijk op dit punt nog enige vooruitgang te bereiken. Met name is het raadzaam dat op verloofden cursussen, bij onderzoek voor het huwelijk en dergelijke, nader zou worden ingegaan op vruchtbaarheid, onvruchtbaarheid, conceptie en anticonceptie, alsook op de technische en psychosomatische aspecten van de huwelijksbeleving.

Het is dagelijks opnieuw een ervaringsfeit, dat zoveel vrouwen noch op de hoogte zijn van vruchtbare en onvruchtbare dagen, noch bekend zijn met de „ars amandi”, wat meestal in gelijke mate voor de partners geldt. Naast vage lichamelijke klachten kunnen ook psychische klachten ontstaan ten gevolge van sexuele onwetendheid en sexuele stoornissen en de arts dient deze orgaantaal wel te verstaan omdat dan de buik- en rugklachten na een enkel advies vaak zijn te verhelpen. Maar al te vaak blijkt ons op het gynecologisch spreekuur, dat de chronische klachten onder in de buik, de chronische fluor en de menstruatiestoornissen, vooral menorrhagie, een afspiegeling zijn van sexuele moeilijkheden. Zeer bekend, zelfs berucht zijn fluor, dysmenorroe en hypermenorroe als protestsyndroom tegen het sexuele, bijvoorbeeld wanneer de vrouw bevreesd is voor een nieuwe zwangerschap. Men krijgt vaak de indruk dat hier nog een werkerterrein braak ligt.

Sexuele traumata. Soms vindt men in de anamnese sexuele stoornissen, die terug te voeren zijn op een ernstig psychisch trauma op sexueel gebied. Bij ons onderzoek bleek, dat hiervan mogelijk sprake was bij circa 4,5 procent van de patiënten. Omdat deze traumata van velerlei aard kunnen zijn laten wij hier de traumata volgen, die wij bij de vrouwen van ons patiëntenmateriaal tegenkwamen en die mogelijk een verklaring inhielden voor de sexuele stoornis en/of steriliteit. De volgende factoren waren een of meerdere malen aanwezig.

Sexuele omgang voor het huwelijk, al dan niet onder protest, met dientengevolge schuldgevoelens; aanranding, verkrachting; de idee, dat de vrouw meent te nauw te zijn; de vrees tijdens de cohabitatie te worden gehoord of gezien (onvrijheid door inwoning); enuresis diurna et nocturna, waarbij de enuresis mogelijk als orgasmeëquivalent kan worden gezien; frigiditeit tengevolge van prostitutie van de moeder; verkeerde sexuele toenadering van de man, het ontbreken van een „voorspel” en van de „ars amandi”; het overlijden van de moeder direct post partum; teleurstelling in de eerste huwelijksnacht of omdat cohabitatie pas na maanden plaats vond; het niet accepteren van de man als sexuele partner; psychosexueel infantilisme; de idee, dat het sexuele zinloos is als progenituur toch uitblijft; het bevreesd zijn voor zwangerschap gezien de gezondheidstoestand; sexuele onwetendheid; echtscheiding van de man wegens kinderloosheid; een geslachtsziekte verkregen door de eerste man; masochisme; sadisme;

schuldgevoelens over een extramatrimoniale relatie en een gedwongen huwelijk tengevolge van zwangerschap.

Onanie problematiek. Ogenscheinlijk was hiervan slechts zelden sprake, doch bij de mondelinge enquête bleek dat bij de man in 31 procent en bij de vrouw in 4,5 procent ten aanzien hiervan problemen bestonden. Hoewel in mindere mate dan bij de man kunnen ook bij de vrouw schuldgevoelens ontstaan over een vroegere periode van onanie. Wanneer een meisje in de puberteit onaneert kan zulks later zijn terugslag geven op de huwelijksbeleving, zeker wanneer angstcomplexen en gevoelens van schuld hand in hand gaan met de onanie. Voorlichting en geruststelling zullen ook hier preventief kunnen werken omdat toch slechts zelden sprake zal zijn van een psychopathologische onanie.

Op latere leeftijd, vooral bij de geslachtsrijpe vrouw, kan een zogenaamde nood-onanie voorkomen, wanneer zij als ongehuwde op geen andere wijze in staat is tot een seksueel orgasme te geraken. Ook deze vorm behoeft niet pathologisch te zijn, wanneer patiënte daarna tot een huwelijk komt, met andere woorden, seksuele stoornissen behoeven niet het gevolg te zijn van deze onanie. Wel pathologisch is de homosexualiteit, waarbij het kan komen tot een mutuele onanie. De vrouw, later gehuwd, kan dan tengevolge van deze psychosexuele afwijking in de huwelijksbeleving niet de juiste bevrediging vinden. Tenslotte kan ook een chronische clitoris-onanie die in het huwelijk wordt voortgezet, zijn terugslag geven op het seksuele leven van de vrouw. Doch nogmaals zij gezegd dat bij de vrouw de onanie-problematiek en haar eventuele gevolgen veel minder frequent zijn dan bij de man.

Afwijkingen in de coïtusfrequentie. Meestal heeft de afwijking in de frequentie betrekking op een zeer lage frequentie. Velerlei factoren spelen hierbij een rol, factoren die zowel bij de man als bij de vrouw kunnen liggen. Altijd gaat zij wel gepaard met andere seksuele stoornissen en vrijwel steeds is zij ook een gevolg van deze stoornissen, die hun oorsprong zowel in het organische als psychische vlak kunnen hebben.

Hoewel het moeilijk is een grens te trekken tussen normale en abnormale lage frequentie, wij gaven een frequentie van vijfmaal per maand, moet toch worden gezegd dat bij jongehuwden, tenzij er contraïndicaties zijn, bijvoorbeeld zwangerschap of ziekte, de juist genoemde frequentie wel bijzonder laag is. Lang niet altijd echter zijn er organische of psychische afwijkingen in het spel, doch berust een en ander op milieu- en sociale factoren: een strenge opvoeding, een drukke en onregelmatige werkkring, waardoor de man vaak van huis is en wanneer man en vrouw werken waardoor er te weinig tijd kan overblijven voor een goede huwelijksbeleving in lichamelijke en geestelijke opzicht. Toch kan de andere partner somtijds gebukt gaan onder dit gemis of kan de libido door deze gewoonten langzaam maar ze-

ker minder worden. Vooral dit soort gevallen zal een advies makkelijk zijn te geven. Ook zijn er nog wel echtparen, tot dan toe kinderloos, die slechts in de vruchtbare dagen gemeenschap hebben omdat zij menen dat bij een hogere frequentie de vruchtbaarheid kan worden geschaad. Ondanks de behoefte wordt de frequentie laag gehouden. Hier kan eveneens een voorlichtend woord het huwelijksgeluk doen toenemen.

Veel minder zeldzaam zijn de huwelijken waar de frequentie zeer hoog is, bijvoorbeeld een tot tweemaal per dag. Bij ons patiëntenmateriaal, echtparen die ons vanwege hun kinderloosheid consulteerden, kwam het een enkele maal voor dat er sprake was van deze hoge frequentie. Meestal bleek dat dit tegen de zin van de vrouw was, omdat zij zich ging zien als een object dat moest dienen ter seksuele bevrediging van de man. Zij ondervond dit als een vernedering, als een slaafse onderworpenheid, die tenslotte resulteerde in een frigiditeit. Vaak is er sprake van een hypersexualiteit tot ongenoegen van de andere partner. Een enkele maal bestaat bij beide partners deze dagelijkse behoefte en het valt dan op, dat de huwelijksbeleving in feite seksuele perversiteiten impliceert die vroeg of laat tegen gaan staan, waardoor de huwelijksband losser kan gaan worden als het seksuele leven begint te tanen. Men treft onder deze patiënten dan ook wel personen aan, die zich schuldig maken aan allerlei seksuele delicten wanneer thuis de seksuele energie niet kan worden ontladen.

Het zal wel bijzonder zeldzaam zijn dat bij het echtpaar de mening bestaat dat, hoe hoger de frequentie is, des te groter de kans op progenituur bestaat. Kortom, ook in deze gevallen zal vaak een advies zijn gewenst.

Men kan de behandeling van deze stoornissen in grote lijnen als volgt indelen: preventief, organisch, hormonaal en psychotherapeutisch.

Preventief. We zien deze preventieve maatregelen vooral in een optimale psychohygiënische ontplooiing van het individu, waarbij in dit verband de seksuele educatie, de voorlichting op een tijdig moment en een gesprek en onderzoek voor het huwelijk met name moeten worden genoemd. Daarenboven zien wij heil in cursussen voor verloofden en jongehuwden en in openhartige, eerlijke en subjectieve voorlichting via de ons ten dienste staande communicatiemiddelen. Op deze wijze zullen voor ons gevoel veel leed en seksuele nood kunnen worden voorkomen en daarmee de problemen die ook maatschappelijk van zoveel importantie kunnen zijn. Een tijdige en juiste oplossing van deze problematiek is van grote waarde voor een optimale geestelijke volksgezondheid. De huisarts neemt in dit verband een grote plaats in en slechts door zijn bemoeienissen in deze kan het gewenste doel worden bereikt.

Organisch. Wanneer de preventie optimaal zou zijn, zouden verschillende organische afwijkingen, die aanleiding geven tot seksuele stoornissen bij de

vrouw in het bijzonder en in het huwelijk in het algemeen, reeds tevoren zijn verholpen. Echter zullen meer afwijkingen eerst in het huwelijk aan het licht komen en dan is het zaak, dat tijdig en tactisch wordt ingegrepen. In dit verband een voorbeeld. Een patiënte met een sedert jaren bestaand vaginisme was als jong meisje enkele malen door een gynaecoloog onderzocht voor fluorklachten. Onder meer kreeg zij te horen, dat zij veel te nauw was geschapen. Tegen de eerste huwelijksnacht zag zij dientengevolge op. Ook een hymenplastiek kon toen geen therapeutisch effect meer bewerkstelligen. Zeker waar het organische afwijkingen betreft, die nauw samenhangen met de sexuele functie, is een tactische benadering van het probleem van bijzonder veel waarde.

Hormonaal. In sommige gevallen, namelijk libidostornissen en dyspareunie, zal de organische of psychotherapeutische behandeling hormonaal kunnen worden ondersteund, doch ook hier is het raadzaam, dat het betreffende hormoon op indicatie moet worden gegeven en dat niet zo maar een hormoon wordt geïnjecteerd als de vrouw bijvoorbeeld frigide is. Een samenspel van factoren is hier meestal aanwezig en in teamverband — psychiater, gynaecoloog en huisarts — kan de betreffende medicatie een algehele genezing of verbetering bewerkstelligen. Bij libidostornissen moeten in dit verband worden genoemd oestrogene stoffen en ook wel testosteron (cave: virilisatie). Bij dyspareunie tengevolge van lokale afwijkingen (kolpitis, vaginaatrofie en dergelijke) moet het Ovestine als waardevol middel worden genoemd.

Psychotherapeutisch. De huisarts zal in vele gevallen de psychotherapie kunnen toepassen bij zijn patiënt als de oorzakelijke stoornis niet te diep is gelegen. Een waardevol advies, een suggestief gesprek, een persuasieve raad kunnen vaak tot frappante successen leiden. In dit verband doet zich de vraag voor of de huisarts een afwachtende houding moet innemen en eerst tot hulp moet overgaan als de patiënt er nadrukkelijk om vraagt. Vaak zal dit inderdaad de juiste instelling zijn. Doch iedereen kent gevallen, dat de patiënt zich bevrijd voelt van een zware last als de huisarts zelf het initiatief neemt wanneer hij sexuele nood veronderstelt. Onnodig te zeggen dat hier ook weer een tactvolle benadering van het probleem een dwingende eis is. Wij herinneren ons een meisje dat ons bezocht met heftige pijnen, die zouden zijn gelocaliseerd rondom en in de vulva. Bij onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. De kortsluiting met onanieproblematiek was snel vastgesteld. Het bleek dat zij daaronder zeer depressief was en er schuldgevoelens over had, die zich openbaarden in haar klachten van heftige pijn. Voorlichting, geruststelling en enkele gesprekken deden patiënte snel genezen. Vele patiënten spreken orgaantaal als er in wezen sexuele problemen bestaan. Klachten onder in de buik, rugpijn en dergelijke zijn zeer vaak een reden,

nog liever een „nette reden” om de arts te bezoeken. Een „nette oplossing”, dat wil zeggen er wordt niet over sexuele zaken gesproken, betekent voor deze patiënt geen oplossing. In elk individueel geval zal moeten worden bekeken of de arts in deze richting zijn vragen moet gaan stellen. Bij ernstige psychogene stoornissen zal de hulp van de psychotherapeut niet kunnen worden gemist en is een langdurige psychotherapie of zelfs een psychoanalyse noodzakelijk.

Niet mag worden vergeten, dat er helaas nog vele gevallen zijn, die therapieresistent zijn, omdat de stoornis reeds te lang bestaat of doordat de patiënt niet actief medewerkt dan wel dat de omgeving, het milieu, remmend werken op de genezing. In zulke gevallen zal de hulp van de huisarts en de psychiatrisch geschoolde maatschappelijk werkster vaak onmisbaar zijn. Dat de psychotherapie vaak medicamenteus moet worden ondersteund is begrijpelijk. Tenslotte kan ook hypnose een waardevol therapeuticum zijn.

Met enkele sprekende ziektegevallen willen wij tot besluit het voorgaande illustreren.

Patiënte A., is drie jaar gehuwd en tot dan toe kinderloos. Ze heeft onder meer een anorgasmie en een aversie tegen de coïtus en sinds enige tijd ook geen libido meer. Deze stoornissen zijn geleidelijk aan ontstaan toen kinderzegen uitbleef. Bij psychosomatisch onderzoek blijkt dat de vrouw sinds zij vermoedt dat zij steriel is, elke sexuele interesse heeft verloren. Het sexuele is immers toch zinloos voor haar als procreatie uitblijft? Na enige gesprekken en voorlichting gelukt het de anorgasmie te genezen.

Patiënte B., 19 jaar gehuwd, heeft 1 kind en vijfmaal een abortus gehad. De coïtusfrequentie is zeer gering, namelijk eenmaal per maand. In het begin van het huwelijk kreeg de vrouw vaak slaag van haar man. Toen deze in gevangenschap raakte had zij vaak omgang met andere mannen. Nadat de man weer thuis was gekomen bleek de vrouw geen libido meer te hebben. Psychosomatisch onderzoek bracht een ongunstige jeugdsituatie, een strenge stiefmoeder en onder meer ook een masochistische tendens aan het licht. Nu de man haar niet meer slaat sinds zijn gevangenschap, is haar libido verdwenen, ook al door het feit dat zij schuldgevoelens heeft over haar gedrag tijdens zijn afwezigheid. Ook gevoelt zij ten opzichte van haar man een strafbehoefte, zich onder meer uitend in het libidoverlies. De problematiek van de libidostornis ligt hier dieper en is prognostisch ongunstig.

Patiënte C., zes jaar gehuwd, bezocht met haar man het spreekuur wegens kinderloosheid. Aldra blijkt de coïtusfrequentie een- tot tweemaal per jaar te zijn. De oorzaak hiervan moet worden gezocht in een aversie van de vrouw tegen de coïtus tengevolge van een „penisfobie”. Als jong meisje van 17 jaar is zij eens op een avond tegemoet getreden op een stille buitenweg door een exhibitionerende man. De ontblote penis bracht haar in een panische angst met als gevolg nu nog een afkeer voor de coïtus. Deze coïtusaversie kon na enkele zittingen worden weggenomen.

Patiënte D., drie jaar gehuwd, vertelt, dat in het eerste jaar van het huwelijk de coïtus zeer pijnlijk was en dat daardoor de frequentie zeer gering was. Organisch waren er geen afwijkingen. Bij navraag blijkt dat de moeder van patiënte op 27-jarige leeftijd in het kraambed suicide pleegde tijdens een amentieële psychose. Onze patiënte vertelde in het begin angstig te zijn geweest voor zwangerschap en voor haar was de dyspareunie een mogelijkheid om de coïtusfrequentie en daardoor de kans op zwangerschap te doen afnemen.

Patiënte E., twee jaar gehuwd, had vanaf het begin van het huwelijk vaginisme. Patiënte was onvoorbereid het huwelijk ingegaan, en was met name in psychosexueel opzicht onvol-

doende ontwikkeld. Haar jeugd was moeilijk en vol conflict-situaties. Ten onrechte werd dit vaginisme somatisch, met een hymenplastiek, behandeld. Zoals vaak, bleek ook hier de partner een grote rol te spelen bij het ontstaan en het voortbestaan van deze stoornis; de man is sexueel onervaren, geremd en preuts en dit bevordert weer het vaginisme. Het mislukken van de cohabitatie deed bij de man erectiestoornissen ontstaan, waardoor hij een aperte angst voor de vagina heeft, een faalangst. Nu, na jaren psychotherapie, is de toestand zeer verbeterd, met name het vaginisme is verdwenen doch de erectie en de ejaculatie van de partner zijn nog niet optimaal.

Patiënte F., is zes jaar gehuwd en kinderloos. Ze vertelt dat de coïtus wat moeilijk verloopt, niettemin heeft zij meestal wel orgasme. De libido is wisselend. Bij onderzoek blijkt patiënte virgo te zijn. Adviezen nopens de coïtustechniek blijken voorspoedig te zijn geweest, want patiënte wordt weldra zwanger. Hier bestond dus in een zesjarig huwelijk een virginiteit, die en het huwelijksleven bemoeilijkte en de conceptie nodeloos lang uitstelde.

Patiënte G., drie jaar gehuwd, is evenmin als haar partner voldoende voorgelicht met als gevolg ernstige stoornissen in de huwelijksbeleving. De vrouw heeft nooit orgasme en zij voelt de immissio penis niet. Het blijkt dat er de eerste zeven maanden van het huwelijk nooit gecohabiteerd is, omdat man en vrouw eerst nog aan elkaar moesten wennen. En toen na deze periode de cohabitatie plaats vond waren er direct moeilijkheden; de immissie lukte slecht met als gevolg vaak ejaculatio praecox. Bij de vrouw is de libido daarna snel afgenomen. Zij is teleurgesteld dat niet direct in het begin van het huwelijk ook het sexuele leven is begonnen. Evenwel durfde zij er met haar man niet over te praten. De partner vertelde, dat hij zijn vrouw liever eerst wat wilde ontzien omdat ze zo'n heimwee had. Tengevolge van het uitblijven van sexuele voorlichting is een ernstige stoornis in de huwelijksbeleving ontstaan, die niet direct kon worden opgelost.

Patiënte H., vijf jaar gehuwd, heeft een geringe libido, ze is erg nerveus en heeft een dysmenorroe. Voor haar huwelijk is ze door haar toekomstige man op brute wijze gedwongen tot geslachtsverkeer, waarbij coïtus interruptus werd toegepast. Ook nu beklagt zij zich erover, dat haar man de „ars amandi" niet kent en haar sexuele gevoelens en wensen niet respecteert. Ook in dit huwelijk valt het niet licht de ingewortelde gewoonte uit te roeien en de huwelijksbeleving in goede banen te leiden.

Patiënte I., drie jaar gehuwd, beklagt zich erover dat orgasme bij de coïtus uitblijft. Zij ondervindt wel orgasme bij onanie, die ze buiten haar man om bedrijft. Als jong meisje heeft ze veel geonaneerd en is hier sterk aan gefixeerd. Er is ook sprake van schuldgevoelens hierover. Na een openhartig gesprek met haar, haar man en na het geven van enkele technische adviezen over de coïtustechniek treedt geleidelijk aan een verbetering op.

Patiënte J., acht jaar gehuwd, vraagt advies wegens kinderloosheid. Reeds drie jaar voor het huwelijk had zij frequent geslachtsverkeer met haar toekomstige man. Eveneens blijkt dat zij ruim zes jaar een occlusief pessarium had ter voorkoming van zwangerschap. Sinds anderhalf jaar bestaat dus de kinderwens. Bij het opnemen van de sexuele anamnese blijkt, dat vanaf het begin van het huwelijk de coïtus een- tot tweemaal daags wordt uitgevoerd, steeds met een uitvoerig voorspel. Cunnilingus en fellatio penis behoren hiertoe. Ook blijkt het echtpaar een speciale vocabulaire te hanteren wanneer het over sexuele zaken spreekt. In verband met het onderzoek is het moeilijk te bewegen tot een sexuele onthouding van enkele dagen; voor een cohabitatieschema met betrekking tot de vruchtbare dagen voelt het echtpaar niets. Beiden maken de indruk een gelukkig huwelijksleven te leiden en bij zorgvuldige navraag blijkt, dat bij de vrouw eigenlijk geen directe kinderwens bestaat. De versterkte libido heeft tot heden nog niet tot stoornissen geleid, doch wanneer conceptie zal uitblijven en het echtpaar ouder wordt moet toch rekening worden gehouden met moeilijkheden.

Patiënte K., dertien jaar kinderloos gehuwd, vertelt dat de laatste vier jaar geen cohabitatie meer heeft plaats gevonden. De libido bij de vrouw is sterk aanwezig, bij de man daarentegen afwezig. Hij heeft nooit orgasme en geen sexuele interesse meer in zijn eigen vrouw, wel heeft hij een grote liefde voor haar. Bij de man is er wel een sexuele aantrekkingskracht door andere vrouwen, waaraan hij echter niet toegeeft om morele redenen. Bij zijn eigen vrouw komt hij moeilijk tot erectie; hij komt daartoe wel als hij andere vrouwen ziet. Psychiatrisch onderzoek brengt aan het licht dat de vrouw de man in sterke mate overheerst, wat castrerend op de man werkt. Ze ziet op hem neer omdat hij weinig potent is. De man is overhaast met haar getrouwd omdat hij merkte dat zij omgang had met haar werkgever. Hij blijkt tevens zeer infantielneurotisch te zijn. Ondanks vele psychotherapeutische gesprekken is weinig resultaat te bemerken.

Uit voornoemde gevallen — van elke besproken stoornis werd een voorbeeld gegeven — blijkt wel dat het raadzaam is, dat de stoornis tijdig wordt ontdekt en behandeld, omdat de duur ervan vaak omgekeerd evenredig is met het therapeutisch effect. Hoe eerder de behandeling, hoe meer kans op succes. Doch nog belangrijker is de preventie van deze stoornissen op een wijze, zoals werd aangegeven. Hier toch ligt een belangrijke taak voor ieder, die zich inzet voor een optimale geestelijke en lichamelijke volksgezondheid, een taak waarbij de huisarts een grote en onmisbare rol speelt.

REFERATEN

De artikelen, besproken in de met een nummer gemerkte referaten, kan men schriftelijk ter inzage vragen bij J. G. Antvelink, Spoorstraat 24, Schoonhoven

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

60—018. Having feelings about patients. Ewing, J. A. (1960) *Practitioner* 184, 70.

Zowel bij ons medische werk als daarbuiten wordt ons denken en handelen voortdurend emotioneel beïnvloed door de gevoelens, die het contact met andere mensen in ons oproept. Is men zich bewust van de affectieve beïnvloeding van onze relatie met de patiënt, dan kan men daar gebruik van maken bij de behandeling. Daarvoor is ten eerste nodig, dat deze gevoelens worden onderkend, dat vervolgens naar hun oorsprong wordt gezocht en tenslotte, dat de arts deze gevoelens leert beheersen en gebruiken.

Bij de hiervoor noodzakelijke kritische zelfobservatie zijn verschillende punten van belang. De houding van de arts tegen-

over de patiënt varieert naar gelang sexe, leeftijd en sociale klasse. Voelen we ons verheugd of geïrriteerd in afwachting van de binnenkomst van de volgende patiënt? Hebben we iets vergeten bij het onderzoek of bij het maken van een afspraak, dan is dat dikwijls een uiting van negatieve gevoelens. Kunnen we niet lang genoeg naar een patiënt luisteren en zijn we te gehaast, dan dienen we ons af te vragen: „Verveelt deze patiënt mij en zo ja, waarom?" Een andere manier om niet naar de patiënt te willen luisteren is zelf te veel aan het woord te willen zijn. We spreken vooral gaarne teveel met de veeleisende, afhankelijke patiënt. Het optimistische bagatelliseren van de klachten, die wij niet au sérieux wensen te nemen is een onbewust verlangen van de arts, de pa-