

# Seksuele moeilijkheden bij de gewone mens

DOOR E. DE WIND, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

Seksuologische publikaties beschrijven in het algemeen betrekkelijk ernstige stoornissen bij geestelijk min of meer afwijkende mensen. Dit suggereert dat het overige mensdom — zij, die zich „seksueel normaal” noemen — geen moeilijkheden op seksueel gebied zou kennen, respectievelijk nooit seksuologische hulp zou behoeven.

De werkelijkheid ligt geheel anders en wordt misschien het best getypeerd door een opmerking van Stendhal. Hij beschrijft drie officieren, die beweren nog nooit impotent te zijn geweest; de schrijver heeft daarop het commentaar: „en ze logen natuurlijk alle drie”.

Het is met de seksuele moeilijkheden juist als met neurotische verschijnselen: geen mens is er geheel van gevrijwaard. Mevrouw Querido heeft in haar proefschrift „Gewone mensen” het psychiatrisch onderzoek beschreven van tachtig willekeurige mensen. Zij vindt dat dezen niet „normaler” zijn dan een controlegroep van patiënten, die zich hebben aangemeld op het Amsterdamse Psychoanalytisch Instituut. De „gewone mensen” tonen verschijnselen van dezelfde aard. Wat hen onderscheidt van de patiënten is, dat zij zichzelf niet in die mate als ziek beleven, respectievelijk dat hun omgeving hen niet in die mate als ziek beschouwt, dat zij hulp moeten inroepen. Men zegt wel: De mens wordt tot patiënt, niet door de ernst van zijn ziekte, maar door het feit dat hij zich onder behandeling stelt.

*Het normaliteitsbegrip.* Het normaliteitsbegrip is een van de moeilijkste en vaagste begrippen uit de geneeskunde en de biologie. „Normaal” kan niet betekenen: het voldoen aan vaste maten en getallen. Als de gemiddelde Nederlander 1,76384 meter is, zal men dit getal toch nooit als „norm” kunnen nemen. Alle Nederlanders bevinden zich op een spreidingscurve links en rechts van dit gemiddelde. Het blijft arbitrair, waar men een streep wil zetten, die „normaal” van „abnormaal” afgrenst. Zodra men deze streep zet, heeft men het terrein van de kwantificatie verlaten; men is — bewust of onbewust — tot een kwalificatie, een oordeel gekomen. Men oordeelt bijvoorbeeld: wie buiten de streep ligt is te groot of te klein om „normaal” mee te kunnen doen aan vooropgestelde eisen.

Op seksueel gebied is dit alles nog veel evidentier; Kinsey wijst erop hoe seksuele fenomenen, zoals de coïtusfrequentie, slechts in maat kunnen worden uitgedrukt door een continue curve tussen de twee aangetroffen uitersten: nooit cohabiteren of zevenmaal per dag. Wat „normaal” wordt geoordeeld

hangt af van de plaats van de onderzoeker zelf op die curve. Het ligt voor de hand dat een onderzoeker, die zelf regelmatig seksueel contact heeft, zijn strepen anders zet, dan een onderzoeker, die in abstinentie leeft.

Als arts moeten wij ons zo ver mogelijk los maken van het (kwasi-objectieve!) normatieve. Daarom heeft mevrouw Querido haar proefschrift niet genoemd: „Normale mensen”, maar „Gewone mensen”, welke term wij in onze titel hebben overgenomen.

In het begrip „gewoon” ligt niet zozeer besloten het voldoen aan een norm, als wel het voldoen aan een doel. Niet die mens is „normaal” of „gewoon” of „gezond”, die een bepaalde coïtusfrequentie heeft, maar die voldoende frequentie cohabiteert om niet in conflict te geraken met zijn eigen verlangens naar bevrediging, het verwekken van progenituur, de bevrediging van de partner en dergelijke criteria.

Soortgelijke criteria gelden ook bij de beoordeling van de kwalitatieve eigenaardigheden van het seksuele gedrag.

Is een manifeste homoseksueel „abnormaal” omdat „maar” 2 procent van de mensen homoseksueel is? Als men bij Kinsey vindt dat 37 procent van de Amerikaanse mannen homoseksuele ervaringen heeft gehad (dat wil zeggen erkent te hebben gehad!) wordt het oordeel „abnormaal” al zeer betrekkelijk. En als men dan psycho-analytisch ontdekt dat latente homoseksuele trekken in ieder mens aanwezig zijn en dat het latente of manifeste karakter van een eigenschap wisselend kan zijn, blijft er maar een conclusie over: ook de hetero- en homoseksualiteit zijn twee uitersten op een continuum. Het is alweer afhankelijk van de persoonlijke plaats van de onderzoeker, waar hij de streep zal zetten, die „normaal” van „abnormaal” scheidt. Ook hier blijkt het oordeel subjectief te zijn.

De medicus is wel geneigd te zeggen: „abnormaal zijn die praktijken, die tot pathologische reacties aanleiding geven”. Hij kent echter uitsluitend de gevallen, waar zulk een pathologische reactie is gevolgd. De vaak veel frequenter voorkomende gevallen, waar van zulk een reactie geen sprake is, komen niet op het spreekuur. Bovendien worden hierbij oorzaak en gevolg gemeenlijk verwisseld.

De jonge man, die frequent masturbeert en dan bij de coïtus impotent blijkt, noemt deze impotentie een schadelijk gevolg van de masturbatie. De causaliteit ligt vaak andersom: doordat hij angst heeft voor de coïtus, blijft hij gefixeerd aan het genetisch vroegere stadium van de masturbatie, dat op zichzelf niet de geringste schadelijkheid heeft.

Zo is het welhaast altijd: Het „abnormale” seksuele gedrag is geen voortvloeisel van de neurose, het is een terugvallen op biologisch en antropologisch vroegere fasen, die historisch gezien heel algemeen waren.

Sadistische, masochistische, homoseksuele en soortgelijke verschijnselen zijn bij ieder gezond kind waar te nemen. Zij onderscheiden zich van de overeenkomstige perversies bij de volwassenen, doordat zij (nog) niet tot het „final common path” van de volwassene kunnen leiden (het orgasme) en vooral dat zij niet die obsessieve, het gehele doen en laten beheersende, betekenis hebben, als bij de volwassen perversen. Bij het gezonde kind zijn de „perversies” passagère uitingen van de biologische driftstructuur, die niets te maken behoeven te hebben met innerlijke conflicten. Bij de volwassen neuroticus is de perversie een fixatie op, of terugval naar dit infantiele stadium, onder invloed van een neurotisch conflict, dat de aanpassing aan het gewone leven belemmert.

Angst en depressie, somatisering en dwangsymptomen zijn gemeenlijk niet het pathologische gevolg van de perversie; zij zijn er veeleer de oorzaak van en de perversie is in zoverre een poging tot vlucht uit het neurotische conflict. Het seksuele gedrag kan dus niet „abnormaal” worden gekenmerkt omdat het tot neurotische reacties aanleiding geeft, want de neurose is primair.

Er is nog een factor waardoor wij nooit kunnen oordelen dat een bepaald gedrag „abnormaal” is omdat het tot pathologische reacties aanleiding geeft. Wij verschuiven dan slechts de moeilijkheid; immers, of een reactie al dan niet „pathologisch” zal worden genoemd is vaak weer van normen afhankelijk. Velen vinden dat het beter — wetenschappelijker — klinkt om te zeggen: „wat doet die man „pathologisch” of „psychopatisch””, dan om te zeggen: „wat doet hij abnormaal”. In wezen is men met een dergelijke term niets verder, zolang het niet gelukt er verdere inhoud aan te geven. Gemeenlijk echter worden ten aanzien van het menselijk gedrag, de begrippen „pathologisch” en „psychopatisch” gehanteerd als waarde-oordelen. In het somatische vlak ligt het meestal anders. Wanneer iemand op een allergeen met een heftige urticaria reageert, zal niemand hem deze „pathologische reactie” kwalijk nemen. Wanneer dezelfde persoon op een kleine belediging reageert door de tegenstander ernstig te mishandelen, betekent „pathologische reactie” een morele veroordeling.

Waarmee wij te maken hebben is, of de mens zich als ziek beleeft of door de omgeving als niet aangepast wordt beschouwd.

Het zich als ziek beleven heeft met het al dan niet „normaal” zijn niets te maken. Gedragingen, waarbij de een zich geheel content voelt, kunnen voor de ander aanleiding vormen tot heftige schuldgevoelens en depressie. Wie van beiden heeft „gelijk”? Is de een te luchthartig en gewetenloos, of is de ander te zwaar op de hand? Ook hier zou het

slechts de „persoonlijke plaats” van de onderzoeker kunnen zijn, van waaruit een antwoord zou kunnen worden gegeven. Met een dergelijk subjectief bepaald antwoord kan de patiënt nooit gebaat zijn.

Conformisme is zeker niet altijd de eerste voorwaarde voor een mens om zich gezond te voelen. Het is zeker zozeer noodzakelijk een bepaalde mate van non-conformisme te kunnen aanvaarden; zichzelf „gewoon” te kunnen vinden, ondanks verschillende eigenaardigheden.

\* \* \*

De vraag rijst nu of zulk een „gewoon” mens wel seksuele moeilijkheden kan hebben, of dat hij amorf reagerend alles maar „neemt zoals het is”.

De „gewone” mens kan seksuele moeilijkheden hebben en de wens te kennen geven zijn seksuele gedrag bevredigender een meer aangepast te doen zijn, maar hij zal op deze moeilijkheden niet excessief reageren; noch panisch, noch depressief. De moeilijkheden zijn niet hecht verankerd in de neurotische of psychotische persoonlijkheidsstructuur. De „gewone mens” is in staat tot een nuchter bekijken van zijn moeilijkheden en daarom vaak een dankbaar object voor de bemoeienissen van de huisarts, die hem met „common sense” tegemoet kan treden.

Wij staan nu dus voor de taak differentieel diagnostische criteria op te stellen, met behulp waarvan de arts zich snel een oordeel kan vormen: heb ik te maken met een „gewoon mens” of met een geestelijk gestoord mens.

Wij hebben de indruk dat de „ideale huisarts” van vroeger alleen zo „ideaal” was voor een zeer geselecteerde groep van zijn patiënten. De huisarts die als huisvriend ten tonele wordt gevoerd en verweven was met al het wel en wee van zijn vrienden, had zeker niet deze rol tegenover de grote massa van zijn patiënten. Daar kwam hij ongetwijfeld alleen bij zeer ernstige lichamelijke ziekten en van hulp bij geestelijke of seksuele problemen zal wel nooit sprake zijn geweest. Dat behoorde trouwens tot het terrein van de geestelijke herder, die het in zoverre gemakkelijker heeft dan de arts, dat hij wel vaste normen tot zijn beschikking heeft, met behulp waarvan hij zijn schaapjes kan hoeden.

Er zijn verschillende factoren, waardoor de arts van heden een veel groter rol speelt ten aanzien van de geestelijke en seksuele problemen van al zijn patiënten, dan zijn voorganger. De sociale nivellering van de patiënten, de rol van de ziekenfondsen, het verdwijnen van de extreme stands- en klasseverschillen, de vermindering van het aantal patiënten per arts, spelen een belangrijke rol. Maar het is vooral de secularisering, waardoor zovele doorsneemensen niet langer hun verwerkelijking menen te vinden in het godsdienstig beleven, maar zich meer bewust worden van hun eigen lichamelijke en geestelijk wel en wee. Het wee wordt niet langer uitsluitend met gevoelens van zonde en schuld beleefd, maar er wordt gezocht naar verandering en verbetering. Daarom zoekt de geseclariseerde mens en de

mens met moderne geloofsopvattingen in deze aanlegenheden in de eerste plaats hulp bij de arts. Zodoende komt nu steeds meer de „gewone mens” bij de arts met seksuele moeilijkheden. Vroeger werden deze hetzij angstvallig verzwegen, hetzij als zonde beleden, niet in de hoop genezing te vinden, maar in de hoop het kwaad met de kracht van het geloof te kunnen onderdrukken.

\* \* \*

Hoe zal nu de arts uit de velen, die hem hun problemen voorleggen, diegenen weten te kiezen, die „gewoon” zijn en waar hij dus mag hopen met een „common sense”-aanpak verbetering te bereiken? In de psychosomatische literatuur ziet men maar al te vaak hoe wordt uitgegaan van de betekenis van het symptoom, zowel de specifieke betekenis in de relatie tot het eigen-zelf van de patiënt, als de secundaire betekenis: de doelmatigheid van het symptoom tegenover de buitenwereld („hij krijgt astma als hij zijn zin wil hebben”). Zo kan het gebeuren dat een huisarts, die een dergelijke betekenis doorziet, zich enthousiast wijdt aan de behandeling van een patiënt met een zo gedeformeerde persoonlijkheidsstructuur, dat de ervaren psychiater bij de eerste indruk zou zeggen: „hier is een poging tot psychotherapie onverantwoord, ik moet mij beperken tot prognostisch gunstige gevallen”.

*De criteria voor het „gewoon-zijn”.* De huisarts, die dus een patiënt advies wil geven bij zijn seksuele moeilijkheden, zal dus goed er aan doen niet in de eerste plaats rekening te houden met de meerdere of mindere ernst van het symptoom (vooral in seksuele aangelegenheden een uiterst bedriegelijk criterium!) maar hij zal zich een oordeel moeten vormen over de volgende factoren.

In de eerste plaats: Is de patiënt betrouwbaar? In de psychologische betekenis van het woord bedoelen wij hiermee niet of de patiënt al dan niet een bewuste leugenaar is; wij bedoelen of hij staat achter datgene wat hij zegt. Of hij niet vandaag een klacht heeft, die hij morgen weer ontkent of vergoelijkt en vooral of de klachten, die hij uit, wel datgene representeren, waar hij werkelijk onder lijdt. Wat zou het voor zin hebben iemand te behandelen voor een stoornis van de seksuele bevredigingsmogelijkheid, als hij of zij bijvoorbeeld achter deze klacht verbergt, dat de partner diep wordt gehaat om allerlei factoren, die niets of weinig met het seksuele te maken hebben. Een patiënt, die met zulk een klacht bij ons komt is (min of meer onbewust) onbetrouwbaar. Hij kan of hij durft, of hij wil ons niet zeggen, waarom het eigenlijk gaat, misschien wéét hij het helemaal niet. Maar wij begrijpen nu hoe onverantwoord het is de patiënt te gaan behandelen voor een klacht, zonder eerst te trachten ons een indruk te vormen van de totale levenssituatie en van de betrouwbaarheid van de klacht. Wij luisteren dan ook zeker zo scherp naar de wijze waarop de klacht wordt gebracht, als naar de in-

houd ervan. Soms brengt de patiënt zijn relaas zake-lijk, vaak echter teatraal en onecht, met overdreven gebaren, mimiek, huilen of dergelijke. Dit wekt bij de arts een gevoel van wrevel op. Hij zou willen zeggen „maakt u niet zo’n drukte”. Maar ook zien wij vaak het tegenovergestelde: de klacht wordt opmerkelijk koel en gedistancieerd gebracht, zonder affect, het is alsof er verslag wordt uitgebracht over de klachten van een derde. Dit wekt bij de arts een gevoel van verveling op. Hij zou willen antwoorden: „Als het u zo weinig doet, waarom valt u er mij dan mee lastig?” Het gedepersonaliseerde „underacting” voorspelt nog meer moeilijkheden in de behandeling dan het hysterische „overacting”. Daarnaast hebben wij de patiënt, die zijn klachten als een aanklacht brengt. Hij zit niet alleen vol verwijten tegenover de omgeving, maar ook de arts krijgt het gevoel of hij wordt beschuldigd en de neiging ontstaat om te antwoorden: „maar daar kan ik toch niets aan doen”. Zodra dit soort gevoelens in de arts opkomt, is hij een gewaarschuwd man. Hij weet dat hij niet staat tegenover een „gewoon mens”, maar tegenover iemand met een dieperliggend innerlijk conflict, die direct zijn moeilijkheden in de relatie tot de buitenwereld „overdraagt” op de arts en daarmee bij de arts een „tegenoverdracht” opwekt. Zodra deze relatievormen zich voordoen in de behandeling, is de „common sence” machteloos en kan er uitsluitend iets worden verwacht van een op psychoanalytisch inzicht gebaseerde aanpak.

In de tweede plaats: de prognose van het actuele syndroom is nooit te stellen zonder dat men nauwkeurig nagaat hoe de psycho-seksuele ontwikkeling van de patiënt is verlopen en ook hier geldt het, dat op geen enkel terrein zoveel wordt gelogen als op het seksuele. De actuele klachten dwingen de patiënt hulp in te roepen, maar door vervalsing van het verleden zal hij vaak trachten zijn verloren prestige te herstellen. Toch is het van het grootste belang zo nauwkeurig mogelijk vast te stellen of de klachten van jongsafaan bestaan (bij seksuele moeilijkheden zal men uiteraard meer op voorlopers van de actuele klachten moeten letten) of dat ze van recente datum zijn en actuele factoren een hoofdrol spelen in de genese. Zoals het symptoom anemie bepaald kan zijn door een traumatische bloeding, maar ook door een ernstige, jarenlang sluipende ziekte, kan de seksuele moeilijkheid de uitdrukking zijn van een recent conflict, maar ook van een diepgaande stoornis in de persoonlijkheidsstructuur.

Een erectiestoornis bij een man, die van jongsafaan zijn plaats in het leven heeft weten te veroveren, die als kind „potent” was in zijn spel en als volwassene in zijn werk, heeft al direct een geheel andere betekenis dan precies hetzelfde symptoom bij een man, die zijn hele leven door als een „slapeling” moet worden gekarakteriseerd. Hoe groot ook het belang is van de „seksuele moeilijkheden bij de gewone mens”, wij zijn er toch op bedacht dat achter zo’n klacht een min of meer ernstig psychiatrisch beeld kan schuilgaan.

In de derde plaats: (wanneer aan de eerste twee factoren is voldaan — de patiënt brengt zijn klachten op „betrouwbare” wijze en zij blijken niet te zeer verankerd in diepgaande stoornissen in de persoonlijkheidsstructuur —) vragen wij ons af in hoeverre de patiënt oprecht behandeling en genezing wenst. Als een man komt klagen over zijn potentie, met het motief: „mijn vrouw komt een boel aan mij tekort” of wanneer een vrouw met anorgasmie zegt: „als ik er niks aan vind, loopt hij naar een ander”, is de prognose aanmerkelijke slechter, dan wanneer de patiënt komt omdat hij zelf onder de klachten lijdt. Dit geldt des te meer indien de patiënt niet zelf komt, maar de partner komt klagen, ook al is de patiënt bewust bereid mee te werken. Een bevredigend seksueel functioneren is in de allereerste plaats afhankelijk van de eigen wens tot deze bevrediging. Als inplaats van deze wens alleen een gevoel van „verplichting” jegens de partner bestaat, zijn de kansen op verbetering niet groot.

Om een geval juist te taxeren, zullen wij ons gesprek zo richten dat wij een indruk krijgen over de eigen wens tot behandeling; daarbij zullen directe vragen ons echter vaak een vals beeld geven. Wij vragen een man met een potentiële stoornis liever niet: „wilt u nu zelf wel graag dat het in orde komt?” Hij zal ongetwijfeld antwoorden: „natuurlijk dokter”. Als wij daarentegen tussen neus en lippen opmerken dat het ook voor de vrouw van de patiënt wel vervelend moet zijn dat de coïtus niet meer plaats kan vinden, bestaat de kans dat hij antwoordt: „allicht, anders zou ik er nooit voor bij u gekomen zijn” en het gebrek aan eigen genezingswens wel duidelijk wordt.

\* \* \*

*Pathogene factoren.* Wanneer het nu blijkt dat de seksuele moeilijkheid geen resultante is van een ernstige stoornis in de persoonlijkheidsstructuur, moeten wij de volgende pathogene factoren onderzoeken:

- 1 feitelijke onwetendheid en onkunde, in de technische zin;
- 2 het niet kunnen voldoen aan morele en normatieve eisen, die men zichzelf stelt;
- 3 exogene factoren.

Ad. 1 Zover nodig vragen wij nauwkeurig naar details van de seksuele gedragingen, anders komen wij voor verrassingen te staan, zoals Westerman Holstein beschrijft: Een advocatenechtspaar is al geruime tijd in onderzoek en behandeling voor steriliteit. Zij zeggen dat de coïtus „normaal” wordt uitgeoefend. Bij gedetailleerd navragen blijkt dat de man het zaad in de navel van de vrouw laat lopen. „Ze” wisten niet beter . . . .”

Uiteraard vraagt men zich af of achter een dergelijke „onwetendheid” bij mensen, die toch in het leven gelegenheid te over hebben gehad om van de werkelijke toedracht van de coïtus op de hoogte te komen, geen sterke neurotische verdringen schuil

gaan. Het is echter het paard achter de wagen spannen als men begint deze intra-psychische conflicten te behandelen zonder eerst te observeren of een zakelijke voorlichting niet tot het gewenste resultaat leidt. Indien daarna blijkt, dat zich geen bevredigend geslachtsleven ontwikkelt, is natuurlijk wel diepergaande, eventueel psychiatrische hulp nodig.

Vooraf over de bouw en de functies van het vrouwelijk genitaal bestaat veel meer onwetendheid dan de arts in het algemeen vermoedt. Het is beslist onvoldoende tegen een man te zeggen: „U moet zorgen dat uw vrouw ook eens seksuele bevrediging ondervindt”, zonder met hem te bespreken of hij weet hoe dit bereikbaar is, zonder na te gaan of hij iets weet over het voorspel, hoe lang de duur van de coïtus is, zonder zich ervan te overtuigen of hij de techniek van de clitorale prikkeling kent en of hij weet dat de clitoris voor de meeste vrouwen de plaats is, waaraan de seksuele lust en bevrediging is gebonden.

Ook mag ons het probleem van de anti-conceptie niet ontgaan. De mensen, die geen kinderen (meer) wensen, zijn nog al te vaak niet op de hoogte van de verschillende anti-conceptionele technieken. Ondanks voorlichting en praktische mogelijkheid tot het verkrijgen van middelen (bijvoorbeeld via consultatiebureaus van de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming) krijgen wij de indruk dat de coïtus interruptus nog een algemeen verbreide techniek is. Deze is fnuikend voor de bevredigingsmogelijkheid. Niet alleen omdat op het moment suprême het contact moet worden verbroken, maar vooral voor de vrouw belemmert de angst, dat de man niet goed zal „oppassen” haar volledige overgave. Men verzuime dus nooit zich bij klachten over onbevredigdheid over de anti-conceptie te oriënteren.

Ad. 2 Voor de patiënt, die in een conflict geraakt tussen de eisen van zijn seksuele verlangens en de zedelijke normen, die hij zichzelf stelt, kan de arts misschien niet veel doen. Daar is het woord aan de geestelijke raadsman. Het blijkt dan vaak dat de zedelijke eis van de patiënt veel stringenter is dan die van de groep, waartoe hij behoort, vooral als hij het geluk heeft, een raadsman te ontmoeten met een ruime, menselijke blik.

Men zij er echter wel op bedacht, of zich achter de „norm” geen andere gevoelens, zoals angst verbergen. Wij kennen allen de jonge mensen, die jarenlang verloofd zijn zonder seksueel contact en dan in het huwelijk blijken te lijden onder ernstige seksuele stoornissen. Zolang zij verloofd waren kon de angst gemaskeerd blijven achter „fatsoenoverwegingen”. Na de huwelijksluiting blijkt de werkelijke toestand.

Veel frequenter dan met de zedelijke norm wordt de arts geconfronteerd met de angst van de patiënt niet „normaal” te zijn. De vrouwen, die lijden onder het feit, geen orgasme bij de coïtus — dus per vaginam — te beleven, vormen het grootste percentage

van de bezoekers van een seksuologisch-psychiatrisch spreekuur en ook de huisarts ontmoet deze vrouwen ongetwijfeld zeer frekwent.

Wij vragen ons in de eerste plaats af of zij lijden onder de onbevredigdheid, of dat het gaat om de krenking van: „ik kan het niet” — zoals ook hun mannen gebukt kunnen gaan onder het gevoel „ik kan mijn vrouw niet bevredigen, ik ben een egoïst als ik cohabiteer”. Deze mensen zijn in belangrijke mate het slachtoffer van een goedbedoelde seksuele voorlichting, die echter verkeerd uitpakt.

Ten aanzien van de progenituur is voor de man de ejaculatie en het daaraan vrijwel automatisch gekoppelde orgasme een noodzakelijke voorwaarde. Voor de vrouw bestaat een dergelijk analoog niet. Velen (naar verschillende auteurs tussen 40 en 80 procent van de vrouwen) kennen geen vaginaal orgasme, terwijl toch de meesten wel een tevredenheid bij de coïtus kennen. Voor sommigen kan daarbij digitaal clitoraal-orgasme worden opgewekt, maar dit betekent alweer niet, dat dit dan elke keer „erbij hoort”.

Het is juist dit gevoel van een orgasme te moeten kunnen presteren, dat durante coïtem zulk een preoccupatie voor beide partners kan veroorzaken, dat elke bevrediging of tevredenheid onmogelijk wordt. In het Victoriaanse tijdperk heette de vrouw, die seksuele verlangens en bevrediging kende, een hoer. De seksuele hervormingsbeweging, die bedoelde te zeggen, dat ook de vrouw seksuele bevrediging mag kennen, sloeg door en propageerde, dat de vrouw seksuele bevrediging, analoog aan het orgasme van de man móét hebben. Het is onze overtuiging dat de insufficiëntiegevoelens tegenover deze „orgasmuscultus” in vele huwelijken de coïtus tot een moeilijke „huwelijksplicht” hebben gemaakt.

Op analoge wijze kan men de moeilijkheden beschouwen, die ontstaan uit normen betreffende de frekwentie van de coïtus, de leeftijd waarop een man nog potent moet zijn en vele andere ideeën préconques.

Ad. 3 Psycho-analytisch gezien schuilt in elke moeilijkheid of conflictsituatie, die een mens ondervindt, een psychogene, vaak onbewuste factor. Als practici hebben wij echter in de eerste plaats rekening te houden met de omstandigheden waaronder een klacht zich voordoet. Dat de woningnood daarbij een doorslaggevende rol speelt, wordt bijna een zo irriterende gemeenplaats, dat wij er toe neigen er liever niet aan te denken. Maar juist als wij ons hier niet willen bezighouden met de „krepeergevallen” schuilen er in de woningsituatie zoveel meer genuanceerde verhoudingen, dat daarover een artikelenreeks zou zijn te schrijven.

Een voorbeeld: Een jong echtpaar woont in bij een oude dame. Er is ruimte te over en volle mogelijkheid voor de twee mensen om hun verhouding — ook seksueel — op te bouwen. Maar de jonge vrouw heeft een strenge moeder gehad, die alles heeft gedaan om haar dochter te remmen. Zij draagt deze relatie over op de hoofdbewoonster en reageert

tijdens de coïtus met een vaginisme. Deze beschrijving is zeer simplistisch en schijnt te suggereren dat wij slechts behoeven te zeggen: „die oude dame is uw moeder niet” om de moeilijkheid op te heffen. De kans, dat wij met zulk een „duiding” falen, is zeer groot. De te vroeg gegeven duiding wekt alleen weerstand op en vermindert het vertrouwen van de patiënt. Wij zullen dus eerst nauwkeurig af moeten tasten in hoeverre de exogene factor — de toevallige aanwezigheid van de oude dame en haar gedrag tegenover het echtpaar — een rol speelt; of dat het overdrachtsverschijnsel een gevolg is van de neurotische structuur van de jonge vrouw, samenhangend met diepgefundeerde seksuele angsten. Om dit vast te stellen moeten we ons een inzicht verschaffen in de psycho-seksuele ontwikkeling van de vrouw, waarbij alweer de duur van het symptoom, respectievelijk van zijn voorlopers van doorslaggevende betekenis is. Het actuele symptoom vaginisme is slechts te waarderen tegen de achtergrond van zowel de gehele actuele constellatie als van zijn ontwikkeling in de tijd.

\* \* \*

*Enkele voorbeelden.* Hoewel het niet mogelijk is in dit bestek een enigermate volledig overzicht te geven van de „seksuele moeilijkheden bij de gewone mens”, willen wij toch nog enkele voorbeelden noemen uit de dagelijkse praktijk en dan aan elk daarvan een voorbeeld aansluiten van de tegenhanger: hetzelfde symptoom, maar als „seksuele stoornis bij een neurotische structuur”.

Een man van veertig jaar klaagt over potentiestoornis. In de actuele levenssituatie zijn legio moeilijkheden, deels van zakelijke aard, deels voortvloeiend uit acute ziekten, kwesties met kinderen, enzovoort. Hij voelt zich erg moe en desgevraagd antwoordt hij dat hij nooit soortgelijke klachten heeft gehad, maar nu eigenlijk geen neiging tot de coïtus voelt. Hij probeert het toch, immers: „ik heb een verplichting tegenover mijn vrouw”.

Men zou kunnen poneren dat een dergelijk gevoel van verplichting diepgaande neurotische wortels moet hebben, maar in de praktijk zal het voldoende zijn de patiënt gerust te stellen en hem te adviseren de zaak eens openhartig met zijn vrouw te bespreken. Waarschijnlijk kan de arts zich dan beperken tot behandeling der somatische en andere algemene factoren en volgt een spoedig herstel.

Een andere veertiger heeft ook een potentiestoornis. Deze treedt echter periodiek op, juist als de patiënt vakantie heeft. In tegenstelling tot zoveel mannen, die pas echt potent worden als zij de landsgrens hebben overschreden, is hij op reis altijd uit zijn doen, wordt angstig, gedeprimeerd en krijgt heimweeverschijnselen. Hij heeft een „Sonntagsneurose” (Ferenczi) en voelt zich alleen zichzelf als hij hard moet werken, hoewel hij tegelijk zegt: „Ik houd dit tempo niet lang vol”.

Bij nader onderzoek blijkt, dat de patiënt wordt geplaagd door schuldgevoelens over seksuele fan-

tasiën, mogelijk van promiscuë of perverse aard, die hij moet afweren door zich in zijn werk te storten. Deze therapie is moeilijk, kan niet worden beperkt tot een seksuologisch advies, maar omvat de gehele psychiatrische casus.

Een vrouw klaagt over dyspareunie. Zij heeft een baby van drie maanden. De partus was moeilijk; zij heeft een overvloedige lactatie — eiwitverlies! — en voelt zich moe en prikkelbaar, hoewel zij dolgelukkig is met het kind. Tot omstreeks de zesde maand van de graviditeit voelde zij zich seksueel voldaan. Zij beklaagt zich nu over haar man, die zo „hartstochtelijk” is en precies de 42e dag post partum weer wilde cohabiteren, hoewel zij toen nog zo moe en anemisch was. Zij begrijpt het ongeduld van haar man heel goed, heeft hem wel door masturbatie enige ontspanning willen geven, maar hij weigert dit, want: „dan voel ik me geen man”.

Als wij — naast een robererende therapie — het echtpaar uitleggen dat iedere jonge moeder een „libidoverschuiving” van de man naar het kind heeft en dat de tijd haar zal leren moeder en vrouw tegelijk te zijn, hebben wij grote kans op succes.

Een andere vrouw vertelt ons, dat zij sinds haar adolescentie geen seksuele bevrediging heeft gekend. Toen zij zestien jaar was cohabiteerde ze voor de eerste maal en nadien had zij verschillende relaties. Het was „stiekum, als mijn vader mij had betrappt, had hij mij allebei mijn benen gebroken, maar dat maakte het juist zo opwindend”. Sinds haar verlovings- en huwelijks- is de seksualiteit steeds meer een sleur geworden en de laatste tijd „walgt” zij ervan. Het behoeft amper toegelicht hoe veel moeilijker dit geval is, waar de bevredigingsmogelijkheden niet zijn geassocieerd met een gelukkig monogaam leven, maar met verboden, angstige situaties.

Een jonge man is reeds lang verloofd, maar omdat de ouders van het meisje hun dochter streng bewaakten, was er geen mogelijkheid tot seksueel contact, hoewel beiden dit gaarne wensten. Toen zich onverwacht een korte gelegenheid voordeed, had de jongen een ejaculatio praecox, zodat de introïtus niet kon plaatsvinden.

Hij vertelt ons dit licht geëmotioneerd, met enige moeite zijn vrees overwinnend, dat wij hem zullen veroordelen over de premaritale coïtus. Als wij hem zakelijk voorlichten over de betekenis van de te grote seksuele spanning en hem uitleggen dat het naar alle waarschijnlijkheid goed zal gaan, zodra de gelegenheid tot een rustiger contact zich regelmatig zal voordoen, ons daarbij van een moraliserend oordeel onthoudend, gaat hij opgelucht weg.

Een andere man belt de middag voor Kerstmis op: hij is door de huisarts verwezen met een „dringende aangelegenheid” en hij wil meteen komen. Als dit zeer moeilijk blijkt, vraagt hij naar welke psychiater hij dan kan gaan. Na overleg met de

huisarts maakt hij een afspraak tussen Kerstmis en Nieuwjaar, hoewel de praktijk gesloten is.

Patiënt komt gejaagd de kamer binnen en kijkt schichtig om zich heen; hij struikelt meer dan hij loopt en uit op rappe wijze een woordenvloed zonder „to the point” te komen. Ten laatste blijken de klachten geconcentreerd rondom het symptoom ejaculatio praecox, dat sinds de eerste coïtus — twaalf jaar geleden — bestaat. Het blijkt dat hij altijd erg ongeduldig is. Het werk kan hem niet vlug genoeg gaan, hij is altijd bang, „niet klaar te zullen komen”. Toen hij door de huisarts was verwezen, had hij het gevoel, dat hij „geen minuut te verliezen had”. Hij is met alles . . . . precox!

Wij hopen met bovenstaande voorbeelden te hebben verduidelijkt dat in de seksuologie — zoals in de gehele psychiatrie — de classificatie van het symptoom niets zegt over de ernst van het geval.

Voor de diagnose is het noodzakelijk het symptoom te zien geprojecteerd op de actuele levenssituatie en de psychische ontwikkelingsgeschiedenis.

Voor de predictie van de behandeling en de beoordeling van de behandelbaarheid door de huisarts, speelt voor alles een rol of de relatie tussen arts en patiënt een „common sense”-relatie is. In dat geval kan de behandeling van een seksuele moeilijkheid ook voor de niet-specialist zeer dankbaar zijn. Daarentegen kunnen allerlei affectieve overdrachtsfenomenen mede een rol spelen. De arts, die deze fenomenen over het hoofd ziet of meent ze te kunnen hanteren zonder voldoende specialistische, respectievelijk psycho-analytische scholing, loopt groot risico van bittere decepties voor de patiënt en voor zichzelf.

*Samenvatting. Seksuele moeilijkheden bij de gewone mens.* Wanneer zich een patiënt aandient met seksuele moeilijkheden, zal men in de eerste plaats moeten nagaan of men te doen heeft met een „gewoon mens”, of dat de seksuele moeilijkheid slechts een onderdeel is van een uitgebreider psychopathologisch syndroom.

De term „gewoon mens” is een verlegenheidsdiagnose, die ontstaat door de onhanteerbaarheid van het normaliteitsbegrip en het ontbreken van criteria voor hetgeen op seksueel — en op psychisch gebied in het algemeen — „normaal” is.

De persoonlijkheidsstructuur van de patiënt is voor de indicatie van de therapie en van de prognose, belangrijker dan de aard van het symptoom.

Waar het uiteindelijk om gaat, is of de seksuele moeilijkheid te benaderen zal zijn in een „common sense” contact, of dat — in de relatie met de arts — de psychische structuur aanleiding zal geven tot complicerende overdrachts- en tegenoverdrachtsverschijnselen. In dit laatste geval kan de behandeling slechts met vrucht geschieden door de specialistisch, respectievelijk psycho-analytisch geschoolde therapeut.

Er worden criteria besproken en voorbeelden gegeven aan de hand waarvan de huisarts zich er een oordeel over kan vormen of de patiënt al dan niet behoort tot de categorie van de „gewone mensen”.

*Summary. Sexual difficulties in normal persons.* When a patient presents himself with sexual difficulties, first of all one has to make sure whether one is dealing with a „normal person” or whether the sexual difficulties are only part of a more extensive psycho-pathological syndrome.

The term „normal person” in an inadequate diagnosis arising from the intractableness of the normality-concept and

the lack of criteria as to what is „normal” in the sexual- and psychic field in general.

The personality structure of the patient is of greater importance for the indication of the therapy and of the prognosis than the nature of the symptom.

Ultimately the point is whether the sexual difficulty can be approached in „common sense” contact, or whether — in the relationship with the doctor — the psychic structure will

lead to complicating transference- and countertransference phenomena. In the latter case the treatment can only be carried out successfully by the specialistically, respectively psycho-analytically trained therapist.

Criteria are discussed and examples given with the aid of which the general practitioner can form his opinion whether the patient belongs to the category of „normal people” or not.

## NOTITIES UIT DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

### *Met hulp van de patiënt*

DOOR G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP

Een enkele maal krijgt de huisarts van een patiënt te horen dat de dokter gemakkelijk praten heeft, hij is gezond, hij voelt niets . . . .

De argumenten van de arts om een patiënt tot een bepaalde beslissing te brengen zijn inderdaad objectief en liefst wetenschappelijk gefundeerd; men kan toch moeilijk eerst alle ziektebeelden afwerken om daarna vanuit eigen ervaring te gaan spreken. Opvallend is het echter wel dat het ziek zijn van anderen op de patiënt altijd een bijzondere indruk maakt. De huisarts die een patiënt bezoekt, na diens terugkeer uit het ziekenhuis, krijgt praktisch zonder uitzondering verhalen opgedist over andere zieken die de patiënt „op zaal” heeft meegemaakt, maar die de huisarts in het geheel niet kent.

Het „nadeel” zelf gezond te zijn kan de arts compenseren door met hulp van genezen patiënten de desbetreffende patiënt tot betere gedachten te brengen. Uiteraard dient men hierbij met enige voorzichtigheid te werk te gaan, zodat men het beroepsgeheim niet schendt, maar in het algemeen zijn genezen patiënten onmiddellijk bereid hun ervaringen aan anderen te vertellen. Het effect van deze patiëntenhulp is soms bijzonder frappant. Enkele voorbeelden mogen het bovenstaande verduidelijken.

De familie roept mij voor de heer A., oud 80 jaar, omdat opa, die alleen woont, een plekje heeft op de wang dat steeds groter wordt. Patiënt heeft een ulcus rodens; het voorstel deze afwijking te laten bestralen wordt resoluut van de hand gewezen. „Een broer van mij moest ook bestraald worden en die was na drie maanden dood.”

Inschakelen van de familie helpt niets. Op een zekere dag bestel ik een taxi: patiënt krijgt een brief mee voor een dermatologische kliniek, zijn dochter zal meegaan. Ook dit lukt niet, de chauffeur wordt naar huis gestuurd met een sigaar en de brief verdwijnt in de kachel. Na enkele weken krijg ik het denkbeeld de heer B. naar de patiënt te sturen. Deze heeft

twee jaar tevoren een ulcus rodens met succes laten bestralen. Het toeval wil dat hij even oud is als A., zij hebben zelfs op dezelfde dag moeten loten voor de militaire dienst. Na twee dagen krijg ik bericht van de familie dat opa zich wil laten bestralen.

De heer C., oud 75 jaar, heeft mictiestoornissen. In het urinesediment worden veel leukocyten gevonden. Bij rectaal toucher blijkt de prostaat zeer groot en fors te zijn. Hij heeft zelfs een keer een koude rilling gehad, veroorzaakt door een urineweginfectie. Operatie wordt door patiënt geweigerd. „Ik ga zo ook wel dood.” De klachten worden echter steeds ernstiger.

De heer D., 80 jaar oud, blijkt bereid C. te ontvangen. Aan ieder die het horen wil vertelt hij al jarenlang over zijn ervaringen in het ziekenhuis, hij was toen 76 jaar. „Flauwe kul die hele operatie.” Hij was na veertien dagen weer de oude. Na één gesprek is de heer C. bekeerd.

Mevrouw E., 65 jaar, heeft een herpes zoster gehad. Zij bleef echter weken lang pijn houden. Deze post-herpetische neuralgie reageerde, zoals gewoonlijk, nauwelijks op medicamenten. Zij sliep slecht. Ik bezocht haar tweemaal per week en probeerde van alles, niets hielp.

Ik had haar al meermalen verteld dat de pijn na enige tijd vanzelf zou verminderen. Zij geloofde mij echter niet. Tenslotte bracht ik haar in contact met mevrouw F., 72 jaar, die enkele jaren geleden hetzelfde had doorgemaakt en geheel was genezen. Reeds na enkele gesprekken verminderden haar klachten. Ook nu, na een paar jaar, drinken de dames bij elkaar nog wel eens koffie.

*Samenvatting.* De huisarts kan de niet-coöperatieve patiënt in zijn praktijk soms tot betere gedachten brengen met hulp van een andere patiënt, die dezelfde ziekte heeft of heeft gehad. Soms is reeds één — door de huisarts georganiseerde — ontmoeting voldoende de, meestal op angst berustende, weerstanden te doorbreken.

Enkele voorbeelden worden gegeven.

*Summary.* The general practitioner can sometimes make the uncooperative patient in his practice change his mind with the aid of another patient who is suffering from or has had the same illness. One meeting between these two people, arranged by the doctor, is sometimes even sufficient to break down the resistances which are usually due to fear.

A few examples are given.