

- Klassen, G. A., C. Broadhurst, D. I. Peretz en A. L. Johnson (1963) *Lancet* I, 1290.
- Klug, W., F. Loew en S. Wüstner (1961) *Zbl. Neurochir.* 21, 51.
- Kouwenhoven, W. B., J. R. Jude en G. G. Knickerbocker (1960) *Amer. med. Ass.* 173, 1064.
- Kristansen, K. en P. Tandon (1960) aangehaald in: H. F. Moseley, *Accident surgery*, 1962. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Langton Hewer, C. (1963) *Recent advances in anaesthesia and analgesia*. Churchill, London.
- Lepley, D., C. Mani en E. Ellison (1962) *J. Surg. Research* 2, 403.
- Lister, J., I. F. McNeill, V. C. Marshall, L. F. Plzak, F. J. Dagher en F. D. Moore (1963) *Ann. Surg.* 158, 698.
- Matthews, D. N. (1963) *Recent advances in surgery of trauma*. Churchill, London.
- McPherson, R. C. en J. A. Haller (1963) *J. Trauma* 3, 243.
- Meijne, N. G. en I. Boerema (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 1473.
- Miller, W. F. (1962) *Anesthesiology* 23, 445.
- Milstein, B. B. (1963) *Cardiac arrest and resuscitation*, Lloyd-Luke, London.
- Milstein, S. W., B. S. Yoshio Miyazaki, M. S. Leonard Stanton en J. M. Howard (1962) *Arch. Surg.* 84, 454.
- Mitchell, R. A. (1962) *Anesthesiology* 23, 422.
- Mosely, H. F. (1962) *Accident surgery*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Nachlas, M. M., D. I. Miller en M. P. Siedbrand (1963) *Ann. Surg.* 158, 295.
- Nayman, J. (1962) *Med. J. Austr.* 2, 492.
- Negovsky, V. A. (1961) *Circulation* 23, 452.
- Nouhuys, F. van (1962) *Ned. T. Geneesk.* 106, 1950.
- Nunn, J. F. en J. P. Payne (1962) *Lancet* II, 631.
- Opie, L. H., T. Kadas en W. Gevers (1963) *Lancet* II, 551.
- Pories, W. J., P. D. Harris, J. R. Hinshaw, T. P. Davis en S. I. Schwarz (1962) *Ann. Surg.* 155, 33.
- Powley, P. H. (1963) *Lancet* I, 1189.
- Ratliff, A. H. C. (1963) *Lancet* I, 1188.
- Rehn, J. (1963) *M Schr. Unfallhk.* 66, 190.
- Riley, R. L. en A. Courmand (1951) *J. Appl. Physiol.* 4, 77.
- Robb, H. J. (1963) *Ann. Surg.* 158, 685.
- Safar, P. (1958) *J. Amer. med. Ass.* 167, 335.
- Safar, P., L. A. Escarraga en J. P. Elam (1958) *New Engl. J. Med.* 258, 671.
- Safar, P. (1963) *Resuscitation controversial aspects*. Springer, Berlin.
- Schmutzer, K. J., E. Raschke en J. V. Maloney (1961) 50, 452.
- Schramel, R. J., J. Tyler, J. L. Kirkpatrick, M. M. Ziskind en O. Creech (1963) *J. Trauma* 3, 206.
- Shock, pathogenesis and therapy (1961) *An international symposium*, Stockholm june 1961. Springer, Berlin.
- Shoemaker, W. C. (1962) *S. Clin. North. Am.* 42, 3.
- Shoemaker, W. C. en L. B. Fitch (1962) *Arch. Surg.* 85, 492.
- Spence, M. (1962) *Anesthesiology* 23, 524.
- Sykes, M. K. en N. Ahmed (1963) *Lancet* II, 347.
- Tönnies, W. en R. A. Frowein (1963) *M Schr. Unfallhk.* 66, 169.
- Tönnies, W., G. Friedmann, E. Schmidt-Wittkamp en W. Walter (1963) *Die traumatischen intrakraniellen Hämatome*. Geigy, Basel.
- Verbiest, H. (1955) *Ned. T. Geneesk.* 99, 351.
- Verbiest, H. (1956) *Ned. T. Geneesk.* 100, 3767.
- Verhave, J. H. (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 1664.
- West, J. B. (1963) *Lancet* II, 1055.
- Whitwam, J. G. en J. Norman (1963) *Lancet* I, 46.
- Wiemers, K. (1962) *Kollaps-Symposium Mainz 1962*. Schattauer, Stuttgart.
- Wilkins, H., W. Regelson en F. S. Hoffmeister (1962) *New Engl. J. Med.* 267, 443.
- Youmans, J. R. en W. A. Neely (1963) *J. Trauma* 3, 386.

## Vaginisme

DOOR DR H. MUSAPH, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

*Definitie:* Onder vaginisme verstaan wij het seksueel gedragspatroon, waarbij de vrouw tegen haar wil elke poging tot geslachtelijke toenadering beantwoordt met een kramptoestand van spieren, die een rol kunnen spelen bij de coïtus.

Wij hebben met opzet de definitie ruimer gesteld dan gewoonlijk, omdat de ervaring leert dat men de beschreven afwijking niet kan beperken tot de optredende kramptoestand van de schede. Een enkele keer kan men waarnemen dat de kramptoestand hoofdzakelijk buiten het geslachtsorgaan optreedt, bijvoorbeeld aan de adductores van de dijen of aan de buikspieren. En bij ernstige vormen kan men uit de beschrijving van het gedrag van de vrouw bij een poging tot coïtus opmaken, dat ook de schoudergordel, de armen en het hoofd mee kunnen doen. Men stelle de diagnose dus niet alleen op de kramptoestand van de schede. Wij hebben daarom in onze definitie gesproken van spieren, die een rol spelen bij de coïtus. Hiermede wordt duidelijk, dat elke spier in een kramptoestand kan komen tijdens het voorspel tot coïtus. Welke spier of groepen van spieren worden aangedaan, zal individueel verschillend zijn.

In de definitie is ook opgenomen dat de kramptoestand optreedt tegen de wil van de vrouw. Hiermede is aangegeven dat het vaginisme een onbewust, buiten de bewuste wil om verlopend proces is, waarvoor men de vrouw onmogelijk verantwoordelijk kan stellen. Het meest frekwent bij vaginistische vrouwen is de eenvoudige kramptoestand van de m. constrictor cunni, waardoor de immissio penis bemoeilijkt of onmogelijk gemaakt wordt.

*Diagnose.* De diagnose berust op drie pijlers:

1 *De anamnese.* Hierin wordt het verhaal gebracht van de moeilijkheden bij de immissio penis. De geofende interviewer slaagt er meestal zonder veel moeilijkheden in om een beeld te krijgen van de ernst van de afwijking. Men trachte de anamnese op te nemen in aanwezigheid van de echtgenoot, die daarna zijn aanvullingen of correcties kan geven. Tevens is men dan in de gelegenheid zich een beeld te vormen van de wijze waarop de man en de vrouw met elkaar omgaan. De man en de vrouw geven meestal aan, dat de phallus niet verder kan penetreren omdat hij tegen een muur stoot. Dikwijls wordt aangegeven door de man, dat hij wel

2 à 3 cm naar binnen kan gaan, maar dan ook met de grootste medewerking van de vrouw niet verder komt.

2 *Het gynaecologisch onderzoek.* Dit behoeft geen afwijkingen aan het licht te brengen. In vele gevallen demonstreert de vrouw het vaginisme bij de poging de patiënte te toucheren. Noodzakelijk voor de diagnose is dit verschijnsel niet. Wij staan op het standpunt dat er een vaginisme kan optreden bij een poging tot coïtus, dat afwezig blijkt bij het vaginale toucher door de arts.

3 *Het psychiatrisch onderzoek.* Aangezien het vaginisme een uiting is van een psychische stoornis, dient men bij psychiatrisch onderzoek ook andere psychische stoornissen te kunnen vinden. In verreweg de meeste gevallen liggen deze stoornissen op het terrein van de psychoneurosen. Men dient te vragen naar het voorkomen van inadekwate angsten, naar stoornissen in de bewustzijnsgraad, naar affectabiliteit en affect-incontinentie, naar contactstoornissen. De ervaring leert dat het vaginisme zeer zelden het enige neurotische symptoom van de patiënte is. Ik heb het niet-kunnen vinden van andere neurotische symptomen in de anamnese van een vaginistische patiënte steeds beschouwd als een vingerwijzing in de richting van het pseudovaginisme of van eigen onvermogen in de gesprekstechniek.

*Pseudovaginisme.* Onder pseudovaginisme verstaan wij het boven beschreven gedragspatroon bij vrouwen met objectieve gynaecologische afwijkingen. Deze afwijkingen veroorzaken het pathologische gedragspatroon. De volgende stoornissen komen hiervoor in aanmerking:

vulvovaginitis  
bartholinitis  
condylomata accuminata  
uitgebreide varicosus vulvae  
herpes genitalis  
fissuren aan de vulva, bijvoorbeeld bij colpitis senilis  
atrofie van de vulva, met schrompeling gepaard gaande.

Het is duidelijk dat men niet tot de diagnose „vaginisme” kan komen zonder gynaecologisch onderzoek. De opheffing van de gynaecologische afwijking is bij het pseudovaginisme tevens het einde van het pathologische seksuele gedragspatroon.

*Vaginisme als reflex.* Men kan het vaginisme beschrijven als een subcorticaal reflex, waarbij de stimulus van psychische aard is. De patiënte is zich niet meer bewust van de psychische inhoud. Men heeft redenen om aan te nemen dat deze inhoud een gevaar betekent, waarop het eindorgaan: de spier of de spiergroepen reageert met een spasmus.

Men zou deze reflex kunnen vergelijken met de krabreflex bij het aanhoren van een verhaal over een vlo of van een college over scabies. Zoals be-

kend verlopen deze reflexen buiten het bewustzijn om. Bij het vaginisme zou dan een conditionering hebben plaats gevonden, waarbij de gevaarlijke situatie niet meer aanwezig is. Geredeneerd vanuit de theorie van Pavlov zou men kunnen zeggen, dat de kramptoestand van de m. constrictor cunni zijn doelmatigheid heeft verloren op het moment van de conditionering. Er is geen antwoord te geven op de vraag naar de inhoud van de stimulus, die oorspronkelijk de kramptoestand heeft opgeroepen. Deze stimulus zal men in het onbewuste moeten vinden. Hiervoor heeft men de theorie van het onbewuste en van de infantiele seksualiteit nodig.

*Vaginisme als primaire symbolische expressie.* Het door ons als zuiver psychogeen gedefiniëerde vaginisme is de uitdrukking van grotendeels onbewuste inhouden van seksuele aard, die van vrouw tot vrouw kunnen verschillen. Vroeger nam men wel aan, dat vaginisme bijna uitsluitend een uiting was van de vrouw, zij het een onbewuste, om de penis af te pakken met de schede als knijptang. Iedere ervaren seksuoloog zal het vóórkomen van deze psychische inhouden kunnen bevestigen. Er moet echter worden gewaarschuwd tegen generaliseren en ont-individualiseren. Eenzelfde symptoom kan vele en velerlei symbolische betekenissen hebben.

Het is duidelijk, dat een subjectieve benadering van de patiënt bij het opsporen van de betekenis van het symptoom, de therapie aanzienlijk zal vergemakkelijken. Een van de meest voor de hand liggende duidingen van het vaginisme is, dat de vrouw een coïtus met haar man tegelijkertijd wel en niet wil. Met andere woorden, dat er krachten in haar werkzaam zijn, die zij niet in haar macht heeft, die haar het coïteren verbieden. Dit is juist. Wij hebben nog nooit bij psychische exploratie deze werkhypothese als ondeugdelijk moeten afwijzen. Wel dient men dan zich af te vragen, welke oorzaken juist bij deze vrouw met deze levensgeschiedenis de afweer van de bewust gewilde coïtus versterken.

Wij spreken van een primaire symbolische expressie omdat aan de schede als orgaan zelf de symbolische werking af te lezen is. Vanuit de moderne neurosenleer zou men kunnen zeggen dat vaginisme een conversie-symptoom is.

*Vaginisme als conversie-symptoom.* Men vindt in de psychiatrie een conversie-symptoom praktisch alleen bij mensen, die lijdende zijn aan een hysterische neurose. Hierbij moet worden aangetekend dat men naar onze mening niet van een neurose mag spreken indien het neurotisch symptoom vluchtig is. Men kent zeer vele neurotische symptomen bij de normale mens. Deze zijn echter nooit gefixeerd in de tijd, dat wil zeggen ze bestaan nooit langer dan enkele uren. De vaginistische vrouwen, die op ons spreekuur komen, hebben bijna allen een lijdensperiode van maanden tot jaren achter de rug, waarin zij huisartsen en vrouwenartsen hebben geraadpleegd. Men kan dus terecht stellen, dat de patiënten, die onze ervaring helpen opbouwen, een be-

paalde selectie vormen. Deze selectie vertoont zonder uitzondering ook andere neurotische symptomen, die liggen op het gebied van de conversie-hysterie, de angsthysterie of het hysterisch karakter. Zoals bekend neemt men tegenwoordig het hysterie-begrip heel wat ruimer dan voor de oorlog. Indien men bij neurotici een deficiënte vorm van verdringing als psychisch regulatiemechanisme aantreft en als men redenen heeft om aan te nemen, dat de onverwerkte infantiele stress-situatie aanwezig was in de orale en de oedipale fase, dan spreekt men van hysterie. Vanuit deze conceptie zou men in zeer vele gevallen in ons selectief materiaal kunnen spreken van vaginisme als hysterisch symptoom.

*Opbouw van het neurotisch symptoom.* Het vaginisme is te beschouwen als een expressie van de onbewuste wens om de penis niet toe te laten. Men dient een studie te maken van de infantiele seksuele fantasieën van de patiënte om een juist antwoord te krijgen op de noodzakelijk te stellen vraag, welke fantasieën in de gegeven situatie motoren zijn voor het afwijkend gedrag. In vele gevallen zijn het sadistisch en masochistisch gekleurde fantasieën, die door onvoldoende psychische groei onvoldoende verwerkt zijn en nog bij de lichamelijk volwassen vrouw doorspelen. Deze sadomasochistische fantasieën, meestal stammend uit een periode rondom het derde levensjaar, veroorzaken bepaalde kwanta angst, die door de neurotische structuur van de persoonlijkheid meestal onbewust blijven.

*Vaginisme en angst.* De angst uit zich in de spasmus van de spieren. De lokalisatie van de spieren verraadt voor een deel de inhoud van de angsten. Freud zou zeggen: in de afweer (de spasmus) is het afgeweerde (de seksuele gefantaseerde handeling) te herkennen. Deze wet geldt, zoals bekend, voor elk neurotisch symptoom. Het vaginisme zal wel oorspronkelijk een somatische expressie van de angst zijn geweest, met andere woorden een angstsymptoom. De vrouw, die ons komt consulteren wegens vaginisme, geeft aan op het moment van de poging tot coïtus meestal geen angst te voelen. Het vaginisme is dus tot angst-equivalent geworden: het komt in plaats van de angst. Klagen de patiënten toch over angst tijdens de poging tot coïtus, dus ten tijde van hun vaginisme, dan zijn er twee mogelijkheden:

1 Wij hebben te maken met een vaginisme in statu nascendi. Het neurotisch symptoom is nog onvoldoende gefixeerd, de angst nog onvoldoende verdrongen.

2 De angst is een secundaire angst, een normale reactie op een abnormale situatie. De primaire angst is dan de verdrongen angst, die zijn expressie vindt in het conversie-symptoom. De secundaire angst is te begrijpen vanuit de seksuele situatie van de vrouw, die het mislukken van de coïtus als een vernedering en een mislukking zal beleven. De secundaire angst zou dan een normale angst om te falen zijn.

*Indicatiestelling tot vormen van therapie.* Indien men uitgaat van de theoretische overweging dat een patiënte lijdende aan vaginisme eo ipso lijdende is aan een neurotisch symptoom, dan zal men bij de indicatiestelling niet anders tewerk gaan dan bij elk ander neurotisch symptoom. Men bedenke dan goed dat de vorm van therapie van het neurotisch symptoom niet bepaald wordt door het symptoom, maar door de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt. Men dient na te gaan welke psychische krachten de patiënte kan opbrengen als bondgenoot van de arts in de strijd tegen het neurotisch symptoom. Het spreekt vanzelf dat de medicus zich tevens laat leiden door opleiding en ervaring op het gebied der verschillende psychotherapeutische technieken. De volgende korte beschouwingen moeten in dit licht gezien worden. Wij zullen gaarne berichten van technieken, waarmee wij goede resultaten hebben gezien in de behandeling van vaginisme.

*Autogene training.* Deze techniek, oorspronkelijk uitgewerkt door Schultz, variëren wij door via een arm en een been de ademhaling, en via de bewuste hantering van de anaalspijeren de m. constrictor cunni beter te leren beheersen. Wij menen, dat de autogene training een lichte hypnotische toestand kan oproepen, waarbij een ingestelde suggestieve psychotherapie een grote mate van rendement kan geven. De autogene training helpt de patiënte zich beter voor te bereiden op de coïtus en de opkomende spasmus te bedwingen. Dat hierbij de sanctie van de medicus-autoriteit een positieve rol kan spelen, is duidelijk. Wij hebben geleerd om al te grote angsten van neurotische aard als contra-indicatie te zien.

Bij het instellen van deze therapie kan men voor verrassingen komen te staan in de vorm van emotionele ontladingen bij elke poging zich geheel te ontspannen. Zo hebben wij vaak in de eerste zitting reeds een huilbui kunnen waarnemen. Men dient deze ontlading eerder te stimuleren dan af te remmen.

*Hypnose.* In ons land wordt de hypnose als psychotherapeutisch middel veel minder toegepast dan bijvoorbeeld in Engeland, waarschijnlijk ten onrechte. De hypnose is, bij goede indicatiestelling, een bruikbaar middel om via posthypnotische suggesties een symptoom-genezing te bewerkstelligen. Hypnose is ons inziens bij vaginisme geïndiceerd, indien er redenen aanwezig zijn om aan te nemen dat de persoonlijkheidsstructuur te weinig gedifferentieerd of te zwak van aanleg is om te trachten de pathogene conflictsituatie op te sporen. Bij zwak-begaafde en chaotische gestructureerde patiënten zag ik gunstig resultaat. Bij zeer angstigen dient men zich van hypnose te onthouden. Men verzuime niet, alvorens tot hypnose of autogene training over te gaan, de patiënte tevoren uitvoerig in te lichten over wat er gaat gebeuren. En men organiseer dat de patiënte na de hypnose steeds door een ander afgehaald en thuisgebracht wordt. Wij noemen de

autogene training en de hypnose „toedekkende therapieën”.

*De conflictstof blootleggende psychotherapie.* Indien de persoonlijkheidsstructuur van de patiënte voldoende houvast biedt voor een grote hoeveelheid gezonde krachten om de conflictstof te bestrijden, geve men haar de gelegenheid zich van het neurotische samenspel van onbewuste conflicten te ontdoen. Deze techniek vereist zeer veel tact en geduld, waarbij voor alles een moraliserende houding vermeden dient te worden. Kennis van de opbouw van de infantiele seksualiteit en van de psychische regulatiemechanismen, die in het menselijke contact kunnen optreden, zijn noodzakelijk. Indien de behandeling naar wens verloopt, zal men kunnen constateren, dat de patiënte angstiger gaat worden. Dit kan vooral duidelijk zijn tijdens de psychotherapeutische seances, maar ook in een sociaal veel hinderlijker vorm in het contact met man en kinderen. Een herhaalde duiding van deze angst als genezigssymptoom is gewenst. Doordat de arts een koppeling van de angst aan de oorspronkelijke uiting zal trachten te verkrijgen, kan hij de genezing bewerkstelligen. Helaas komt het vaak voor dat men op grond van de ingestelde techniek niet in staat is het proces op de voet te volgen. (De patiënte komt niet vijf keer per week bij de arts, zoals in een psychoanalytische behandeling!). Er ontstaat dan een symptoomverschuiving (shift). Men ziet dan binnen enkele weken een ander neurotisch symptoom ontstaan.

*Klassieke psycho-analyse.* Deze tijdrovende en zeer kostbare behandeling heeft nog steeds de beste papieren in de bestrijding van het vaginisme. Men bedenke evenwel, dat de indicatiestelling tot deze therapie een optimale gunstige psychische structuur van de persoonlijkheid veronderstelt. Men kan alleen analyseren als er een Ik bestaat dat te analyseren is. Alleen zeer intelligente, integere en gevoelsbegaafde jonge mensen komen voor een dergelijke ingrijpende therapie in aanmerking.

*Psychofarmaca.* Er zijn goede gronden om aan te nemen dat bij neurotische symptomen de psychofarmaca alleen effect sorteren indien de band tussen patiënt en arts een goede is. Onderzoekingen hebben aangetoond, dat psychofarmaca het meest effectief kunnen zijn, indien zij worden gegeven door een arts met een warme, menselijke en begrijpende benadering. De koele, schizoïde, verambtelijke arts blijkt aanzienlijk minder duidelijk de patiënt te kunnen helpen. Men dient steeds de psychofarmaca te zien als ondersteuners van de psychotherapie. Is de secundaire angst het op de voorgrond tredende symptoom, dan geve men een anxiolyticum als Librium, bijvoorbeeld 's avonds voor het naar bed gaan 2x 10 mg. Men bedenke dat tijdens de losmakende psychotherapie, waarbij angst ontstaat, een anxiolyticum gecontraïndiceerd is. Het beleven van de verdrongen, nu bewust geworden angst, is

een noodzakelijke voorwaarde voor het verwerken en dus overwinnen van de angst. In een dergelijke situatie advisere men om zich van elke medicatie te onthouden. Weinig ervaring heb ik met lysergzuur diaethylamide (L.S.D. 25). Wel weet ik dat in de L.S.D.-roes infantiele situaties die pathogeen hebben gewerkt, opnieuw worden beleefd. Zelf heb ik hiervan merkwaardige staaltjes gezien. Het beleven van orgastische gevoelens in de L.S.D.-roes is beschreven.

Van spierverslappende middelen als meprobaat hebben wij onvoldoende succes gezien. Wel hadden wij de indruk dat sedativa als phenobarb. Na 25 mg 's avonds de stemming kunnen verbeteren. De spasmolytica hebben een onvoldoende werking op het vaginisme. Wel kan als ondersteuning een preparaat als buscopan of bellergal van dienst zijn. Men bestelle de patiënte de dag na de met medicatie uitgevoerde coïtus terug om in vele gevallen ongewenste reacties te kunnen herstellen.

*Mechanische therapie.* In sommige gevallen blijkt anamnestic, dat de arts getracht heeft het vaginisme te bestrijden door zogenaamde oprekking. Hij tracht dan een speculum van telkens grotere afmeting vagineel in te brengen om de patiënte te overtuigen van de mogelijkheid om de phallus te ontvangen. Wij kunnen ons voorstellen dat deze therapie, via de geruststelling en de sanctionering door de arts-autoriteit om het „verboden” seksuele spel te spelen, werkt. Misschien speelt dan ook nog de relaxatie tijdens het onderzoek op de gynaecologische stoel een rol. Zelf passen wij deze methode nooit toe. De ervaring leert ons dat vele patiënten die ons consulteren reeds deze behandeling, helaas zonder resultaat, hebben ondergaan.

*Chirurgische therapie.* Vroeger, toen de psychiatrie en de psychotherapie tussen de medische specialisten nog onderontwikkeld gebied waren, werd vaak bij vaginisme, zonder vooraf de psychiater te raadplegen, een chirurgische ingreep toegepast. De vagina werd longitudinaal geïndiceerd en dwars gehecht, waardoor de vulva werd verwijderd. Men redeneerde aldus: indien de m. constrictor cunni bloedig wordt doorgesneden, dan kan het vaginisme niet meer optreden. Dat is juist. Helaas is de vaginistisch geweest zijnde patiënte hiermee niet geholpen. Als restverschijnsel van deze ingreep wordt opgegeven, dat er een spasmus van de adductoren van de benen of van de anus ontstaat. Deze symptomen hebben wij na deze ingreep kunnen waarnemen. In andere gevallen zagen wij anorgasmie, frigiditeit en aversie tegen de coïtus optreden, waarbij het voor de psychiater niet moeilijk was om een causale relatie te leggen tussen de operatie en het seksuologisch symptoom. Elke seksuoloog kent gevallen waarin de therapie aanzienlijk wordt bemoeilijkt door de in het verleden verrichte operatie. In vele gevallen bereikt men een duurzame hyperaesthesie van de introïtus, waardoor elke coïtus tot een kwelling wordt.