

geldende gegevens zonder meer toe te passen op de bejaarde.

Summary. Dangers of hypotensive medication in the aged. A review of sources of errors in determining and interpreting blood pressure, and a review of the literature, is followed by a discussion of the dangers of lowering the blood pressure in arteriosclerotic patients, with reference to the cerebral circulation.

- Beck, H. Lasablière, R. Levillain en P. Berthaux (1963) *Rev. Fr. de Géront.* 9, 55.
Birkenhäger, W. H. en L. W. Statius van Eps (1959) *Ned. T. G.* 103, 1467.
Castaigne, P., F. Lhermitte en J. C. Gautier (1965) *Rev. Neurol.* 1, 113.
Diatlowicki-Tobi, A. (1966) *Proceed. Seventh Int. Congr. Geront.* V, 337, Vienna.
Dorhout Mees, E. J. en N. Holshuysen (1961) *Ned. T. G.* 105, 2320, 2384.
Folkerts, J. F. (1960) *Ned. T. G.* 104, 109.
———, (1963) *Ibid.* 107, 1029.

- Hamilton, M. E. N. Thompson en T. K. M. Wisniewski (1964) *Lancet* I, 235.
Hodge, J. V., E. G. McQueen en H. Smirk (1961) *Brit. Med. J.* I, 1.
Kendell, R. E. en J. Marshall (1963) *Brit. Med. J.* II, 344. *Leading Article Lancet* 1966, I, 414.
Marshall, J. (1964), *Lancet* I, 10.
Martin, E. en B. Garnier (1961) *Geront. Clin.* 3, 83.
Meyler, L. (1961) *Ned. T. G.* 105, 1990.
Newman, M. J. D. en J. J. S. Robertson (1959) *Brit. Med. J.* I, 1368.
Pickering, G. (1964) *Brit. Med. J.* I, 517.
———, (1965) *Ibid.* II, 959, 1021.
Russell, R. W. R. (1961) *Lancet* II, 1422.
Schalm, L. (1963) *Ned. T. G.* 107, 817.
Schouten, J. (1967) *huisarts en wetenschap* 10, 224.
Stieglitz, E. J. (1954) *Geriatric Medicine*, Pitman & Sons Ltd. London
Viersma, H. J. (1956) *Ned. T. G.* 100, 879.
Weinberg, M. (1966) *J. Amer. Geriat. Soc* 14, 1 en 102.
Zalm, H. v. d. (1966) *Ned. T. G.* 110, 1864.
Zülch, K. J. (1960) *Dtsch. Med. Wschr.* 85, 1524 en 1585.

Een bij jonggehuwden frequent voorkomende coïtusbelemmering

DOOR L. H. LEVIE, SEKSUOLOOG TE AMSTERDAM

Tal van ervaringen hebben mij geleerd, dat lang niet zelden pasgehuwden zich tot de huisarts wenden met de klacht, dat de samenleving niet gelukt. Diverse oorzaken kunnen hieraan ten grondslag liggen. Een deel daarvan kan direct worden teruggevoerd op *vroegtijdig erectieverlies* bij de man, al dan niet tengevolge van premature ejaculatie. Hierover wil ik het thans niet hebben, mede omdat — men houde mij dit ten goede — de behandeling van dergelijke veelal primair optredende potentieelstoornissen vaak de grenzen overschrijdt van wat men gemeenlijk onder huisartsgeneeskunde verstaat.

Evenmin wil ik in dit artikel uitweiden over de neurotische afweer van elke seksuele toenadering door de vrouw, in de vorm van een zich angstig daaraan onttrekken, eventueel door de partner van zich af te duwen, haar benen te sluiten of tenminste de sluitspieren van de schede-ingang krampachtig te contraheren. Vooral door dit laatste veroorzaakt iedere poging tot penetratio in vaginam sterke pijn. Ook de behandeling van deze stoornis, aangeduid als *vaginisme*, zou ik bij voorkeur in meer gespecialiseerde handen zien, waarbij ik een pleidooi houdt *tegen* verwijzing naar een vrouwenarts, wanneer deze de eenvoudige doch bepaald niet de beste weg kiest van doorsnijding van de afsluitende spieren der schede-ingang.

Maar ook afgezien van bovengenoemde categorieën blijft er nog altijd een aanzienlijke groep over van jonggehuwden met initiële coïtusstoornissen, die bij het opnemen van de anamnese in het geheel geen blijk geven van angst voor, respectievelijk afkeer van, seksuele toenadering. Dit vormt dus een tegenstelling met hetgeen we waarnemen bij *vaginisme*, want ze hebben wel degelijk geslachtelijke

Samenvatting. Een coïtusbelemmering, typisch voor jonggehuwden, berust op een onaangepaste coïtushouding tengevolge van onjuiste voorstellingen bij beide partners. De behandeling ligt in de eerste plaats op het terrein van de huisarts.

verlangens en ze geven dan ook aan, dat zij zich bepaald niet onttrekken aan pogingen om tot geslachtelijk verkeer te komen, waarbij de vrouw — dit eveneens in tegenstelling tot de situatie bij *vaginisme* — in voldoende mate tot erectie van haar genitalia externa met de daarmede gepaard gaande vulvaire vochtsecretie geraakt. Het enige dat met *vaginisme* overeenkomt is, dat de *immissio penis* niet plaatsvindt en dat de druk van de geërgerde penis soms lokaal pijn veroorzaakt, zelden echter zodanig dat de vrouw zich aan de seksuele toenadering onttrekt. Wel kan het op den duur bij een soort halve coïtus blijven. Meestal echter neemt men geen genoegen met deze gang van zaken maar begeeft zich na enige teleurstellende ervaringen naar de arts. Dikwijls is dit de vertrouwde huisarts en juist deze is naar mijn mening bij uitstek de aangewezen persoon om deze jonge mensen, die aan het begin van hun huwelijksleven staan, met raad en daad bij te staan. Tenminste indien hij de aard en de oorzaken begrijpt van deze coïtusmoeilijkheid, die zo gemakkelijk verkeerd kan worden geïnterpreteerd.

De oorzaken liggen namelijk dermate voor de hand, dat zij wellicht juist daarom door de arts vrijwel nooit worden onderkend. Door onze kennis

van bouw en functie der geslachtsorganen kunnen wij ons te weinig verplaatsen in de gedachtengang van hen, die novice zijn in de ars amandi. Ik zeg „wij”, omdat ook door mij jarenlang de ware toedracht van de onderhavige coïtusmoeilijkheid niet is onderkend. Ik zocht deze destijds in de eerste plaats in de door *Van Emde Boas* beschreven symphysisvariatie, namelijk een abnormaal brede en met een vrij scherpe kant naar onderen reikende symphysis, welke men nogal eens bij vrouwen met bovengenoemde klachten aantreft. Het laat zich daarbij zeer wel indenken dat bij pogingen tot intromissio de penis tegen deze scherpe onderkant drukt, en dat door de daardoor ontstane pijn de vrouw tot aanspannen van haar de introïtus afsluitende spieren komt, waardoor een secundair vaginisme ontstaat. Deze mogelijkheid wordt door mij niet ontkend, maar deze symphysisvariatie is niet uitsluitend noch altijd de oorzaak.

Eenzijds bleek mij, dat er vrouwen zijn met deze brede symphysis die desondanks nooit moeilijkheden met de samenleving hebben ondervonden, terwijl er anderzijds vrouwen zijn met de hierboven omschreven coïtusmoeilijkheid doch met een normale symphysis. Het zou dus onredelijk zijn die toevallig gevonden brede symphysis te beschuldigen de uitsluitende oorzaak te zijn van een bemoeilijkte intromissio penis bij normale erectie van de man naast een goede coöperatieve instelling van de vrouw.

* * *

De ware toedracht van deze coïtusmoeilijkheid is gelegen in een onaangepaste ligging der beide partners op grond van bepaalde misvattingen zowel bij de manlijke als bij de vrouwelijke partner.

Bij de man bestaat er dikwijls een onjuist beeld over de plaats van het vrouwelijke genitaal, welke hij lokaliseert op de overeenkomstige hoogte als waar bij hem de penis zit. Naar analogie van de eigen lichaamsbouw neemt hij derhalve aan, dat haar geslachtsopening zich eveneens ter hoogte van de symphysis bevindt.

Naast deze verkeerde voorstelling door de man, bestaat er een even onjuiste verwachting bij de vrouw over de gang van zaken. Zij kende immers tot dusver uitsluitend de clitoris als erogene zone. De vagina is nog niet als geslachtsorgaan in gebruik genomen, zodat ook de vaginale lustgevoeligheid — voornamelijk gezeteld aan de voorkant der schede vlak achter of boven de symphysis — haar nog onbekend is. Dientengevolge zal de virginele vrouw haar lust bij de voor de eerste maal plaatsvindende coïtus ook bij de clitoris verwachten, zodat zij zal trachten dit orgaan naar de penis toe te brengen. In dat geval versterkt zij haar lendenlordose en strekt het bekken. Het gevolg daarvan is echter, dat de vulvairopening nog meer tussen de benen verdwijnt, waardoor ook harerzijds de aanpassing van penis aan vagina wordt bemoeilijkt.

Dit alles tezamen maakt dus dat de man, zich

niet realiserend dat zijn genitaal zich minstens zes cm hoger bevindt dan dat van zijn echtgenote, met zijn onderlichaam nagenoeg op gelijke hoogte ligt als dat van de wederpartij. Indien de vrouw zich in rug- en onderligging bevindt, ligt hij met zijn symphysis juist tegen, in plaats van onder die van zijn partner. Zijn penis komt daarbij op zijn gunstigst terecht in het voorste deel van de rima pudendi der vrouw of wel drukt hij de fallus tegen haar symphysis aan, hetgeen voor de vrouw bepaald onaangenaam is. Het spreekt wel vanzelf, dat bij een extra brede symphysis dit in nog sterkere mate het geval is, waardoor de reeds vermelde observatie van *Van Emde Boas* op zichzelf volkomen juist is.

Zoals reeds vermeld, wordt juist tengevolge van onze kennis der anatomie van het menselijke lichaam, vrijwel nooit aan dit voor de hand liggende misverstand tussen beide seksen gedacht. Nu dit wél het geval is, is de therapie logischerwijze samen te vatten in een drietal adviezen aan het echtpaar, namelijk: 1. de man moet duidelijk worden gemaakt dat het genitaal van zijn vrouw niet aan haar voorkant ligt, zoals dat het geval is met zijn penis, maar meer ter hoogte van zijn scrotum, zodat hij meer distaal moet liggen; 2. hij moet daarbij niet te zwaar op zijn partner liggen, maar meer steunen op zijn knieën en ellebogen; 3. de vrouw dient te worden geïnstrueerd haar bekken naar voren te kantelen, zodat zij beter haar vulvairopening „presenteert”, en zij moet worden aangemoedigd de lust te zoeken in de schede in plaats van aan de clitoris. Dit is temeer gewenst, omdat bij een volkomen intromissio penis in vaginam de lust van de vrouw niet kan worden ontleend aan de clitoris, aangezien dit orgaan bij een normale cohabitatie immers „buiten spel” staat.

Bij het opvolgen van deze adviezen — na verkregen betere inzichten — verdwijnen de moeilijkheden spoedig. Hier nu ligt een taak voor de huisarts, wiens „petite sexologie” belangrijke winsten kan afwerpen!

Naschrift. Op een bijeenkomst van collegae, waar de hierboven vermelde moeilijkheid werd besproken, zei een van de aanwezigen: „Ja, dat is het gevolg van de opgerichte gang van de mens!” Gaarne sluit ik mij aan bij deze opmerking. Immers, bij alle zoogdieren benadert het mannetje zijn paringspartner a posteriori. Dit is echter bij de mens minder gemakkelijk geworden door de enorme ontwikkeling der billen als gevolg van zijn tweebenigheid. Ongetwijfeld wordt mede hierdoor de fylogenetisch zo ongebruikelijke toenadering a anteriori begunstigd. Het komt mij voor dat de mens op deze grond minder „vanzelfsprekend” dan de andere mammalia de juiste coïtushouding vindt. Hij wordt daarbij immers niet geleid door zijn instinct als zoogdier, doch moet het stellen met de veel jongere ervaringen welke hij eerst als homo sapiens heeft verworven.

Summary. A coital disturbance frequently encountered in newly wed couples. This paper describes a coital impairment typical of the newly wed, which is based on maladjusted coital posture due to faulty notions in both partners. Treatment is primarily the realm of the family doctor.

Van Emde Boas, C. (1941) Ned. T. Geneesk. 85, 21.