

Commentaar bij het artikel: De behandeling van het vaginisme

DOOR P. VAN WIRDUM, ZENUWARTS TE ROTTERDAM

Uit het artikel van collega Sluijter blijkt, dat er gevallen van vaginisme zijn, waarbij op vrij eenvoudige wijze hulp kan worden geboden. De chirurgische behandeling is dus niet de enige, die in aanmerking komt, zoals nog velen schijnen te denken. De tweede en de derde patiënte van Sluijter laten ook goed zien, dat de chirurgische behandeling slechts een symptomatische is; de laatste patiënte zag zelfs kans het symptoom weer op te bouwen na twee operaties.

Men vraagt zich echter af, welke de factoren zijn, die bij de behandeling van Sluijter werkten. Om dat te vinden, is het nodig de gevallen grondig te analyseren en daarvoor ontbreken de gegevens. Wel kan men echter aan de hand van de beschikbare gegevens en steunend op psychiatrische ervaring met vrij grote waarschijnlijkheid bepaalde factoren aanwijzen.

Bij mevrouw A had een korte bespreking van de bouw van de geslachtsorganen aan de hand van tekeningen, tot resultaat dat de coitus mogelijk werd. Het lijkt alsof het hier slechts ging om een vermeerdering van kennis, maar dat is toch niet aanneemelijk. Waarschijnlijk heeft deze patiënte zich ook gesteund gevoeld door de arts. Deze gaf, als autoriteit, haar als het ware toestemming. Door het bespreken aan de hand van tekeningen gebeurde dit heel concreet. Patiënte mocht precies zien, hoe alles in elkaar zat. Een deel van de angst en de schuldgevoelens werd daardoor weggenomen.

Verder is de steun, die het gesprek bood waarschijnlijk vergelijkbaar met die, welke een lijder aan een fobie ondervindt als een persoon, die steun kan geven, in een bepaalde handeling wordt betrokken. Daarvoor hoeft die persoon niet reëel aanwezig te zijn. Er zijn mannen, die, als ze in het buitenland reizen, telkens hun moeder of hun vrouw opbellen om te vertellen, wanneer ze een nieuwe etappe beginnen. Ze zullen bijvoorbeeld grote angst voelen als ze zonder hun vrouw in Rotterdam te hebben gebeld de reis van Marseille naar Lyon gaan maken; het is alsof ze een enorme verantwoordelijkheid op zich nemen en zich alleen in een vreemde en gevaarlijke situatie wagen. Na het korte telefonische contact valt deze angst en spanning weg, want een ander is in het gebeuren betrokken. (Het is makkelijk om hier verband te zien met religieuze of bijgelovige handelingen en het meenemen van gewijde objecten voor het begin van een reis, zoals dat zeer veel voorkomt).

Men zal nu direct tegenwerpen, dat de coitus een handeling is, die wel het minst van alles alleen

wordt begaan. Daarbij raakt men aan een punt, dat naar mijn idee heel wezenlijk is voor het vaginisme. Er is namelijk een tekort aan vertrouwen in de partner; het komt niet tot een werkelijk samenspel. Dit kan voor een deel zijn oorzaak vinden in de partner — mannen van vrouwen met vaginisme hebben nogal eens iets onrijps in hun gedrag. Het is een zwak punt van de therapie, die hier wordt voorgesteld, dat aan dit onvermogen een werkelijke verhouding met de man aan te gaan, niets wordt gedaan. Men kan alleen hopen, dat er een mogelijkheid is om naar elkaar toe te groeien, nadat het vaginisme is verholpen.

Naast de angst en het onvermogen om een voldoende verhouding met de man aan te gaan, is er nog een derde verschijnsel typisch voor het vaginisme, namelijk de krampachtige afweer. Deze is niet alleen duidelijk op lichamelijk gebied, maar een neiging er toe, vindt men ook vaak op psychisch gebied.

Ik heb de indruk, dat de eerste patiënte van collega Sluijter die afweer ook typisch vertoonde. Ze wachtte niet het tweede gesprek af, om dan rustig het resultaat mee te delen en nog eens verder te spreken. Men krijgt sterk de indruk, dat ze de affectieve achtergrond, die er bij de steun van de dokter was, wilde afweren. Daardoor kon ook juist het korte gesprek aan de hand van platen werkzaam zijn. Alles was schijnbaar erg objectief. Men kan dit vergelijken met een verschijnsel, dat vele artsen wel zullen kennen van de astmapatiënt, die steun nodig heeft, maar een, die gepaard moet gaan met een bepaald geneesmiddel. De patiënt neemt dan de houding aan, alsof het alleen om dat geneesmiddel gaat, dat dan een tijdlang als het ware de materialisatie van de steun kan blijven.

Bij mevrouw B is er eigenlijk geen sprake meer van een behandeling van vaginisme. Wel wordt hier duidelijk hoe sterk de psychische factoren zijn, die vaak bij het vaginisme werken. Toen patiënte na twee operaties de poort niet meer gesloten kon houden, weerde ze op andere wijze af. Aan de andere kant is het waarschijnlijk, dat ook haar man te onzeker ten opzichte van zijn vrouw was. Men kan zich moeilijk indenken, dat een korte therapie hier werkelijk tot een hele verandering van houding aanleiding gaf. Wel is denkbaar, dat patiënte de man ging dulden om het begeerde kind te krijgen en dat hij dus niet als werkelijke partner, maar meer als helper werd aanvaard. Om hem zo te zien, was des te gemakkelijker, toen bleek, dat de dokter vond, dat de man de techniek nog niet goed beheerste,

omdat hij de clitoris met zijn orgaan trachtte te prikkelen (waarom is dat eigenlijk fout, moeten we ons na Kinsey's publikaties gaan conformeren aan zijn „materiaal“?).

De man kon zodoende ook worden overvleugeld, zoals patiënte het de broer altijd had gedaan. Misschien heeft de voorstelling, dat haar schede te nauw en te kort was, nog een speciale betekenis, namelijk, dat haar orgaan te kort schoot, niet om de man te ontvangen, maar om zijn meerdere te zijn, mogelijk zelfs, om zonder zijn hulp kinderen te krijgen.

Al werd er van de laatste patiënte niet veel meegedeeld, toch is hier een merkwaardig verschijnsel genoemd, dat de aandacht wel waard is. Deze vrouw had namelijk een soort orgasmus, zonder dat het tot een immissio penis kwam en terwijl ze zelfs adductorenspasmus had. Dit wijst er op, dat de lust hier verbonden was met de gelukte afweer. Het is als bij de hysterie, waar de patiënt steeds meer lust in het symptoom gaat beleven. Het verschijnsel wordt dan echter moeilijk te corrigeren, zoals trouwens ook bij mevrouw C het geval bleek, die kans zag toch nog weer een soort vaginisme te ontwikkelen na haar operatie. Het is moeilijk om met de beschikbare gegevens uit te maken, welke hier de factoren waren, die maakten, dat het vaginisme door de behandeling van collega Sluijter verdween. Waarschijnlijk werd het patiënte mogelijk de coitus

te zien als een techniek, waarvan ze gebruik kon maken om het kind, waarnaar ze verlangde, te krijgen.

Als we het geheel overzien is toch moeilijk vol te houden, dat bij deze drie patiënten het vaginisme een gelokaliseerd verschijnsel was zonder diepere wortels. Als Freud in de *Drei Abhandlungen* schrijft: „Aber viele sind abnorm im Sexualleben, die in allen anderen Punkten dem Durchschnitt entsprechen“, dan wil dat ook zeggen, dat ze niet direct opvallend zijn, maar niet dat er karakterologisch geen stoornissen zijn. Deze bedoeling blijkt heel duidelijk uit de alinea vóór de aanhaling: „Die Erfahrung lehrt, dass man bei diesen letzteren (dat zijn de geesteszieken) keine anderen Störungen des Geschlechtstriebes beobachtet als bei Gesunden, ganzen Rassen und Ständen. So findet sich sexueller Missbrauch von Kindern mit unheimlicher Häufigkeit bei Lehrern und Wartepersonen, bloss weil sich diesen die beste Gelegenheit dazu bietet“.

Voor de therapie van het vaginisme blijken er mogelijkheden te zijn met een bespreking van de anatomie en de functie van de geslachtsorganen aan de hand van tekeningen. Men moet echter wel bedenken, dat daarbij de diepere wortels niet worden geraakt en dat in sommige gevallen het resultaat zelfs zal worden verkregen, doordat de vrouw zich, meer dan ze al deed, uit een werkelijk samenspel met de echtgenoot terugtrok.

CASUÏSTIEK

Een diagnostische valkuil in het abdomen

Ongetwijfeld behoort het stellen van de diagnose appendicitis acuta dikwijls tot de moeilijkste, zo niet onmogelijke opgaven voor ons, huisartsen. Wij zijn in zekere zin bevoorrecht het eerste, vaak typische begin van die ernstige afwijking in de buikholte te zien. De klassiek verlopende en te diagnostiseren appendicitis acuta zal geen onzer over het hoofd zien. De moeilijkheden beginnen pas, als de ontstoken appendix atypisch is gelegen, het begin niet is gekenmerkt door braken en de klassieke drukpijnlijkheid op het punt van Mc. Burney onduidelijk wordt of geheel afwezig is. Ik zou dan ook de atypische appendicitis acuta een diagnostische valkuil in het abdomen willen noemen, waarin wij allen, huisartsen, jonge zowel als ervaren, chirurgen, gynaecologen inbegrepen, wel eens vallen.

Differentieel diagnostisch komt in de algemene praktijk het meeste voor: appendicitis-nephrolithiasis. Het is belangrijk de diagnose juist te stellen om de gevreesde, soms dodelijke perforatie met de daarmee gepaard gaande peritonitis, te voorkomen. Men vraagt zich als huisarts af, op welke wijze men alleen, door observatie, zo mogelijk een onjuiste diagnose kan voorkomen, althans de kans hierop zo

klein mogelijk kan doen zijn.

Het zij mij daarom vergund enkele heel simpele, doch belangrijke opmerkingen vooraf te doen gaan. Noodzakelijk is het ons goed in te prenten bij het onderzoek van patiënten met acute buikklachten bij het begin te beginnen. Hieronder versta ik de observatie van de algemene toestand van de patiënt, vanzelfsprekend gevolgd door de inspectie, nog voordat men de handen gaat gebruiken voor de palpatie. Ik herinner mij hoe we als student bij een responsie-college, nerveus, onmiddellijk de palpatie begonnen bij een patiënt met buikpijnen. Onze onvergetelijke leermeester Laméris vatte dan plotse-ling de palperende hand bij de pols en vroeg dan: „Mijnheer, hebt u wel eens de bordjes gelezen in het museum?“ Op ons ontkennend antwoord kwam dan onder homerisch gelach der studenten het zo langzamerhand legendarische antwoord: „Il est défendu de toucher les objets“. De wijze les, die Laméris ons voor het latere leven als arts meegaf, is onvergetelijk. Hoewel het palperen met warme handen vanzelfsprekend zou moeten zijn, wordt daaraan vooral in de winter soms niet gedacht, tot schade van de medicus en de patiënt.