

Tasten in het duister Grenzen aan ons inzicht bij lichaamsgebonden weerstand

Jelto Drenth

CSGNN, Groningen

Samenvatting

Aanleiding voor dit artikel is de ziektegeschiedenis van een man met levenslange dyspareunie, waarin allerlei vragen onbeantwoord bleven. Deze problematiek hing samen met een nauwe voorhuid zonder somatische pathologie en de casus wordt vanuit dit perspectief, in samenhang met andere mannencasuïstiek beschouwd. Omdat de informatie over dit onderwerp beperkt is, worden klinische inzichten over etiologie, behandelstrategie en het hanteren van weerstanden gespiegeld aan soortgelijke kennis over vaginisme, uitgaande van de premisse dat deze probleemgebieden aan elkaar verwant zijn.

Deze reflectie biedt tevens een historisch perspectief op de klinische praktijk, waarin zowel psychodynamische, gedrags-therapeutische, feministische en groepsdynamische inzichten het denken over etiologie, behandelmethodes en gewenste therapeutische attitude in heel verschillende, soms elkaar uitsluitende richtingen gestuurd blijken te hebben. Vooral over de mate van directiviteit van de hulpverlener hebben zich forse meningsverschillen voorgedaan.

Dit artikel komt voort uit professionele frustratie. Het beroep van therapeut is vaak heel bevredigend; de samenwerking van de hulpverlener met zijn cliënt(enpaar) speelt zich doorgaans af in een sfeer van wederzijds begrip en respect, waarbinnen een speciaal gevoel van verbondenheid kan groeien. In zulke therapieën word ik op prettige wijze bevestigd in mijn beroepskeuze. Maar daartegenover staan minder gemakkelijke processen.

Idealiter eindigt een therapiecontact met het bereiken van vooraf gestelde doelen. Is er niets meer te wensen over, dan kan men tevreden, en definitief, afscheid van elkaar nemen. Er zijn echter jaar in jaar uit behoorlijk wat contacten met een andere afloop en

daarin hebben seksuologen het niet beter of slechter dan andere therapeuten. Uit de psychoanalytische wereld komt de verzuchting dat sommige zeer ervaren analytici nooit een klassieke analyse ‘volgens het boekje’ getermineerd hebben. Ziekte en overlijden, verhuizing en financiële problemen leiden tot afbreken, nog afgezien van analysanten die hun geloof in de behandeling verliezen of in een nieuwe liefdesrelatie opeens merken dat hun lijdensdruk op een makkelijker wijze tot draaglijker proporties terug te brengen is. Ons professionele leven kent dus vele verhalen met losse eindjes. Ik vind dat vooral frustrerend bij onderwerpen die mijn bijzondere interesse hebben: de problematiek die zich afspeelt op de grens van psyche en soma.

Voorbeeld 1: de nauwe voorhuid zonder somatische pathologie

De nauwe voorhuid zonder somatische pathologie is één van die onderwerpen. Dyspareunie is de klacht die deze mannen naar de hulpverlening voert en op de achtergrond klinkt steeds de penibele vraag naar noodzaak van besnijdenis. Mijn bemoeienissen met de voorhuid hebben dan ook vaak het karakter van een second (third, fourth) opinion. ‘Nauw’ betekent in deze situa-

J. Drenth, arts-seksuoloog NVVS, Centrum Seksuele Gezondheid Noord-Nederland, Radesingel 11, 9711 ED Groningen.
E: drenth.dekker@planet.nl

De schrijver is grote dank verschuldigd aan de beschreven cliënten, die hun ziektegeschiedenissen corrigeerden en van kritisch commentaar voorzagen, en vervolgens toestemming voor publicatie van deze versie gaven.

Ontvangen: 25 augustus 2008; Geaccepteerd: 23 november 2008

tie echter niet meer dan ‘nog-niet-opgerekt’. Een noodzakelijke ontwikkelingsstap, die de meeste jongtjes halverwege de basisschool maken, is gemist. Geven de ouders geen instructie hieromtrent, dan is het een aandachtspunt voor de schoolarts die de hygiënische noodzaak van wassen met een ontblote eikel benadrukt (en zelden de erotische wenselijkheid). Het is een klassiek schoolartsenonderwerp, de onderzoeken over de natuurlijke ontwikkeling van de voorhuid komen ook meestal uit die hoek (Wafelbakker, 1976). Opstropen lijkt simpel, maar voor een minderheid is deze handeling te angstbeladen (Levie, 1971). Die mannen komen later bij medisch seksuologen.

In 1991 heb ik de kaartenbakken van de Rutgersstichting nagevlooid op voorhuidproblemen. De getraceerde groep (Drenth, 1991) bestond voor de helft uit jonge mannen die, na uitleg en instructie voor “opstroop oefeningen” in no time hun probleem elimineerden, en een groep waarmee het contact iets langer liep, maar met veel minder succes. In deze groep had ik van de helft geen idee of ze hun probleem ooit onder de knie gekregen hadden, en soms hadden we samen ook maar weinig inzicht gekregen in de etiologie van hun fobische gedrag. De meest geblokkeerde mannen hadden vaak als kind wel van vader of moeder de instructie voor ontbloten bij douchen gekregen, maar dan was de standaardreactie, rechtstreeks uit de onderbuik: dat durf ik nooit. Dat leidde tot liegen als de ouder er af en toe weer naar vroeg, en er ontstond een verlamdend besef van falen, en een vermoeden dat hij voor dat falen vroeger of later een prijs zou moeten betalen. Hulp vinden voor deze zaken is niet simpel. De aandoenlijkste scène die mij ooit verteld werd speelde zich af tussen een brugklasser en een lerares, door hem uitgekozen omdat die juf zo blijmoedig haar voorlichtende taak waargenomen had. Na subtiel treuzelen had hij haar voor zich alleen en hij legde haar voor dat hij in de Panorama gelezen had dat jongens soms problemen hadden waarvoor ze besneden moesten worden. En of juf wist of dat waar was. Juf dacht dat dat wel waar was en dat zulke jongens vooral naar de huisarts moesten gaan voor advies. Daar schoot hij niks mee op; hoe zou dat moeten, want dan kwamen vader en moeder er achter dat hij al die tijd gejojkt had. Zou deze onderwijzeres echt niet in de gaten gehad hebben hoe actueel deze vraag was? Ze was er in ieder geval nooit op teruggekomen.

In mijn laatste voorhuidartikel (Drenth, 1998) staan drie ziektegeschiedenissen, en maar van één van deze mannen is me bekend hoe zijn leven verder ging (en dat is gelukkig heel positief). Op een andere wil ik terugkomen.

Casus X

Meneer X was 28 toen hij, ongeveer 20 jaar geleden, voor hulp bij de Rutgers Stichting aanklopt. Een paar jaar daarvoor had hij, na een paar ervaringen met dyspareunie, zijn huisarts geconsulteerd. Die vond zijn voorhuid wat nauw en stelde circumcisie voor. Na die ingreep en de herstelfase bleek de pijn tijdens de coïtus niet veranderd. De huisarts opperde de mogelijkheid dat de uroloog teveel huid verwijderd had, zodat het litteken bij erectie onder spanning stond. Meneer X is wat voorzichtig geworden en bezoekt een consultatiebureauarts voor een second opinion; deze is van mening dat de vraag beter door een plastisch chirurg beantwoord kan worden. Een plasticus wordt geconsulteerd en die is van mening dat herstel (dus eigenlijk het ongedaan maken van de circumcisie) goed mogelijk is, en schat in dat dit verbetering van de pijnklacht zal geven. Er wordt een circulair vrij huidtransplantaat van het bovenbeen in het besnijdenislitteken ingehecht. Het resultaat is vanuit chirurgische oogpunt fraai, hoewel de penishuid nu drie kleuren pigmentatie vertoont. De oorspronkelijke klacht is andermaal onveranderd. Ik ben de eerste arts-seksuoloog in zijn hulpvraagcarrière en we bespreken de mogelijkheid van een psychogene etiologie van zijn pijn. Na een paar gesprekken staat A hier voor open. Hij wordt verwezen naar een psychotherapeut die een goede reputatie heeft met psychosomatiek.

Misschien is X' therapie succesvol verlopen, maar na een korte bevestiging van de intakeafspraak ontbreekt verdere informatie. En daarmee staat de herinnering aan hem in de galerij van verdwenen, maar soms bijzonder scherp onthouden moeilijke gevallen. De student die zich wilde laten besnijden, maar die in de operatiekamer zo in paniek raakte (nadat de lidocaïne al ingespoten was) dat de ingreep niet doorging en wiens penishygiëne beperkt was tot het uitknijpen van een washandje boven de omzichtig ontblote eikel (uitvoering beschreven in Drenth, 1979). De huisartsenzoon die, waarschijnlijk door de ongewone nabijheid van medische hulp, al snel na zijn eerste pijnvaringen besneden was, wat niet tot verbetering van zijn pijn en vermindering had geleid en die ik, met grote intervallen, in tien jaar misschien tien keer zag, ook een paar keer met zijn vriendin die maar niet snapte waarom hij eigenlijk op geen enkel verlangen van haar kon reageren. De gekoesterde enige zoon van een moeder die in zijn lagere-schooljaren dagelijks met hem haar uurtje op de bank bij de psychoanalyticus recapituleerde. De nogal wereldvreemde man van 30

die, ook nadat hij met zachte drang tot zelfstandig wonen gestimuleerd was, nog af en toe midden in de nacht naar zijn moeder holde als zijn voorhuid weer eens tijdens het masturberen wat ver opgestroopt was en die, na eindeloos aarzelen toch besneden, de blote eikel zo'n afschuwelijk gevoel bleef vinden dat hij sindsdien altijd een pyjamabroek onder zijn kleren aanhad. De paramedicus die na zijn eerste pijnlijke coïtus-ervaring meteen besneden werd, maar die nadien aanraking (zowel door hem zelf als door zijn echtgenote) vrijwel onverdraaglijk bleef vinden. Ook in één van de twee casussen uit het artikel van Duyvis e.a. (1996) hebben de auteurs wat twijfel over de goede afloop (na een besnijdenis die zij op zijn minst prematuur vonden).

Herkansing middels analogie

Van meneer X loopt het spoor dood, maar vele jaren later volgde een verhaal waarin een aantal elementen opmerkelijk identiek zijn.

Casus Harry

Harry van D. is 39. Hij bezoekt een seksuoloog bij het begin van een nieuwe relatie. Zijn seksualiteit is al vanaf zijn eerste ervaringen negatief gekleurd door dyspareunie. Dat heeft te maken met een relatief nauwe voorhuid. In zijn tienerjaren heeft hij wel geleerd dat bij wassen de eikel ontbloot moet worden, maar bij masturbatie (dus erectie) heeft hij dat nooit gedaan. Hij denkt dat hij daar nooit bewust bij stilgestaan heeft, maar reali-seert zich wel dat hij in zijn eerste ervaringen met vrijen-onder-de-kleren altijd wat eerder tegen zijn grenzen aanliep dan de meisjes. Zijn terughoudendheid berustte op een mix van "nog niet zo no-dig hoeven" en een onbestemde angst. De meest lustvolle ervaringen voor zijn ontmaagding had hij met orale seks; daar heeft hij een paar keer enorm van genoten. Toen hij op zijn 19de zijn eerste coïtuservaring had, was dat inderdaad zo pijnlijk dat hij vrij snel zijn huisarts raad vroeg, en die verwees hem naar een uroloog die hem besneden heeft. Na genezing van de operatiewond bleek seksuele penetratie iets beter te verdragen, maar de onbedekte eikel was vooral tijdens en na het orgasme zo overgevoelig dat de nieuwe situatie toch verre van ideaal was. Het plezier werd door de pijn behoorlijk vergald. De huisarts gaf informatie over hersteloperaties en verwees hem naar een terzake ervaren plastisch chirurg (dezelfde als die van de vorige cliënt). Na weer een herstelfase bleek ook nu de pijn niet veranderd te zijn. Het frustrerendste was wel dat hij, na beide operaties, orale seks niet meer kon verdragen.

De relatie werd een huwelijk waarin het seksuele contact geleidelijk aan steeds meer vermeden werd. De echtgenote drong aan op hulp en ze zijn een korte periode bij een seksuologe geweest, waarbij het gebrek aan seksuele zin het therapiefocus was (m.b.t. de pijnklacht had hij de hoop op verbetering min of meer opgegeven). Er werd nauwelijks vooruitgang bereikt, zodat hij nu op twee probleemgebieden met nogal hopeloze gevoelens bleef zitten. Na dit therapiecontact is hij drie keer in psychotherapie geweest bij drie verschillende therapeuten (meestal individueel, maar hij heeft ook een periode groepstherapie gevolgd). Het geen zin hebben kwam, als psychisch probleem, altijd wel ter sprake, de pijn niet. Ondertussen verschraalde de huwelijksrelatie, resulterend in scheiding op initiatief van de vrouw die verliefd was geworden op een andere man. Harry's nieuwe relatie voelt als zeer waardevol, en daarom wil hij weer serieuze aandacht besteden aan de pijnproblematiek.

Vanaf het eerste consult stond hij open voor de (volstrekt nieuwe) gedachte dat de pijn wel eens psychosomatisch geduid zou kunnen worden en was hij bereid om na te denken over een mogelijke psychodynamiek. Zijn levensverhaal heeft behoorlijk dramatische kanten. Zijn vader is een man die heel dwingend zijn stempel drukte op het gezin. Eigen meningen en emoties van vrouw en kinderen werden niet getolereerd. Moeder kon niet tegen vader op en reageerde haar frustratie ongeremd af op de kinderen (naast Harry een oudere broer en een jongere zus). Harry was minder dan de andere twee in staat om zich onkwetsbaar te maken en werd geleidelijk steeds meer moeders zondebok. Toen hij 5 was besloot vader te scheiden; vader en moeder maakten er beide geen geheim van dat wederzijdse seksuele onvrede één van de motieven voor de scheiding was. Vader regelde dat de zonen door hem zouden worden opgevoed en moeder kreeg het zusje. Vader had snel een nieuwe partner en drong er bij de jongens op aan dat zij moeder en zus moesten vergeten. Voor vader bestond alleen het nieuwe gezin (er kwamen nog een halfzus en -broer). De beide broers hebben hun stiefmoeder het leven flink zuur gemaakt, hetgeen door vader wel opgemerkt werd, maar waartegen hij niet goed opgewassen was. Ongetwijfeld hebben de broers zich in die tijd redelijk assertief gevoeld.

In de tienerjaren bleek Harry's broer buitengewoon populair te zijn op de school die ze beiden bezochten en dat bezorgde hem een fors minderwaardigheidscomplex. Ter compensatie daarvan

kon hij nogal een pestkop zijn. Een zeer charismatische, maar ook zeer manipulatieve leraar chanteerde beide broers tot seksuele handelingen, en toen Harry hier een einde aan maakte werd hij door deze vertrouwensfiguur een tijd behoorlijk vernederd. Hij heeft daar destijds nooit veel woede over gevoeld. Nu wel.

De seksuele toeschietelijkheid van meisjes was voor hem verwarrend en zelfs een beetje bedreigend, en ook intimiteit en gehechtheid bleken relatieaspecten waar hij mee worstelde. Zijn vertrouwen in vrouwen is beperkt en in zijn huwelijk heeft hij zijn vrouw, na de verliefdheidsfase, niet alleen de seksualiteit maar eigenlijk alle intimiteit ontzegd. Ook in de huidige relatie is al gebleken dat hij bij meningsverschillen erg bijterig kan worden. Hij is erg jaloers. Met de nieuwe vriendin zijn deze emoties actueel, omdat zij wat wankelmoedig is over de vraag of ze wel behoefte heeft aan een vaste relatie. In haar levensverhaal komen meer korte dan lange verkeringen voor. Bijzonder is dat zij haar orgasmes tot nu toe helemaal voor zichzelf gehouden heeft. Er waren wel eens mannen die in de gaten hadden dat zij niet klaar kwam, maar als ze daar en punt van maakten weigerde zij daarin te veranderen. De relatie met Harry is de eerste waarin zij ervaring opdoet met het delen van haar orgasme.

Harry is bereid om, vanuit de psychosomatische hypothese, te gaan oefenen met intensievere aanraking van zijn eikel, met behulp van glijmiddelen ('blote-eikelmasturbatie'). Dat gaat op zich wel goed, maar het levert in het vrijen-à-deux geen veranderingen op. Omdat de pijnklacht in het geheel van de erotische relatie maar een betrekkelijke beperking betekent, besluit hij het contact af te ronden. Misschien dat hij in de toekomst nog verder zal gaan met aanrakingsexperimenten.

Bij telefonische follow-up na 1½ jaar blijkt de situatie onveranderd. Orale seks blijft voorbij zijn tolerantiegrens liggen. De relatie heeft forse ups en downs, waarin Harry nu enigszins in de slachtofferpositie beland is. Zijn vriendin is duidelijk de ambivalentste en wispelturigste partner.

Het contact met deze cliënt is tot 6 gesprekken beperkt gebleven, maar dat is bij deze groep eerder lang dan kort. We kunnen dat spiegelen aan ervaringen uit mijn vaginismebestand, het vrouwenprobleem dat qua manifestaties (angst leidend tot nauw blijven (bij vrouwen via bekkenbodempertone) en allerlei soorten van vermijdingsgedrag) met reden het vrouwelijk equivalent van de nauwe voorhuid zonder somatische pa-

thologie genoemd kan worden. In de groep meest problematische mannen van het onderzoek uit 1991 bleken 5 van de 7 een relatie te hebben met een vrouw die aan vaginisme leed, dus je mag veronderstellen dat deze partnerkeuze op herkenning van een gemeenschappelijke angst gebaseerd is.

Voorbeeld 2: primair vaginisme

Hoewel de behandeling van vaginisme in de recente vakliteratuur nogal optimistisch behandeld wordt (te beginnen met Masters & Johnson, 1970) weten seksuologen dat onder de grote groep vrouwen met deze problematiek een subgroep bestaat die in de therapie enorme weerstanden laat zien. Een gedeelte van deze vrouwen zoekt pas hulp tegen de tijd dat zij kinderen willen en dat verlangen is een sterke motivator. Maar zelfs dan loopt het proces soms stroef en vanaf de 70er jaren werd op momenten van impasse door seksuologen en gynaecologen als alternatieve aanpak gesproken over de mogelijkheid van Kunstmatige Inseminatie met sperma van de Echtgenoot (KIE), dus inseminatie in eigen beheer in de eigen slaapkamer (Drenth e.a., 1995). Tegenwoordig is die mogelijkheid ook bij het grote publiek vaak wel bekend, maar voor sommige vrouwen betekent kiezen voor KIE een niet te onderschatten narcistische krenking. Het kan lang duren voor zij hun trots overwinnen en er is dus bij vrouwen meestal langer gelegenheid om ons te verdiepen in hun individuele psychodynamiek dan bij de mannen.

In mijn hoofd zit ook uit deze groep een serie vignetten van therapieaanzetten waarin het onvoldoende gelukt is om de fobische angst voor pijn en/of penetratie te laten uitdoven en waarvan ik dus ook een onaf nabbeeld heb. Een jonge vrouw die mij het fenomeen dissociatie demonstreerde toen ik haar, ter inspiratie van een huiswerkopdracht voor zelfonderzoek een vaginaplaatje uit de CIBA-atlas voorlegde, waarop zij na een ongemakkelijke stilte uitlegde: "ik kijk wel, maar ik zie niks". De onderwijzeres die naast het vaginisme vertelde over een serie rituelen die zij op de WC altijd moest uitvoeren om haar angst te bezweren dat uit de pot het moordzuchtige dwergje uit Don't look now haar zou attaqueren. De zeer jong getrouwde vrouw die, nadat ik haar voorgelegd had dat haar bijna obsessieve zwangerschapsverlangen misschien ook met KIE vervuld zou kunnen worden, à la minute daartoe besloot, heel snel zwanger werd, een zeer zware bevalling had en al kort daarna door haar man verlaten werd, waarna ik haar jaren later terugzag met een nieuwe partner, maar ook dat contact kwam niet tot een productieve

fase. Daartegenover de vrouw die wel heel lang zonder enig succes probeerde om penetratie toe te laten omdat ze KI als shortcut naar het moederschap een bijna onverdraaglijke nederlaag vond, en die over haar bevalling vertelde dat zij haast niet kon bevatten dat ze zich aan een ander mens (de vroedvrouw) zo totaal had durven toe te vertrouwen (deze casus is uitvoerig beschreven in Drenth, 1988). Een enkele keer kwam de zo node gemiste follow-up veel later toevallig als nog: een echtpaar dat een half jaar trouw bleef komen, waarbij zij enthousiast de huiswerksuggesties noteerde, daar thuis nooit iets van terecht bracht en toch, voor mij steeds minder invoelbaar, optimistisch bleef tot ze vanwege een (eveneens niet helemaal invoelbare) praktische belemmering een time out namen, waarna ik 5 jaar later van de hun verwijzende gynaecoloog hoorde dat hij bij een recent consult had vernomen dat het vaginisme opeens verdwenen was zonder bijzondere inspanningen. De vrouw kon er geen andere verklaring voor bedenken dan dat oprecht gemeend geduld bij hen gewerkt had.

Houvast inzake de etiologie

Over vaginisme is, al voorafgaand aan de seks-therapeutische invalshoek, behoorlijk wat psychodynamische literatuur gepubliceerd. De psychoanalyse heeft in Nederland een fors stempel op de seksuologie gedrukt (Musaph, 1965, Levie, 1971). Levie is één van de weinigen bij wie ook voor het mannenprobleem (dat hij pseudo-phimosis noemde), enig houvast te vinden is. Hij behandelt het vooral vanuit de optiek van castratieangst, die sowieso in zijn boek als belangrijkste oorzaak van seksuele disfuncties veel aandacht krijgt. Hij geeft een krachtige waarschuwing tegen te gemakzuchtig chirurgisch ingrijpen:

Men geeft het preputium van alles de schuld, omdat men oorzaak en gevolg vaak verwisselt. De patiënt is niet impotent omdat zijn voorhuid te nauw is, maar omdat hij bang is en om tot immissie over te gaan en om zijn eikel te ontbloten.¹ Men opereert nooit, zolang manuele oprekking mogelijk zij. Zulk een door patiënt zelf toe te passen behandeling is een causale aanpak van diens angst, zelfs als hij bij de eerste poging – onder toezicht van de arts –

dreigt flauw te vallen, hetgeen nogal eens gebeurt.

Deze visie sprak mij wel aan, al was het maar omdat mijn eerste problematische cliënt de jongeman was die tijdens de voorbereiding van zijn besnijdenis vluchtte op het moment dat de chirurg het mes ter hand nam. Er was een jongen die zich herinnerde dat hij, na een besnijdenis op z'n 8^{ste} en confrontatie met het verschil onder de douche na gymnastiek, ervan overtuigd was dat hij nooit kinderen zou kunnen krijgen. Een andere man vertelde dat hij bij het hygiënische voorlichtingspraatje van zijn vader meteen een angst voelde dat de eikel van de penis af zou vallen als hij helemaal bloot en onbeschermd zou zijn. Ik heb uiteraard de meeste van deze mannen zelf geïnspecteerd tijdens lichamelijk onderzoek waarbij ik hen vroeg mij te demonstreren wat ze wel konden, en wat niet. Hun onhandigheid was meestal heel opvallend en Levie's waarschuwing voor flauwvallen (nooit onderzoek doen bij de staande patiënt) bleek inderdaad geen overbodige luxe. Dat de arts-patiëntconfrontatie castratieangst krachtig kan actualiseren blijkt ook als mannen meekijken bij het lichamelijk onderzoek van hun vaginistische partner. Levie was hier een voorstander van, maar wel zittend op een stoel vanwege flauwvalrisico. Ook voor vrouwen kan de geforceerde confrontatie met "de castratie-wond" zeer overweldigend zijn. Een medisch studente die in haar relatie al geruime tijd geconfronteerd werd met haar vaginisme, en die ondanks krachtige maar respectvolle aandrang van haar vriend nog lang niet toe was aan haar eerste bezoek aan een seksuoloog kon, toen zij tijdens haar eerste huisartsenstage getuige was van een vaginaal toucher, nog net flauwvallen voorkomen door de onderzoekskamer uit te vluchten. Dit gaf haar de push om haar angst voor het vragen van hulp vragen te overwinnen.

Penisnijd en castratieangst ontstaan in de oedipale fase, waarin fantasieën over de ouder van het andere geslacht bepalend zijn. Jongens vrezen castratie (door vader) als straf voor hun fantasie om moeder in bezit te nemen ten koste van vader; meisjes accepteren de zekerheid dat ze nooit een penis zullen krijgen en vervangen die ambitie door het verlangen naar een kind (van vader, wie anders). De straf die meisjes kunnen gaan vrezen voor verboden wensen en handelingen

¹ Het oudste mij bekende voorbeeld van de door Levie gegispte causaliteitsdenkfout in dit specifieke geval is te vinden in Karen Horney's *The denial of the vagina* uit 1933 (Horney, 1967). In een voetnoot in een betoog over castratieangst bij meisjes: *These real circumstances must most certainly be taken into account, as well as the strength of the unconscious sources of anxiety. For instance, a man's castration anxiety may be intensified as the result of phimosis. (Deze feitelijke omstandigheden moeten beslist meegewogen worden, zoals ook de heftigheid van de onbewuste bronnen van angst. Bij voorbeeld: de castratieangst van een man kan versterkt worden als gevolg van fimosis.)*

(masturbatie) is: geen-babies-kunnen-krijgen. Concrete confrontatie met de genitaliteit van de ouders is in onze geëmancipeerde wereld niet ongewoon, en als we ons een voorstelling maken van Oedipous- en Electra-verlangens, dan is het niet moeilijk om de klassieke vaginistische overtuiging ‘ik ben te klein’ hieruit te begrijpen, en de even klassieke mannenangst om door de vrouwelijke seksualiteit overweldigd en verzwolgen te worden, c.q. de schaamte omdat hij daar nooit iets imponerends en bevredigends tegenover zal kunnen stellen. De ambivalentie van mannen over de vagina lijkt soms sterker te associëren met insufficiëntie dan met beschadigingsangst. Schaamhaar als teken van volwassen (vrouwelijke) erotiek heeft door de eeuwen heen veel antifetisjistische afkeer gewekt. Zelfs de duivel kan de aanblik van een behaarde schaamheuvel niet verdragen, in de verbeelding van de Britse satiricus Rowlandson².

De oedipale angsten (zowel voor beschadiging als voor verzwolgen worden) hebben hun wortels in het onbewuste, en het is dus niet verbazingwekkend dat uitleg, geruststelling en aanmoediging tot zelfonderzoek lang niet altijd het gewenste resultaat hebben (zowel bij mannen als vrouwen). Vermijden en ontwijken zijn weerstanden die behoorlijk stevig in het karakter ingegroeid kunnen zijn. Dat blijkt ook uit de vervolgen als er wel tot circumcisie werd besloten, zoals bij X en Harry. Vanaf een bepaald moment in mijn carrière ging me opvallen dat bij de meest geredde mannen bij navraag nogal eens een voorhuidhistorie bleek. Helaas heb ik niet de discipline gehad om dat systematisch bij te houden. Die groep mannen had vaak hun partner enorm gefrustreerd met hun Oost-Indische doofheid

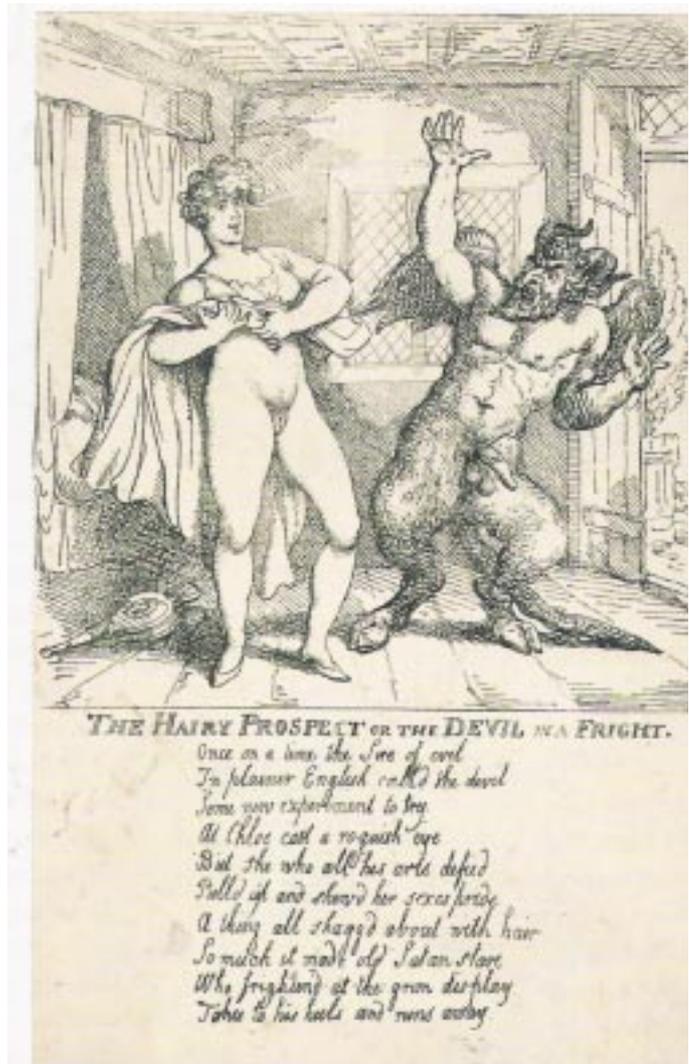
voor haar intimiteitsverlangens of praecoexfrustraties. Na de introductie van sildenafil heb ik twee jaar lang dagelijks een uur “De Erectielijn” bemand om voor mannen met seksuele disfuncties de drempel naar hulpverlening te verlagen, en in die jaren was er altijd een paar procent vrouwelijke bellers, waarvan het merendeel mij haar machteloosheid voorlegde om bij haar partner gehoor te vinden voor de destructieve invloed van de seksvermijding. In de vervelendste verhalen wist de echtgenote dat hij wel regelmatig uren besteedde aan internetseksites. Over deze groep mannen gaan de boeken van Hannie van Rijsingen (Seks, alles of niets, 2005) en Janet Wolfe (Wat te doen als hij hoofdpijn heeft, 1992). Mannelijke seksvermijders komen vrijwel uitsluitend onder onze aandacht als de partner uiterst gedecideerd aan de bel trekt, en dat is soms pas effectief als de relatie al bijna niet meer te repareren valt. Bij een aantal van deze paren ging de strijd vooral over de aanpak van de dyspareunie, dus het door de vrouw noodzakelijk geachte bezoek aan de

² De tekst bij Rowlandson's gravure

(Gatrell, 2006):

Once upon a time the Sire of evil
In plainer English call'd the devil
Some new experiment to try
On Chloe cast a roguish eye
But she who all his arts defied
Pulled up and show'd her sexes pride
A thing all shagg'd about with hair
So much it made old Satan stare
Who frighten'd at the grim display
Takes to his heels and runs away

[Ooit liet de Prins der duisternis,
In daaglijks spraakgebruik: de duivel
om eens iets nieuws te proberen,
zijn wellustige blik vallen op Chloe.
Maar om zijn kunsten te weerstaan,
trok zij haar rok op en toonde haar sieraad,
dat ding, met haar overwoekerd,
zo dicht dat d' oude Satan, verlamd
van angst en afkeer voor dit beeld
zich uit de voeten maakt.]



huisarts, waar ongetwijfeld een besnijdenisadvies uit voort zou komen. Heeft de echtgenote op dat punt het pleit beslecht, dan is nog niet gezegd dat de vermijding er minder van wordt, zelfs als de pijn inderdaad geëlimineerd is.

Casus Erik en Marlies

Erik (43) en Marlies (48) komen vanwege een erectieprobleem waarvoor de erectiepil onvoldoende soelaas bood. Hun relatie bestaat 4 jaar; voor hem de eerste ervaring met partnerseks (op één mislukte ervaring bij een prostituee na). Zij heeft vanaf jong 3 relaties gehad, waarvan de laatste ontaardde in mishandeling, en omdat ze er niet op durfde te vertrouwen dat ze herhaling van die ontsporing zou weten te vermijden, is ze daarna 16 jaar single gebleven, met slechts een paar vakantieavonturen.

Dat Erik zo'n laatbloeiër is heeft zeker te maken met voorhuidproblemen. Hij wist vanaf zijn puberteit dat er iets aan hem mankeerde, dat hij daar iets aan zou moeten doen, maar ook dat hij zich zo genereerde voor dit probleem dat hij het er zelfs met een arts nooit over zou durven hebben. Toen hij in bed met Marlies aan "de daad" toekwam was hij niet, en zij wel heel erg verbaasd dat zijn erectie het af liet weten. Met de hand en de mond waren de ervaringen positiever, maar wel eenzijdig, want Erik kan aanraking door haar haast niet verdragen. Hij biechtte het voorhuidprobleem op en Marlies drong aan op artsbezoek. Het kostte hem (en haar) een jaar voordat deze drempel genomen werd, maar daarna ging doorverwijzing naar een uroloog voor besnijden vrij vlot. Hij besloot meteen een vasectomie erbij te laten doen. De ingreep en de duur van de herstelperiode vielen hem behoorlijk tegen, en manuele stimulatie is nu ook solo wat lastiger. Hun seksuele repertoire is dus zeker niet verruimd door de besnijdenis en de vermijding werd geleidelijk groter, alsook Marlies' onbegrip, ongeduld en boosheid. Het overwinnen van de drempel naar seksuologische hulp kostte weer veel tijd.

Hij is opgegroeid in een gezin met vrij oude ouders, waar vader emotioneel behoorlijk afhankelijk was van moeder. Ruzies liepen soms hoog op, tussen vader en moeder, maar vooral tussen vader en het zusje vlak onder hem. Hij was het kind dat geen aandacht vroeg, en al zeker geen negatieve. Twaalf jaar na zus kwam er nog een zusje, evident ongepland, en vader trok hieruit de consequentie dat seks vanaf toen taboe was. Moeder was het daar niet mee eens, en zag er geen

been in om daar luidruchtig tegen de kinderen over te klagen. (Toen Marlies kennismakte met haar a.s. schoonmoeder kreeg zij ook meteen dat verhaal te horen, en ze realiseerde zich dat dat voor opgroeiende kinderen toch wel ongezonde informatie was.) Erik heeft er weinig twijfel aan dat het nakomertje altijd ongewenst gebleven is, maar vader en moeder zouden dat nooit toegeven.

Bij Marlies was dat anders: haar werd als nakomer door moeder met grote nadruk ingepeperd dat ze ongewenst was, en vader (die deze streek van het lot soepeler accepteerde) was helaas weinig beschikbaar, en ook niet emotioneel vaardig genoeg om moeders verbale hardhandigheid te compenseren. Gelukkig stierf moeder eerder dan vader, zodat Marlies nog een paar jaar vader voor zichzelf had. Erik en zij hebben nog een herkenningspunt: ze zijn in de middelbare schooltijd enorm gepest. Beide hebben een stabiel beroepsleven, waarbij Erik toch wel flink onder zijn opleidingsniveau zit. Hij werkt in ploegendienst en dat gaat een storende rol spelen in de huiswerkopdrachten voor hun veranderproces.

Voor dit paar heeft de uitleg van de rol van de voorhuidproblematiek in het geheel van hun seksuele interactie veel opluchting gegeven, en zij accepteerden optimistisch een sekstherapeutisch behandelvoorstel. Hun proces komt redelijk snel op gang en zijn eerste ervaring met penetratie laat niet lang op zich wachten. Er wordt een champagnefles ontkurkt. De frequentie van hun oefenen is echter laag en als familieproblemen hun aandacht opeisen verloopt het contact.

Telefonische follow-up ter voorbereiding van dit artikel leert mij dat zij nu samen in een soort vermijdingsproces zitten, waarbij er weinig gevrijd wordt en het zelfvertrouwen over zijn erectievermogen ook zeker nog niet optimaal is, maar dat ze daar nu beide heel tolerant mee omgaan. Ze voelen zich wat ongelukkig over de halfslachtige afloop van ons contact, dat zij beide als onafgemaakt voelen. Illustratief is hun laatste vraag, nu ze mij toch aan de lijn hebben: ze hebben nog twee sildenafilpillen in het nachtkastje, is het na 4 jaar nog safe om die te slikken?

Psychiaters en psychoanalytici hebben in de seksuologie na Masters & Johnson nauwelijks meer van zich laten horen. Feministes uit de sociaal-psychologische hoek waren in Nederland kritisch op de vanzelfsprekende coïtusgerichtheid van de vaginismebehandelaars. In de 80er jaren was er veel aandacht voor seksuele trauma's en we leerden dat het

gebeuren soms geheel uit het bewustzijn verdwenen was, maar dat de angst in het lichaam verankerd kon blijven. In een oude publicatie uit de beginjaren van de Rutgersstichtingpraktijk (Drenth e.a., 1979) waren zowel een mannen- als een vrouwenvoorbeeld opgenomen. De jongeman die voor het mes van de plastisch chirurg vluchtte, vroeg zijn moeder naar verklaringen en moeder hoefde daar geen seconde over na te denken. Ze was met hem bij de schoolarts en die inspecteerde de breedte van zijn voorhuid, en moest daarbij even doorzetten. Dat deed zeer en het ging bloeden, en dat duurde nogal een tijd. Moeder wist zoon levendig te schilderen hoe overweldigend zijn paniek was geweest, en ook na moeders beschrijving kon hij zich er niets van herinneren. Het vrouwelijke voorbeeld was ons verteld door een ervaren hypnotherapeut, die in een stagnerende therapie voor vaginisme (vooral als fertiliteitsprobleem) in hypnotische regressie een aanranding op haar 11^{de} uit de vergetelheid opdiepte, die de cliënte zich daarna wel helemaal kon herinneren. “Hervonden herinneringen” werden later nogal gewantwoord door de cognitiopsychologen, maar in dit geval werd een en ander heel plausibel toen de cliënte zich opeens realiseerde dat zij de straat waar de aanranding gebeurde sindsdien systematisch vermeed. Zelfs als zij opfietste met een vriendinnetje en ze, ter vermijding, een onlogische omweg moesten maken, kon zij altijd wel een smoes bedenken waardoor het acceptabel was dat ze haar zin kreeg. Waarbij ze dus geen idee had waarom ze zo hardnekkig niet door die straat wilde.

Ook zonder (complete) verdringing komen we seksueel misbruik in de verhalen van vrouwen met vaginisme met enige regelmaat tegen, en ook wel in die van mannen. Naast oedipale angsten en concrete trauma's kwam in de 90er jaren de informatie over autistiforme problematiek onder onze aandacht, en in één geval dat voor uitvoeriger psychiatrische diagnostiek doorverwezen werd (een volstrekt stagnerende therapie met een stel waarin haar vaginisme samenhang met een volstrekt panische aversie) bleek de intaker PDD-Nos (Pervasive Personality Disorder-not otherwise specified) in de differentiële diagnostiek meegenomen te hebben. Verder terugblikkend zijn er ook uit de tijd voordat die diagnostische categorie mij bekend was herinneringen die nu beter op hun plek vallen. De man met de pyjamabroek had ik nu waarschijnlijk beter kunnen plaatsen, en misschien was een adequate doorverwijzing gevonden.

Tenslotte levert de hechtingstheorie waar wij de laatste decennia mee kennismaakten mogelijkheden voor beter begrijpen van de vermijding, en op dat punt is Harry een inspirerende casus. Zijn levensverhaal is

een exemplarisch voorbeeld van onveilige hechting, zowel in de kindertijd als in zijn latere intieme relaties. En ook de cliënt-therapeutrelatie kan dan wankelmoedig blijven, en veel minder vertrouwensvol worden dan de therapeut wenselijk vindt.

Onbewuste angsten en behandelstrategieën: actief versus passief

Als seksklachten zich manifesteren op een manier die ons raadselachtig voorkomt en waar de cliënt zelf nauwelijks een duidelijk verhaal over kan geven, dan is het niet verwonderlijk dat behandelaars soms de regie naar zich toetrekken. Een jonge man wiens huwelijksnacht onsuccesvol verlopen is door pijn (van zijn kant) en die bij inspectie een nauwe voorhuid blijkt te hebben, die zal vaak besneden worden, dat hoeft niemand te verbazen. Toen in 1862 de Amerikaanse vrouwenarts J. Marion Sims aandacht vroeg voor het probleem vaginisme (de term was zijn inventie) was het gegarandeerde succes van de operatieve aanpak ervan de triomfantelijke apotheose van zijn verhaal. De psychoanalytici brachten de complexiteit van de psychodynamiek van vaginisme wel onder de aandacht, maar gynaecologen die geconfronteerd worden met paren die graag kinderen willen hebben daar niet het geduld voor, dus opereren is lang een acceptabel ultimum refugium gebleven. Nog in 1987 berekende Jos Frenken aan de hand van uitkomsten van een enquête onder gynaecologen dat er jaarlijks meer dan honderd vrouwen op die manier behandeld werden (Frenken & Van Tol, 1987), en dat werd toen ook buiten de medische inner circle zo achterhaald gevonden dat er kamervragen over werden gesteld.

Mannen die bij de uroloog treuzelen na het verzoek “maakt u de eikel even bloot” zullen wel eens overvallen worden door de daadkracht van de dokter, die met de beste bedoelingen demonstreert dat het met de nauwheid echt wel meevalt. Een paar maanden geleden overkwam dat een maagdelijke jonggehuwde van 45. Zijn echtgenote vertelde dat zij, toen ze hem in de wachtkamer terugzag, meteen merkte dat hij bijna in shock verkeerde. Het behandelvoorstel van de uroloog was bij hem dan ook veel te dramatisch blijven hangen: hij meende dat hij besneden moest worden, terwijl uit de brief aan de huisarts bleek dat de uroloog dacht dat een frenulectomie (verwijderen van het toompje) misschien een goed idee was.

Gynaecologen hebben in de discussie met behandelaars van andere basisdiscipline lang het standpunt gehuldigd dat de diagnose vaginisme alleen gesteld kan worden door een arts, middels lichamelijk onderzoek. Ze betoonden zich daarmee “doeners”, en tegenover hun standpunt staat een begeleidingsaanpak waarbij

de hulpverlener de vrouw stimuleert en informeert om zelf uit te vinden hoe haar vagina reageert op toenaadering. Maar ook in de behandelfase worden de mogelijke weerstanden van de patiënte soms fanatiek geattaqueerd, bij voorbeeld door het aanbieden van (lange) oefensessies met een deskundige, bij voorkeur in aanwezigheid van de partner. In Leiden loopt momenteel een researchproject waarbij begeleid oefenen het kernpunt is, maar al in 1979 publiceerde Arnold Thoben een monografie over deze methode. Eén van zijn observaties was, dat succes (dus consummatie) lang niet altijd tot enthousiasme bij de echtparen leidde. De voorlopige resultaten van het recente project leren ons dat deze aanpak in korte tijd het vaginisme kan omzetten in dyspareunie, waar dan weer een vervolgbehandeling voor gegeven moet worden. De fysiotherapeutische aanpak van bekkenbodempertone kan ook een sterk doe-karakter hebben, maar in de opleiding voor dit specialisme is zeker ruime aandacht voor het herkennen van de al doende opgewekte emotie.

Bij de mannen blijft manipulatie door een deskundige meestal tot één keer beperkt. De enige mij bekende uitzondering, waarbij weerstanden bij een voorhuidprobleem *in vivo* door een hulpverlener aangepakt werden, betreft een verstandelijk gehandicapte jonge seksdelinquent in TBS-behandeling (Le Grand, 1992). Omdat hij zonder toezicht kennelijk niet door durfde te zetten, ging een verpleegkundige (onder aansturing van de gedragstherapeut) met hem de douche in, en dat gaf in korte tijd een grote vooruitgang.

Ook de gedragswetenschappers (die uiteraard zelf niet mogen aanraken) waren bij vlagen bijzonder doortastend als weerstanden zich voordeden. In 1975 publiceerde Brinkman een n=1-verslag waarin de confrontatie tussen therapeut en cliënte een haast Woody Allen-achtig scenario opleverde. De cliënte zat half ontbloot onder een deken de aansturing van de therapeut tot aanraken van de schaamlippen *in vivo* te volgen, ze werd beloond met dubbeltjes en gestraft met wegsturen als ze haar huiswerk wel/niet gemaakt had, de controle daarop werd “verscherpt” door tussentijdse telefoontjes etc. Eén van de commentatoren in het volgende nummer was de psychoanalyticus Van Schaik (1975), die in een later artikel (Van Schaik, 1976) aangaf dat hij al in 1959 gestopt was met het aanbieden van een inwendig onderzoek (daarvoor altijd in bijzijn van de partner, uiteraard op een stoel vanwege het flauwvalgevaar). Dat hij in zijn medische rol een soort *jus primae noctis* uitoefende ging hem steeds meer hinderen. Ook de partner gaf hij een kleinere rol; bij weerstand dreigt die soms “het beheer van de vagina over te nemen”. Van Schaik benadrukte dat de ernst van het vaginisme enorm kan variëren en is waar-

schijnlijk de eerste die autisme als mogelijk kenmerk noemt.

In de lichtere gevallen zit de schede van de vrouw min of meer dicht, maar via andere lichaamsopeningen is zij benaderbaar. Zo kunnen de oren nog betrekkelijk wijd openstaan. Bij zeer ernstig vaginisme treedt grote angst op bij benadering van willekeurig welke zijde. Deze vrouwen nemen slecht waar, ze staren in plaats van te kijken, ze knikken opletend indien men iets tegen hen zegt zonder dat ze echt horen, etc. Ze sluiten zich af zodra zij denken dat iemand iets van hen wil, omdat dat voor hen gelijk staat met geforceerd worden tot het opnemen van iets in zich. (Bijv. de mening van iemand anders.)

Het beheer over haar lichaam hoort bij de vrouw te blijven en de adviezen waarmee Van Schaik haar naar huis laat gaan (na soms krachtige duidingen gericht op de invloed van betekenisvolle anderen, m.n. ouders), zijn altijd gericht op zelfexploratie. Hij maakte nooit een vervolgspraak en liet daarmee het tempo van het proces geheel open. De intervallen tussen de eerste afspraken konden in zijn praktijk heel groot zijn; over “zoekgeraakte” cliëntes, niet-afgesloten therapieën vermeldt hij niets.

De feministische visie focust eveneens op verheldering van wat de vrouw zelf echt wil, evt. tegen courante maatschappelijke premissen in (Drenth & Bezemer, 1979). Groepstherapie kreeg veel aandacht (Bezemer, 1985). Ik heb via mijn vrouwelijke teamgenoten een redelijk beeld van de verdiensten van de groepssetting en van de inhoudelijke ontwikkelingen erbinnen. Hanteren van weerstanden heeft in een lotgenotengroep een unieke dynamiek, en toen ons team (aanvankelijk vooral om pragmatische redenen) besloot om de aparte vrouwengroepen voor vaginisme en pre-orgasmie te laten samengaan bleek de confrontatie over en weer eveneens veel therapeutische ruimte te creëren. Samen kijken (bij voorbeeld naar voorlichtings- en pornofragmenten, geselecteerd op het penetratiemoment) maakt mogelijk dat ook de aversiefste vrouwen toch ook echt zien wat ze haast niet aankunnen.

Nederlandse artsen-seksuologen hebben een vrij unieke bijdrage geleverd aan de aanpak van vaginisme doordat men onder ogen zag dat voor sommige paren vaginisme nauwelijks een seksueel probleem, maar vooral een fertiliteitsprobleem was. Het laagdrempelig maken van thuisinseminatie (KIE) was emanciperend bedoeld. Voor de tweede feministische golf impliceerde de aanpak der gynaecologen en seksuologen toch dat

de vrouw het moederschap moest verdienen door de man in zijn rechten te herstellen. De steeds verder geprofessionaliseerde fertilitieafdelingen werden steeds meer resultaat-gericht en van de paren werd dus verwacht dat zij hun bijdrage leverden door geen ovulatie onbenut te laten. Het plezier raakte in de knel en daardoor ontstonden er in de behandelfase nogal eens disfuncties, bij man en vrouw. Die vicieuze cirkel kon middels KIE doorbroken worden. Ook bij paren waarvan de vrouw worstelde met vaginisme, en waarbij de behandeling niet opschoot. We kunnen echter niet uitsluiten dat het omzeilen van weerstanden ook hierbij wel eens ongewenste situaties opgeleverd heeft. Ik ben mij bewust van twee moeder-dochterrelaties na KIE die er wel erg symbiotisch uitzagen. Mijn, aanvankelijk nogal gevoelsmatige, overtuiging dat het paar dat kiest voor KIE zelf de handelingen moet verrichten (en niet de gynaecoloog) kreeg een soliedere basis door het verhaal van een vrouw die tijdens een half jaar maandelijks gynaecologenbezoek voor intra-uteriene inseminatie haar zwangerschapswens geheel kwijtraakte door overspeligheid van haar man. De laatste inseminaties onderging ze met angst en beven, maar voor deze gereformeerde echtgenote was het sociaal ondenkbaar om het moederschap te weigeren. In de eigen slaapkamer had deze vrouw misschien haar ambivalentie wel kunnen effectueren.

Ten slotte

Terug naar de mannen die de verklaringen van hun hulpverleners misschien cognitief wel kunnen onderschrijven, maar daarmee nog niet in een veranderingsproces te krijgen zijn. Harry van D. heeft een genuanceerd standpunt over zijn huidige seksuele situatie: het is niet ideaal, maar de belemmeringen zijn relatief en min of meer ondergeschikt aan de andere intimiteitswoelingen in de relatie. Bij het laatste mailcontact blijkt de relatie inmiddels beëindigd.

*Wat jij voor mij, wat ik voor jou betekenen,
dat is, mijn lief, goddank weer van de baan;
wij konden enkel aan elkander wreken
wat ons door anderen was aangedaan.
(J.P. Rawie, 1979)*

Harry's therapeutische verleden dwingt ons tot bescheidenheid, waarbij aangetekend moet worden dat ook zijn langste individuele therapie (90 sessies, meent hij zich te herinneren) door hem beëindigd is tegen het advies van de psychotherapeut in. Het is verleidelijk om te speculeren over de mogelijke ontwikkeling in een klassieke analyse. Misschien dat daarin, in een

ongetwijfeld zeer turbulente en wantrouwe overdrachtsrelatie, de hechttingsangst in de actualiteit bewerkt had kunnen worden.

En zo moet dit artikel eindigen met de berustende constatering dat ons verlangen om de cliënten die ons het meeste boeien ook het beste te begrijpen regelmatig onbevredigd blijft.

Literatuur

- Bezemer, W. (1985). Een groepsbehandeling van vaginisme. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 9, 16-24.
- Brinkman, W. (1975). Langdurige gedragstherapie in een geval van vaginisme. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1, 54-70.
- Drenth, J. (1979). De voorhuid als verklikker. In J. Drenth, W. Bezemer e.a. (Red.), *Seks als probleem*. Haarlem: Holland.
- Drenth, J. (1980). De voorhuid. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 124: 299–301.
- Drenth, J. (1988). Vaginismus and the desire for a child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9, 125-137.
- Drenth, J. (1991). The tight foreskin: a psychosomatic phenomenon. *Sexual and Marital Therapy*, 6, 297-306.
- Drenth, J. (1998). De voorhuid; fimosis, smegma en circumcisie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 22, 99-105.
- Drenth, J., & Bezemer, W. (1979). Angst en pijn. In J. Drenth, W. Bezemer e.a. (Red.), *Seks als probleem*. Haarlem: Holland.
- Drenth, J., Andriessen, S., Heringa, M.P., Mourits, M.J.E., van de Wiel, H.B.M., & Weijmar Schultz, W.C.M. (1995). Is vaginisme ook een baringsprobleem; helpt bevallen tegen vaginisme? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 19, 198-205.
- Duyvis, D.J., Rientsma, M.C., & Beunderman, R. (1996). Als het nauw luistert. Fabels en feiten over de voorhuid. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 20, 377-385.
- Frenken, J., & van Tol, P. (1987). Sexual problems in gynaecological practice. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 6, 143-155.
- Gatrell, V. (2006). *City of laughter*. London: Atlantic Books.
- Horney, K. (1967) *Feminine psychology*. New York: Norton & Company.
- le Grand, B. (1992). Mogelijkheden en begrenzingen van individuele gedragstherapie met sterk gedragsgestoorde, licht geestelijk gehandicapten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 18, 131-142.
- Levie, L.H. (1971). *Sexiatrie*. Leiden: Stafleu.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown. (Ned. Vertaling: *Sexueel onvermogen bij man en vrouw*. Amsterdam: Paris).
- Musaph, H. (1965). *Vaginisme, een seksuologische beschouwing*. Haarlem: Bohn.
- Rawie, J.P. (1979). *Het meisje en de dood*. Amsterdam: Thomas Rap.

- Thoben, A., & Moors, J. (1979). *Vaginisme*. Deventer: NISSO/Van Loghum Slaterus.
- van Rijsingen, H. (2005). *Seks; alles of niets*. Haarlem: Aramith.
- van Schaik, C.Th. (1975). Commentaar op het artikel van Wim Brinkman. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1, 133-137.
- van Schaik, C.Th. (1976). Enige reacties in een familie na behandeling van primair vaginisme. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 166-170.
- Wafelbakker, F. (1976). De voorhuid in de adolescentie. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 54, 885.
- Wolfe, J.N. (1992). *What to do when he has a headache*. New York: Hyperion. (Ned. Vertaling: *Wat doe je als hij hoofdpijn heeft?* Zaltbommel: Thema)
- .

Summary

Groping in the dark; limits to our understanding of body-related resistance in sex therapy

This publication's incentive was a case history concerning a man with a dyspareunia complaint in whose story some questions remained unsolved. His dysfunction was connected to the problem of a tight foreskin without somatic pathology and our consideration encompasses this perspective, based on a larger number of male cases. Yet, information on this problem is scarce and consequently our views on aetiology, treatment strategy and ways of handling resistances to change are combined with the (much larger) body of information on vaginismus, considered to be the female sexual problem most closely equivalent to foreskin problems.

Moreover, this search for insight opens a historical perspective on clinical practice. Psychodynamic, behaviouristic, feminist and group therapeutical clinicians all have influenced our thinking on aetiology, treatment options and preferred therapeutic attitude, sometimes in directions that are in sharp contradiction with each other. Especially on the topic of the therapist's degree of directivity, discussions have been passionate.