

## **Primair vaginistische reactie bij Marokkaanse vrouwen in Nederland. Een les uit de praktijk.**

Wies Obdeijn-van Welij

*In de dagelijkse praktijk van de hulpverlening aan migranten hanteren hulpverleners nog vaak culturele stereotypen. Op basis van haar eigen ervaring als arts in een Rutgershuis, geeft de auteur aan dat culturele stereotypen niet altijd sporen met de realiteit en daardoor het zicht op de mogelijkheden van de hulpverlening kunnen verduisteren. Zij illustreert dit aan de hand van een casus van een primair vaginistische reactie bij een Marokkaanse vrouw.*

Het hanteren van culturele stereotypen door hulpverleners vormt niet zelden een belemmerende factor voor diagnose en therapie in de hulpverlening aan zowel allochtone als autochtone hulpvragers. Deze stereotypen worden voor een belangrijk deel gevoed door de literatuur en in intercollegiale discussie herbevestigd. Dit geldt onder meer voor de beeldvorming over seksualiteit. Toetsing van deze beeldvorming aan de praktijk vindt vaak onvoldoende plaats. Een goede en onbevooroordeelde observator komt mijn inziens vaak tot een geheel ander beeld. Ik wil dit toelichten aan de hand van mijn ervaringen als arts in een Rutgershuis, een consultatiebureau voor vragen en problemen rond anticonceptie en seksualiteit, met het voorbeeld van een primair vaginistische reactie bij een Marokkaanse vrouw.

### **Een Marokkaans echtpaar, het probleem**

Tijdens mijn spreekuur kom ik in contact met een pas getrouwd echtpaar, dat verwezen is door hun huisarts. Beiden zijn afkomstig uit Marokko. De vrouw is sinds kort in Nederland, spreekt Marokkaans-Arabisch en Frans. De man werkt sinds tien jaar in Nederland en spreekt goed Nederlands. Ze zijn vier maanden tevoren in Marokko gehuwd. Vanaf de eerste poging blijkt het niet mogelijk seksuele gemeenschap te hebben. Iedere poging daartoe is pijnlijk. Aanvankelijk hebben ze gedacht dat het vanzelf weer over zou gaan, maar nu zijn ze er toch van overtuigd dat de vagina van de vrouw te nauw moet zijn.

Na kennismaking en uitzoeken hoe we over en weer met elkaar kunnen praten, ga ik in op de hoge en soms onjuiste verwachtingen die hulpvragers doorgaans hebben van de consultatie en behandeling. Dat houdt in dat ik uitleg dat deze klacht een groot probleem is, waar mensen mij regelmatig voor om hulp vragen. Daarbij benadruk ik dat het goed

is dat zij gekomen zijn en dat het probleem op te lossen is, maar dat mijn ervaring is dat het meestal veel tijd kost. Ik maak duidelijk dat ik begrijp dat ze hopen op een snelle oplossing door een operatie of met behulp van medicijnen, maar dat een dergelijke oplossing bijna nooit werkt, hoewel men dat wel zou verwachten. Een operatie, zoals dat vroeger wel gedaan werd, geeft immers geen soelaas. Ik beloof ze later uit te leggen waarom een operatie het probleem alleen maar groter maakt. Ook dit echtpaar is verbaasd dit te horen, maar wil wel verder met mij in zee. Ik stel voor een onderzoek te doen bij de vrouw, zodat zij mij kan uitleggen waar haar vagina te nauw lijkt en waar het pijn doet. Tegelijkertijd zal ik nagaan of er echt geen lichamelijke afwijkingen zijn, omdat dat heel zelden wel het geval is. Op mijn verzoek gaat de man naar de wachtkamer.

Bij het onderzoek blijkt de vrouw een sterk vaginistische reactie te hebben. Alle spieren van haar vagina spannen zich. Ik geef haar uitleg over haar vaginaspiers en vertel dat bij angstgevoelens deze zich spannen. Na het bespreken van deze spanning is het mogelijk de ingang van haar vagina te onderzoeken. Omdat, zoals zoveel vrouwen, ook deze vrouw zich niet bewust is van haar vaginaspiers en het gebruik dat zij daarvan kan maken, leer ik haar een oefening die zij thuis kan doen om haar vaginaspiers te leren kennen. Als afsluiting van het consult bespreek ik de resultaten van het onderzoek met het echtpaar. Zij zullen over een week terugkomen.

### **Seksualiteit en stereotypen**

Wanneer ik later terugkijk op bovenomschreven consult, valt het me op hoe vlot en duidelijk deze twee hun problemen brachten. In mijn achterhoofd komen uitspraken naar boven als: "Binnen de islamitische cultuur is seksualiteit niet bespreekbaar", "Een man en een vrouw kunnen daar nooit samen over praten". Deze uitspraken heb ik de afgelopen jaren veel gehoord wanneer er in Nederland gesproken werd over Marokkaanse vrouwen en hun problemen. Ik realiseer me dat dergelijke ideeën de hulpverlener in een positie kunnen plaatsen, die het moeilijk maakt onbevangen te ontdekken wat de oorzaak en de therapeutische mogelijkheden bij deze cliënt of patiënt zijn.

Het omgekeerde – eigenlijk hetzelfde – heb ik door schade en schande ervaren bij autochtone Nederlandse cliënten. Bij hen realiseerde ik me pas na enige tijd dat stereotypen als "In Nederland is bij moderne jonge mensen seksualiteit goed bespreekbaar", "Jonge mannen en vrouwen weten alles over seksualiteit" en "Partners praten met elkaar over seksualiteitsproblemen", mij en andere hulpverleners op een verkeerd spoor zetten.

Zo verwees een collega-psychiater een jonge autochtone man en vrouw, leuk gekleed, zich vlot presenterend, naar mij. Het probleem was dat de vrouw pijn ondervond bij de coïtus en geen zin in vrijen had. De collega verwees hen met de mededeling dat de oorzaak waarschijnlijk een vaginale infectie was. In een eerste gesprek bleek het te gaan om gebrek aan kennis over seksueel functioneren en bleek het paar niet in staat met elkaar te praten over hun eigen beleven van seksualiteit. Ik vermoed dat het stralende uiterlijk van dit paar de verwijzer had misleid.

We mogen niet vergeten dat seksualiteit in Nederland en waarschijnlijk in heel Noordwest-Europa in minstens een eeuw niet bespreekbaar is geweest en eigenlijk als noodzakelijk kwaad beschouwd werd. Pas sinds kort is het regelmatig onderwerp van gesprek zonder dat het vanzelfsprekend en echt belangrijk is geworden. Daarentegen is

mijn ervaring dat het in Noord-Afrika wel een vanzelfsprekendheid is, een belangrijk iets, waarvoor het algemeen aanvaard is hulp te zoeken bij problemen.

### **De vaginistische reactie, definitie en oorzaken**

Vaginisme of liever een vaginistische reactie is een onbewust verdedigingsmechanisme tegen de coïtus en vaak ook tegen andere vormen van vaginale penetratie, gekenmerkt door spasme van de spieren rond het distale derde deel van de vagina, meestal gepaard gaande met angst, pijn en afweer. Het presenteert zich op dezelfde wijze bij Marokkaanse en Nederlandse vrouwen en naar ik aanneem ook bij andere etnische groepen. In de persoonlijke geschiedenis van de vrouwen zijn vaak factoren aan te wijzen die verband houden met de vaginistische reactie, zoals traumatische ervaringen, een anti-seksuele opvoeding, angst voor zwangerschap en bevalling.

Op het gevaar af nieuwe stereotypen aan te dragen, noem ik toch enkele zaken die specifiek bij Marokkaanse vrouwen in de migratiesituatie een rol kunnen spelen bij het ontstaan, in stand houden of luxeren van de vaginistische reactie. Allereerst kan er sprake zijn van conflicten in het eigen emancipatieproces. De vrouw wil bijvoorbeeld trouw zijn aan de ouders en de groep, maar kan weerstand hebben tegen de traditionele huwelijksceremonie met de belangrijke eerste coïtus en de eventuele roddels daaromheen. Daarbij speelt ook het gegeven dat de vrouw haar partner soms niet of nauwelijks kent. Op de tweede plaats is de maagdelijkheidscultus te noemen als overheersend fenomeen in het leven van jonge vrouwen. De maagdelijkheid volgt hen als een soort monster. Een van mijn clinten vertelde mij dat het haar onduidelijk was hoe je je maagdelijkheid kon verliezen, waardoor er de voortdurende angst was deze verloren te hebben. Kenmerkend is dat de vrouwen vaak veel verhalen daarover hebben gehoord, maar over weinig feitelijke informatie beschikken. Tenslotte spelen ook de gevolgen van de migratie voor het leven van de vrouwen een rol: het isolement, het overgeleverd zijn aan de schoonfamilie, het tegenvallen van verwachtingen, de angst verlaten te worden of de verblijfsvergunning te verliezen.

Bij elke vrouw met een vaginistische reactie is het belangrijk er achter te komen waarom zij dit verdedigingsmechanisme inschakelt, welke specifieke levenservaringen bij haar een rol spelen. Waarom met andere woorden haar vagina "Nee" zegt terwijl zij zelf "Ja" lijkt te zeggen. Dit betekent dat het belangrijk is dat de vrouw zelf inzicht krijgt in de oorzaak van haar klacht. Is dat niet het geval, dan bestaat het risico dat er na de therapie alleen een verschuiving van de klacht optreedt of dat de vrouw wel gemeenschap kan hebben, maar er geen prettig gevoel bij heeft.

### **Het Marokkaanse echtpaar, de therapie**

Het echtpaar komt soms samen, maar meestal is de vrouw alleen op het spreekuur. We bespreken de maagdelijkheid en alle angsten daaromheen, maar ook andere zaken, zoals het vertrek uit Marokko, het verdriet om als oudste dochter haar moeder te moeten verlaten, het tegenvallen van het leven in Nederland en uiteindelijk de woede over alles rond de huwelijksceremonie. Duidelijk wordt dat er cultuurverschil bestaat tussen het ouderlijk milieu en het schoolmilieu van de jonge vrouw.

Deze vrouw verwachtte door haar huwelijk met iemand die in Nederland werkt, meer mogelijkheden voor eigen ontplooiing te krijgen, maar moest daarvoor wel door de traditionele ceremonie van de ontmaagding. Terwijl ze zich altijd heel oppassend en keurig heeft gedragen, doen na de 'mislukte' huwelijksnacht roddels over haar de ronde. Ze is woest als ze daarover vertelt. Het praten over deze ervaringen lucht haar echter ook op. Het is alsof die woede er eerst uit moet voor ze ook maar iets haar vagina binnen kan laten.

Het blijkt niet moeilijk te zijn over al deze zaken te spreken, hoewel we goed moeten opletten elkaar goed te begrijpen. Het echtpaar werkt zelf intensief mee om de communicatiekloof te overbruggen. Zo geeft de man bij de uitleg hoe de ene vrouw wel vaginistisch reageert en de andere niet, zelf het voorbeeld van vlieg angst. Dat is ook niet zomaar te overwinnen.

In een gesprek in de maand voordat ze een jaar gehuwd zijn, stel ik dat haar probleem er misschien niet geweest zou zijn als ze eerst aan haar man had kunnen wennen. Tegenwoordig willen moderne meisjes hun partner voor het huwelijk al wat leren kennen, wat bij haar niet kon. Een maand later komen ze lachend binnen: "Je n'ai plus de problème sexuel!" Het is niet erg meer en het is zelfs fijn. Twee jaar later zijn zij ouders van een zoon en spreekt de vrouw redelijk Nederlands.

#### **Therapeutische benadering van een vaginistische reactie**

Doel van de therapie is dat de vrouw de beschikking over haar vagina (terug)krijgt. Blijkt ze in de loop van de therapie echt voor de coïtus te kiezen, dan lukt dit ook. Informatie over de aard van de vaginistische reactie is daarbij essentieel. Bijna zonder uitzondering denkt een vrouw die merkt dat de coïtus niet lukt, dat haar vagina te nauw is. In het verleden dachten artsen er vaak ook zo over. Vaak is die overtuiging zo sterk dat informatie over het mechanisme dat maakt dat de coïtus niet lukt, aanvankelijk niet overkomt. De vrouw kan pas geloven in een niet-lichamelijke oorzaak van haar vaginistische reactie als zij voldoende inzicht heeft gekregen in het ontstaan van haar probleem.

Doorslaggevend in het therapeutische proces bij de hierboven vermelde vrouw is het kunnen uiten van haar woede om de vernederingen die zij sinds zij getrouwd was, heeft ondergaan. Daarnaast geeft informatie over anatomie en fysiologie haar de mogelijkheid haar vagina meer als 'eigen' te gaan ervaren. Het bespreken van de 'migrant'-situatie werkte steunend en resulteerde in een cursus Nederlands die haar meer zekerheid geeft.

Als voorwaarde voor therapie geldt altijd dat de omstandigheden zo goed mogelijk moeten zijn, dat hulpvrager en hulpverlener elkaar goed 'verstaan' en dat de hulpverlener de vrouw accepteert in haar werkelijkheid van dat moment. Begrijpelijk is dat een hulpverlener die zelf moeizaam praat over seksualiteit, nog meer moeite zal hebben in een situatie waarin hij of zij ook nog te maken heeft met een taal- en cultuurbarrière. Dit speelt al als het gaat om een contact met een autochtone cliënt(e) uit een andere culturele subgroep met een ander taalgebruik, andere sociaal aanvaarde gewoonten of in een andere fase van een emancipatieproces. Welke termen gebruik je, wat kun je zeggen en wat niet?

In alle contacten met een hulpvrager is het belangrijk aan te sluiten bij de ervaringswereld van deze vrouw of deze man. Ook een klacht als "Het vrijen lukt niet" of een vaginistische reactie moet steeds gezien worden in de realiteit van deze vrouw, dit

echtpaar, op dit moment. Stereotiepe uitgangspunten als "Seksualiteit is in Nederland voor iedereen gemakkelijk bespreekbaar", "Marokkaanse echtparen kunnen nooit samen praten over seksualiteit" gaan aan deze realiteit voorbij. Ze werken verlamdend en zijn contra-productief. Van belang is daarom oprechte interesse te hebben in de cultuur van de cliënt, op de hoogte te zijn van wat Marokkaanse vrouwen zelf vertellen over hun seksualiteit<sup>1</sup>, begrip te tonen voor de positie van de migrant, een moeilijke situatie die veel vraagt van de mens.

Belangrijke therapeutische uitgangspunten, ook in het geval van Marokkaanse vrouwen, zijn altijd de navolgende:

- de vrouw serieus nemen in haar beleving, in haar emancipatieproces;
- niet interpreteren vanuit de eigen visie, waarin een coïtus misschien niet zo noodzakelijk is;
- aftasten of de gegeven interpretatie overeenkomt met wat de vrouw wil vertellen;
- nagaan of de gegeven informatie overgekomen en begrepen is;
- nagaan of een therapeutisch voorstel als redelijk en acceptabel wordt ervaren.

### Conclusie

Als aan de voorwaarden die ik in het voorafgaande heb aangegeven, is voldaan, blijkt dat een gesprek over de ware oorzaken van de vaginistische reactie vaak, tot verwondering van de hulpverlener, heel goed op gang kan komen en uiteindelijk te kunnen leiden tot een goed therapieresultaat. Een Marokkaanse en een Nederlandse vrouw blijken dan veel meer op elkaar te lijken dan van elkaar te verschillen. Beiden blijken met hun vagina te kunnen/durven aangeven wat hun mond nog niet kan/durft uit te spreken.

Naarmate de culturele afstand tussen hulpverlener en cliënt groter is, is meer aftasten nodig om tot een vruchtbare communicatie te komen. Men name rond het thema seksualiteit zou de gêne van de Nederlandse hulpverlener wel eens groter kunnen zijn dan die van de Marokkaanse man of vrouw. De gêne van de hulpverlener kan dan achter stereotiepe ideeën over hoe moeilijk het voor de cliënt wel niet zal zijn, worden verborgen. Contacten tussen mensen met een verschillende culturele achtergrond kunnen beter en bevredigender worden door kennis van elkaar, verworven in momenten van frustratie en herkenning.<sup>2</sup>

### Noten

De auteur is als arts verbonden aan de Rutgersstichting, een instelling die gespecialiseerd is in hulpverlening bij problemen op het gebied van seksualiteit. Zij heeft een aantal jaren in de gezondheidszorg in Tunesië en Marokko gewerkt. Zij dankt Rob van Dijk voor zijn hulp bij het bewerken van deze tekst van lezing tot artikel.

1. Zie bijvoorbeeld: Soumaya Naamane-Guessous: *Au delà de toute pudeur. La sexualité féminine au Maroc*. Casablanca: Eddif Maroc, 1988. In het Nederlands vertaald onder de titel: *Achter de schermen van de schaamte*. Amsterdam: Uitgeverij An Dekker, 1990.
2. Vrij naar prof. dr. V.J. Welten in zijn bespreking van het boek 'Interculturele Communicatie' van D. Pinto in *Buitenlanders Bulletin*, 16(1): 22-4.