

Dr. J. DE MAEYER en Dr. L. MACOURS

De gynekoloog-seksuoloog in de seksuologische hulpverlening: Modeverschijnsel of noodzaak?

Dr. Joris DE MAEYER

In een voorwoord in "Gynécologie - Psychosomatique" schrijft Prof. R. Palmer: "Aujourd'hui c'est le psychisme de la femme qui est invoqué comme la cause la plus fréquente des troubles gynécologiques". Dit steekt wel scherp af tegen de mening van anderen die zeggen dat gynekologen zich enkel met organische problemen mogen bezighouden en dat ingaan op de psychische problematiek van de vrouw tot minder goede gynekologie zal leiden.

Als er al zo'n extreem verschillende standpunten over de taak van de gynekoloog bestaan, wat dan gezegd over de taak van de gynekoloog-seksuoloog?

Inderdaad een gynekoloog-seksuoloog werkt niet alleen binnen het spanningsveld van de gynekologie, maar beweegt zich ook op het terrein van de seksuologie. Ik zou durven zeggen: de gynekoloog-seksuoloog bevindt zich op het kruispunt van de gynekologie-verloskunde met de seksuologie. Hij is het raakpunt waarin de klassieke gynekologie-verloskunde versmelt met de seksuologie.

Op het eerste gezicht lijkt het seksuologische domein netjes afgegrensd als de wetenschap die zich bezighoudt met intermenselijke relaties, vooral de man-vrouw-verhoudingen en al de uitingsvormen hiervan. Gynekologie-verloskunde is dan de wetenschap die zich bezighoudt met de verloskunde en de "vrouwenziekten".

Voor beide lijken de definities min of meer klaar, maar bij nader toezien worden deze mooi afgelijnde gebieden steeds verder onder en op gedeeld in meer en meer overgespecialiseerde takken zoals bv.: endokrinologie,

neonatalogie, onkologie, psychosomatiek, enz. enerzijds en in "nieuwe sex-therapieën", systematische desensibilisering en emotietraining, ontdekkende en psycho-analytische benaderingen enz. anderzijds.

Eén van deze overgespecialiseerde onderverdelingen zou men kunnen omschrijven als het domein van de gynekoloog-seksuoloog.

De gynekoloog-seksuoloog is dan zowel de gynekoloog die aan seksuologie doet als de seksuoloog die aan gynekologie en verloskunde doet.

Het is de gynekoloog die geen "vrouwenziekten" behandelt, maar wel vrouwen die een gynekologische afwijking hebben of die zwanger zijn en die daarom juist psychische en/of seksuele moeilijkheden hebben. Het is de seksuoloog die niet alleen de seksuele dysfuncties door gespreksterapie behandelt, maar ook het gynekologisch of andrologisch nodige onderzoek uitvoert. Of diegene die de ongewenste zwangerschap begeleidt, naar lichaam én geest.

Kortom de gynekoloog-seksuoloog is de gynekoloog die vanuit een psychosomatische benadering, de seksuele problematiek van een echtpaar zal trachten op te lossen.

Enige verduidelijking van deze algemene principes lijkt mij zeker niet overbodig. Daarom een iets meer uitgewerkt schema zoals ik het behandelingsgebied van de gynekoloog-seksuoloog zie.

1. Problemen van de man-vrouw relatie

- de strikt seksuele problematiek: bv. seksuele dysfuncties, vaginisme, dyspareunie, libido-stoornissen, erektiestoornissen, ejakulatiestoornissen, enz. . .

Deze stoornissen die meestal op een psychische basis ontstaan kunnen ook organisch zijn. Kenmerkend is in de benaderingswijze van de gynekoloog-seksuoloog dat ongeacht hun ontstaanswijze ze steeds organisch worden benaderd. Deze benadering is als het ware de toegangspoort tot het probleem. Maar steeds is hier onder verstaan dat de betekenis van deze stoornissen uiteindelijk een psychische betekenis is, die voor iedere patiënt, of ieder

echtpaar afzonderlijk dient begrepen en aangevoeld. Volgens deze betekenis moet de behandeling dan ook worden aangepast.

- de vraag naar kontraceptie of de vraag naar zwangerschap, als een typisch gevolg van de seksuele relatie. Ook hier zal dus een somatisch gegeven psychosomatisch benaderend worden.

Kontraceptie wordt voorgeschreven met aandacht voor de betekenis ervan binnen een seksuele relatie.

Een zwangerschap en een bevalling worden begeleid naar de beleving van het echtpaar toe. Vandaar ook hier specifieke aandacht voor de psychoprofylaktische methodes van bevalling en bv. het gebruik van hypnose voor bevallingsbegeleiding.

- in eenzelfde optiek dienen ook de voortplantingsproblemen gesteld te worden: steriliteitsproblemen versus definitieve kontraceptie. Kunstmatige inseminatie met donorsperma en de vraag naar de adoptie van een kind of de vraag naar hulp en begeleiding voor het afstaan van een kind voor adoptie zijn hier wel duidelijk als probleemstelling. Het is klaar dat een rechtstreekse betrokkenheid van de gynekoloog-seksuoloog bij dit gebeuren hem ook grote therapeutische mogelijkheden geeft.

2. Sommige lichtere psychische stoornissen kunnen door een rechtstreekse lichamelijke aanpak zeer snel en afdoend behandeld worden.

- zo kunnen bvb. sommige seksuele dysfuncties die een gevolg zijn van psychische stoornissen (vb. angstneurose) zeer efficiënt organisch benaderd worden: vb. een rustig en rustgevend gynekologisch onderzoek kan voldoende zijn om een vaginisme te genezen.

- problemen van kontraceptie en bevalling: evalueren van de noodzaak tot en ook effectief omkeerbaar maken van een sterilisatie. De ganse problematiek van afstand nemen van voortplantingsmogelijkheden dient hier besproken met het echtpaar, en iedereen die in de praktijk staat weet hoe sterk de implicaties op seksueel vlak hier kunnen zijn.

Bespreken en begeleiden van een nieuwe zwangerschap en bevalling als in een vorige zwangerschap een ernstige psychose bestond enz. . .

- Rationele problematiek of zuivere relatieproblemen kunnen soms rechtstreeks benaderd worden door de gynecoloog dan door de psycholoog of de psychiater. Alhoewel deze problematiek gemakkelijker zal doorverwezen worden naar de psychiater of naar de psycholoog, lijkt het mij toch wel nodig dat een gynecoloog-seksuoloog ook hier soms een gespreksterapeutische benadering dient te gebruiken.

Deze benaderingswijze lijkt mij nochtans minder frekwent of mogelijk, ook al omwille van de praktische tijdsfaktor en de praktische werkindeling van de gynecoloog-seksuoloog.

Inderdaad, regelmatige gespreksterapeutische sessies kunnen wel eens onderbroken worden door bv. het volgen van de bevalling. Indien deze situaties zich regelmatig herhalen is een goede afwikkeling van een langdurige psychoterapeutische behandeling bijzonder moeilijk.

3. Besluit: het spreekt vanzelf dat een afwegen van en het begrijpen van de psychische betekenis van een organische ingreep op elk ogenblik en voor elke patiënt afzonderlijk een absolute voorwaarde is tot slagen. Eens deze voorwaarde vervuld zal de gynecoloog-seksuoloog in deze situaties dikwijls zeer efficiënt zijn omdat hij de ganse persoonlijkheid van de patiënt of de ganse situatie van het koppel behandelt en niet beperkt blijft tot enkel het psychische domein zoals de psychiater of de psycholoog, of tot het organische domein zoals de gynecoloog of de androloog.

Deze eerder summiere en zeker niet volledig uitgediepte bedenkingen moeten het de lezer mogelijk maken zich een idee te vormen rond de plaats van de gynecoloog-seksuoloog in de seksuologische hulpverlening. Misschien vindt hij er ook een antwoord in op de vraag: modeverschijnsel of noodzaak?

Dr. Louis MACOURS

1. Seksualiteit als psychisch-somatisch gebeuren

Seksualiteit is een globaal menselijk gebeuren dat steunt op een biologische basis en een socio-psychische evolutie.

Een psycho-somatisch gegeven dus. De interactie tussen cultuur en natuur.

Interessant is, dat het biologisch substraat van dit gebeuren, hoofdzakelijk hormonaal en neurologisch bepaald wordt, en reeds door tal van multi-kausale psycho-somatische concepten is opgebouwd. Dit heeft tot gevolg dat dit biologisch substraat zelf, eenmaal aangelegd, als dusdanig reeds beschikt over kansen en onkansen. De hersenen (C. Z. S.) spelen hierin een dominerende rol, waardoor elementen zoals: geheugen, ervaring, emoties, gedachten, enz. deze kansen mede bepalen. Tevens wordt daardoor de seksualiteit als functie erg kwetsbaar voor emotionele stress, akute en kronische problemen. Kennis van de anatomie en de fysiologie van dit gebeuren is derhalve onontbeerlijk voor een goed begrip. Denk aan het verschil in bezenwing van erectie en ejakulatie; denk aan de invloed van de leeftijd, drugs, depressie en medikatie op de seksuele activiteit. Het is dan ook niet verwonderlijk dat betere anatomische en fysiologische kennis geleid heeft tot een grotere vooruitgang in de therapeutische aanpak (Masters & Johnson).

Het pathologische psycho-somatische gebeuren zal dan ook eenzelfde aanpak vergen als de andere psycho-somatosen. Deze medische akt veronderstelt een juiste diagnose en een adekwate therapie. De diagnose behelst de bepaling en de evaluatie van zowel het somatische als het psychische en van hun interacties onderling. Het negeren van de somatische aspecten, zoals door sommige psychologische en psychiatrische richtingen nogal eens gebeurt, is even eenzijdig en gevaarlijk als het ander ekstrem, nl. het alleen maar oog hebben voor de zuivere somatische aspecten. Het is nog min nog meer een kunstfout van de geneeskunde.

2. Mensen met seksuele problemen

Het % van de bevolking dat in deze problemen heeft varieert sterk van onderzoek tot onderzoek. Wordt het voor de VS op 50% geschat, dan worden in

Nederland gegevens aangeduid tussen de 16 en 54%.

Volgens een studie van J. FRENKEN zou 40% van de vrouwelijke bevolking en 26% van de mannelijke bevolking zelfs een problematisch seksueel leven hebben.

Het aantal van de patiënten dat zich bij de geneesheren aanmeldt met een seksueel probleem, primair of sekundair, varieert volgens een Hamburgse studie tussen de 6 en de 15% bij de huisarts en tussen de 20 en 30% bij de gynecologen.

In mijn eigen praktijk als gynecoloog ligt dit boven de 30% tgv gynecologisch konsult en tussen de 5 à 10% tgv verloskundig konsult.

Uit deze en andere studies blijkt ook dat:

- de klachten die kunnen geuit worden door de patiënt funktie zijn van de ingesteldheid van de geneesheer.
- heel wat klachten van de man via de vrouw naar de arts gebracht worden.
- de vrouw veel meer dan de man hulp zoekt tgv moeilijkheden, hetgeen aantoonst dat het seksuele voor de vrouw belangrijk is, misschien wel belangrijker dan voor de man, dit in tegenstelling met de gangbare opvatting.

Een interessante studie van Schurz handelt over de personen die geraadpleegd worden in geval van seksuele problemen. Voor de vrouwelijke bevolking geldt dat 80% meent dat de geneesheer hiervoor kompetent is. In eerste instantie zou men zich wenden naar:

. Gynecoloog	47%
. Echtgenoot	37%
. Vrienden	11%
. Huisarts	3%

Als redenen voor deze voorkeur worden o. a. gegeven:

- een grotere anonimiteit van de gynecoloog omdat deze minder in het komunale leven betrokken is.
- tevens wordt hem een grotere deskundigheid toegeschreven o. a. om een verband te leggen tussen het seksuele leven en de lichamelijke klachten.

3. Verdere bespreking van deze gegevens en de rol van de gynecoloog

De gynecoloog is dus voor vele vrouwen de persoon naar wie men zich richt n. a. v. seksuele moeilijkheden of problemen.

Dit heeft uiteraard te maken met de inhoud van z'n specialiteit. Door deze inhoud is hij immers in nauw contact met het emotionele leven van de vrouw. Sommige van de erg belangrijke mijlpalen in haar geschiedenis vallen binnen zijn werkveld: geboorte, menarche, seksualiteit, gezinsplanning, zwangerschap, pelvische operaties, borstoperaties, menopauze. Daarbij komen nog bepaalde ziektes die een belangrijke weerslag hebben op het zich als vrouw beleven in de wereld: acné, hirsutisme, enz.

De vrouw vraagt dus hulp waar zij die hoopt te vinden zowel op het emotionele als op het fysische vlak.

De gynecoloog blijkt derhalve "de vertrouwde andere" waarnaar met veel verwachting wordt uitgekeken. De gynecoloog is dan ook de persoon bij uitstek om aan counseling te doen waar dit nodig is. Het onderstelt natuurlijk dat hij zich hierin vormt.

Tenminste zou hij tav de aangeboden problemen een objectieve houding moeten innemen, die toelaat dat:

- de patiënten hun problemen kunnen aanbrengen zonder afgewezen te worden
- de klacht aanhoord wordt (is reeds therapeutisch)
- de belangrijkheid voor de patiënt erkend wordt
- een grondig lichamelijk onderzoek uitgevoerd wordt, dat een juistere diagnose toelaat (is therapeutisch op zichzelf)
- een korte anamnese die een eventuele adekwate verwijzing tot gevolg heeft.

Nochtans biedt zijn positie nog meer mogelijkheden voor een effectieve hulp. Dan moet er echter de uitgesproken bereidheid zijn zich in het domein van de counseling bij te scholen (dit bvb met de hulp van Balintgroepen). Er is immers een duidelijk verschil tussen het counselend gesprek en de somatische benaderingswijze, hoewel het proces klacht, diagnose en behandeling gelijk is.

De klacht is immers soms erg subtiel en onduidelijk en ligt dikwijls verscholen achter een vage somatische klacht als ingangsticket.

- het seksuele symptoom is "lichaamstaal" en komt te voorschijn daar waar psychische weerstanden de persoon onvoldoende beschermen tegen zijn dreigende emoties.

Zo gesteld is dit symptoom uiting van de kwetsbaarheid van die persoon in dit domein. M. a. w. een andere persoon kan in die gevallen bv. een maagzweer of een spastisch colon ontwikkelen, afhankelijk van zijn gevoeligheid.

- de therapie bestaat er o. a. in om deze kwetsbare gevoelens te beschermen tegen een overmatige negatieve stress.

Daarenboven is therapie in dit geval een "assisting proces" waar de patiënte zelf, zowel vraag als antwoord moet geven. De gynecoloog is dan de begeleider en helpt de anderen (hun eigen antwoorden) te vinden op hun eigen problemen.

Het grote pakket van seksuele problemen dat de gynecoloog aangeboden wordt bevat meestal de lichte en middelzware stoornissen. Zeer dikwijls zijn ze het gevolg van onwetendheid, onrealistische verwachtingen en opvoedingsfouten, vroegere seksuele ervaringen met negatieve inslag. We zien ook dat deze problemen dikwijls samenvallen met een slechte communicatie tussen de partners.

De zware intra-psychische problemen doen zich veel minder voor. Daarom kan een goed empathisch verstaan, een actief luisteren, een goed doorspelen van informatie reeds veel oplossen. Bijkomend kunnen heel wat problemen door aangepaste korte therapie opgeklaard worden: gedragsterapie, Masters en Johnson oefeningen, enz. Voor ernstige intra-psychische problemen zal men dienen te verwijzen naar andere deskundigen zoals de psychiater enz.

4. Samenvattend kan de rol van de gynecoloog gezien worden als:

- 1. Preventief: vb. - voorhuwelijksonderzoek
- doorspelen van juiste informatie
- 2. Edukatief: lichaamsonderzoek biedt mogelijkheid om het echtpaar meer kennis bij te brengen omtrent hun eigen lichaam

3. Kuratief: - luisteren naar de problemen

- opvangen en bespreken van deze problemen
- therapie of verwijzing
- het lichaam kan ook als instrument, als een ingangspoort gebruikt worden voor therapeutische maatregelen

4. Begeleiding en raadgeving: o. a.

- tijdens de zwangerschap, bevalling, miskraam
- voor pelvische ingreep en bortsoperaties.

Tot slot zou ik stellen dat de rol van de gynecoloog die zich vooral toelegt op seksuologie, overeenstemt met de geschetste taken. Bijkomend is wel de benadrukking van de counselingfunctie en de mogelijkheden van korte therapie voor specifiek seksuele problemen.

Tevens dient hij als 2° linie-hulp tzt voor verwijzing van patiënten van zijn kollega's.

Wijzen we er tenslotte op dat ook zijn rol voortdurend in evolutie is en dat deze nauw samenhangt met de rol van de vrouw in onze samenleving.