

HULPVRAGEN WAARBIJ SEKSUALITEIT EEN ROL SPEELT. EEN KLINISCHE LES UIT DE HUISARTSPRAKTIJK^o

L. Wigersma*

In deze klinische les worden vijf patiënten beschreven die de huisarts bezochten met een probleem of hulpvraag waarbij seksualiteit een rol speelde, zonder dat er sprake was van een expliciet, als zodanig gepresenteerd seksueel probleem. Vastgesteld wordt dat de hulpverlening kan mislopen als de huisarts, conform bepaalde opvattingen over de verborgen hulpvraag, al te voortvarend de seksualiteit of vermeende seksuele problemen aan de orde stelt. Daarentegen kunnen goede resultaten worden geboekt met een aanpak waarvoor de uitlatingen en beleving van de patiënt de leidraad vormen, en waarbij bovendien de nadruk ligt op praktische, haalbare, soms onconventionele strategieën. Speuren naar de "vraag achter de vraag" blijkt lang niet altijd nodig of nuttig.

Seksuele problemen worden jaarlijks door 4 à 6 promille van alle patiënten aan de huisarts gepresenteerd (Wigersma, 1990). Het hoeft geen betoog dat in de bevolking veel meer seksuele problematiek voorkomt (Schein e.a., 1988). Mensen hebben echter allerlei redenen om dat niet met hun huisarts - of welke hulpverlener dan ook - te bespreken. Ook het feit dat huisartsen zich open en belangstellend opstellen, lijkt daar weinig aan te kunnen veranderen (Wigersma, 1992).

Naast expliciete seksuele problemen zijn er ook andere klachten, problemen en hulpvragen waarbij seksualiteit een rol speelt, of waarbij de huisarts een verband ziet of vermoedt met seksualiteit. Voorbeelden zijn: potentiële bijwerkingen van een nieuw voor te schrijven medicijn, de situatie van een patiënt na het overlijden van zijn partner, het bespreken van veilig vrijen bij een anticonceptie-advies, en signalen die op vroeger seksueel misbruik zouden kunnen duiden.

Bij het aan de orde stellen van seksualiteit kunnen diverse valkuilen opdoemen. Bedacht moet worden dat patiënten vaak zeer huiverig zijn om seksualiteit bij de dokter ter sprake te brengen (Wigersma, 1992). Als de huisarts al te voortvarend deze weg inslaat, kan de patiënt afhaken. Dit geldt des te meer als het niet de patiënt maar de huisarts is die seksualiteit ter sprake heeft gebracht. Voorts is het van groot belang, te differentiëren tussen een "echt", actueel seksueel probleem waarvoor op dat moment hulp gevraagd wordt, en een anderssoortig probleem dat weliswaar seksuele connotaties heeft maar waarbij de hulpvraag iets anders is. Goedwillende hulpverleners hebben soms de neiging dit laatste te interpreteren als een verborgen seksueel probleem. Dat is mede terug te voeren op aanbevelingen van sommige deskundigen, actief (dus zonder dat de patiënt erover begint) naar seksuele moeilijkheden te vragen bij vage of nonverbale signalen die in die richting wijzen (Frenken e.a., 1988; Vink en Van der Does, 1992). In een dergelijke aanpak kunnen al te makkelijk de ideeën en opvattingen van de hulpverlener prevaleren boven de wensen

* Prof. dr. L. Wigersma, huisarts. Vakgroep huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam. Tel. (020) 5664606.

^o Geaccepteerd voor publicatie 29 maart 1993.

van de patiënt (Hofmans-Okkes, 1991).

Hieronder worden enkele patiënten voorgesteld die op het spreekuur kwamen met een vraag of probleem waarbij seksualiteit een rol speelt of kan spelen, zonder dat er sprake is van een duidelijk, als zodanig gepresenteerd seksueel probleem.

Casuïstiek

Patiënt A, een 32-jarige man, kwam op het spreekuur vanwege een branderig gevoel in de urethra bij het plassen. Hij had soms ook een druppeltje afscheiding 's morgens. De klachten bestonden enkele dagen. De mogelijkheid van een seksueel overgedragen aandoening bleek aanwezig. Over de omstandigheden waaronder hij die had opgelopen, wilde hij pertinent niets zeggen. Op de vraag waarom hij daar zo stellig in is, antwoordde hij dat hij zich ervoor schaamde. De huisarts vroeg toch door naar het bewuste seksuele contact, in de overtuiging dat hier een belangrijk probleem boven de tafel moest worden gehaald. De man wilde echter in het geheel niets meer zeggen. Hij vroeg om pillen voor zijn druisper en vertrok haastig met zijn recept.

Patiënte B, een 17-jarig meisje, bezocht de huisarts in verband met anticonceptie. Ze wilde de pil gaan gebruiken, net als haar moeder. Ze bleek al heel wat af te weten van orale anticonceptie. "Van mijn moeder en vriendinnen gehoord", zei ze. De huisarts vroeg of ze wel eens ervaring had opgedaan met andere vormen van anticonceptie, zoals terugtrekken voor het klaarkomen, en condooms. Patiënte wist daar wel van, maar terugtrekken zou volgens haar niet safe zijn en condooms, dat leek haar zo'n gedoe. Of ze er al ervaring mee had? Wel met dat terugtrekken, daarom vond ze het nu tijd voor de pil. De huisarts haakte in op haar idee dat terugtrekken "niet safe" is en vroeg of ze de pil dan wel veilig vond. Daar was ze van overtuigd. "Maar safe vrijen betekent ook: zorgen dat je geen Aids kan krijgen", aldus de huisarts. Toen bleek dat ze het idee had dat Aids niet bij heteroseksuelen voorkomt. Ze was trouwens toch niet van plan, met veel verschillende jongens naar bed te gaan. Er ontspon zich een gesprek over het belang van zowel goede anticonceptie als preventie van de (kleine) kans op een HIV-infectie. Tenslotte werd afgesproken dat ze wel met de pil zou beginnen, maar ook het gebruik van condooms zou overwegen, samen met haar vriendje.

Patiënte C is een 80-jarige vrouw die het na een lang en productief leven vol intellectuele en politieke arbeid niet kan verkroppen dat ze fysiek en geestelijk achteruitgaat. Haar echtgenoot is al lang geleden overleden, maar de laatste jaren ontvallen haar ook veel vrienden en kennissen. Ze wordt in toenemende mate depressief. De huisarts nodigt haar uit voor enkele langere gesprekken. Het blijkt dat ze vooral nu ze achteruit gaat ("ik hou de slijtage niet meer tegen") erg slecht opgewassen is tegen eenzaamheid. Ze vertelt dat ze vorig jaar nog regelmatig seksuele contacten had met een twintig jaar jongere vriend, buiten medeweten van zijn echtgenote. Ze genoot van deze contacten. Helaas is deze vriend recent ook overleden. Ze mist eigenlijk een partner, met wie ze zowel geestelijk als lichamelijk contact heeft. Trouwen of samenwonen wil ze niet meer, ze is teveel gesteld op haar zelfstandigheid. Maar hoe moet ze aan een partner komen? Ze komt bijna nergens meer waar loslopende mannen zijn.

De huisarts stelt voor dat ze een contactadvertentie plaatst in een groot ochtendblad. Ze vindt dat eerst een raar idee, maar zegt toe erover na te denken. Enkele weken

later stemt ze ermee in. Samen met de huisarts stelt ze een tekst op. De week na plaatsing krijgt ze een serie brieven, waaruit een succesvolle ontmoeting voortkomt. Nu, twee jaar later, heeft ze nog steeds een plezierige en seksueel bevredigende relatie met deze man.

Patiënt D is een 65-jarige man die toenemende klachten heeft van een vergrote prostaat: moeilijk plassen, slappe straal, nadruppelen en regelmatig urineweginfecties. De huisarts stelt een operatie voor, waarbij dat deel van de prostaat wordt verwijderd dat op de urinebuis drukt. De patiënt voelt er weinig voor, omdat hij, naar zijn zeggen, bang is voor de narcose. "Daar hoor je zoveel narigheid over", meent hij. De huisarts legt uit dat het risico op nadelige gevolgen van de narcose bij een gezonde man als hij uiterst gering is, maar dat lijkt hem niet op andere gedachten te brengen. Desgevraagd ontkent hij dat er andere overwegingen zijn om niet geopereerd te willen worden.

Enkele dagen later komt de echtgenote van de man op het spreekuur. Ze vertelt dat haar echtgenoot vooral bang is voor impotentie na de prostaatoperatie, maar dat hij dat niet durft te zeggen. De huisarts, die dit al vermoedde, vraagt of ze weet hoe dat het beste met hem besproken kan worden. Ze zegt: "Dokter, ik ken hem goed genoeg: hij hoopt vast dat ik het u heb verteld en dat u hem belt om erover te praten". Aldus geschiedt; de huisarts belt hem en er komt een uitvoerig gesprek uit voort. Hij laat zich opereren. De operatie slaagt en over de potentie heeft de patiënt niet te klagen.

Patiënte E, een 39-jarige vrouw, kwam in korte tijd verschillende keren bij de huisarts met spanningsklachten en moeheid. Er werden geen lichamelijke afwijkingen gevonden. De huisarts bracht de mogelijkheid van psychische of sociale problemen te berde en bood een gesprek daarover aan. Aanvankelijk ging ze er niet op in, maar in een volgend consult kwam ze terug op het aanbod. Ze vertelde dat ze als dertienjarig meisje seksueel misbruikt was en dat die herinnering, nu haar eigen dochter ongeveer die leeftijd had, weer naar boven kwam. Het bleek dat ze destijds door een oom diverse keren betast was en dat hij haar gevraagd had, zijn geslacht aan te raken en te strelen. Dat laatste had ze niet gedaan en hij had er verder ook niet op aangedrongen, noch zijn geslacht aan haar getoond. Ze kon zich herinneren dat ze er danig overstuur van was. Ze was bezorgd dat haar dochter ook zoiets, of erger, kan overkomen.

De huisarts vroeg of ze door de gebeurtenissen van toen seksuele problemen heeft gehad in haar latere leven. Daarop omschreef ze de seksuele relatie met haar man als onbevredigend, maar zei dat dat niet aan haar vroegere ervaringen lag. De huisarts ging verder in op de relatie die naar zijn inzicht mogelijk bestond tussen het seksuele misbruik, de seksuele problemen met haar echtgenoot, en haar huidige klachten. Daarover raakte ze echter geïrriteerd; ze wilde er niet verder over praten en kwam na dat consult niet meer terug op de kwestie.

Bespreking

Hier zijn vijf verschillende situaties in de huisartspraktijk geschetst die iets met seksualiteit te maken hadden zonder dat het om een expliciet seksueel probleem ging. Soms bewoog de consultvoering zich op het scherp van de snede, zoals bij patiënten A en E. In deze beide gevallen is het duidelijk dat er een belangrijke kwestie speelde

op het gebied van seksualiteit, maar dat de huisarts in zijn ijver te ver ging. Patiënt A gaf duidelijk de grens aan; de huisarts overschreed die op tamelijk grove wijze. Gezien de hulpvraag was het ook absoluut niet nodig geweest, verder te vragen. Bij patiënte E toonde de huisarts weinig waarde te hechten aan haar opmerkingen dat de slechte seksuele relatie met haar man los stond van haar vroegere ervaring. Misschien had de huisarts gelijk in zijn veronderstelling, misschien niet. Het is aanmerkelijk dat het verder uitdiepen van oorzaak en gevolg wel degelijk relevant was geweest. Daar zal de huisarts nu echter niet achter komen. In plaats van verder te exploreren en de patiënte tijd te geven, volgde hij te snel zijn hypothese en verspeelde daardoor het vertrouwen van de patiënt. Met patiënten A en E is mogelijk gedurende langere tijd een vertrouwensbreuk ontstaan.

Bij patiënte B ging het om de ongewenste gevolgen van seksueel verkeer. Veel jonge meisjes - en jongens - denken wel aan het voorkómen van zwangerschap maar niet aan Aids en andere geslachtsziekten, en willen ook liever niet met de dokter over seks praten. Door direct bij de ervaring en het taalgebruik van de jonge patiënte aan te sluiten en nadruk op seksuele kwesties te vermijden, kon op natuurlijke wijze de preventie van Aids in het gesprek worden ingeweven. Dit schept tevens de gelegenheid er in latere consulten nog eens op terug te komen.

Patiënte C was depressief, zowel door de beperkingen van de ouderdom als door het gemis van een partner. Aan haar achteruitgang was niet veel te doen, dus richtte de aandacht zich op het andere probleem. Er werd een wellicht wat buitenissige, maar aardige oplossing gevonden die laat zien dat de huisarts - mits weloverwogen - met succes buiten zijn boekje kan gaan.

Bij patiënt D ging het erom, hoe zijn terechte zorgen op seksueel gebied aan de orde konden worden gesteld en zo mogelijk gerelativeerd. Dankzij het contact met de echtgenote werd een goede uitweg gevonden. Een ongevroegde interventie, tot stand gekomen via de partner, lijkt op het eerste gezicht minder gewenst, maar kan in de praktijk toch op verantwoorde wijze gerealiseerd worden. Voorwaarde is dat met beide partners een goed contact bestaat en dat de patiënt door de partner wordt voorbereid op de komende interventie. Als aan deze voorwaarden niet is voldaan zijn zulke interventies gedoemd tot mislukking of erger.

Uit deze gevalsbeschrijvingen blijkt in de eerste plaats, dat seksualiteit in zeer uiteenlopende gedaanten een rol kan spelen in problemen die aan de huisarts worden voorgelegd, zonder dat het om seksuele problemen gaat. In de tweede plaats wordt duidelijk dat de huisarts in beginsel uit twee strategieën kiest: actief exploreren in de richting van een seksueel probleem, dan wel de hulpvraag en de behoeften en grenzen van de patiënt als leidraad voor de hulpverlening aanhouden. Het eerste alternatief wordt ondersteund door opvattingen over consultvoering die het zoeken naar de vraag achter de vraag stimuleren, hetgeen bij de onderhavige categorie hulpvragen betekent dat associaties en (nonverbale) signalen al moeten leiden tot actief informeren naar seksuele problemen. Deze opvatting, die nog altijd tamelijk verbreid is, mist een empirisch fundament. De hulpverlening op die basis kan derhalve - zoals uit de gevalsbeschrijvingen blijkt - verkeerd uitpakken, hoewel ook een goede afloop niet bij voorbaat uitgesloten is. Het tweede alternatief, het aansluiten bij de hulpvraag en beleving van de patiënt zonder het eigen gedachtenspoor te laten prevaleren, lijkt meer effect te kunnen sorteren en meer tevredenheid bij de patiënt (Hofmans-Okkes, 1991). Een dergelijke benadering vereist:

- helder inzicht in het verschil tussen seksuele problematiek in de bevolking, seksuele hulpvragen, en hulpvragen waarbij seksualiteit (mogelijk) een rol speelt;
- vaardigheid in het exploreren zonder expliciet of impliciet hypothesen in te brengen

in het gesprek;
– inzicht in het feit dat het ongevraagd aan de orde stellen van seksualiteit of seksuele problematiek de communicatie evengoed kan verstoren als stimuleren.
Bovendien kan de huisarts, daartoe ten zeerste geholpen door een goede en langdurige verstandhouding met patiënten, buitengewoon praktische, vindingrijke, soms uitgesproken onorthodoxe oplossingen helpen aandragen.

Summary

General practice and consultations regarding sexuality

In this clinical conference report from general practice, five case histories are discussed in which sexuality is an important, but implicit part of the problem presented by the patients. Sexuality can be intertwined with other problems in very different ways. In the 5 case histories the patients did not present a sexual problem, but a correct assessment of the problem made it necessary to discuss or refer to sexuality one way or another. Several pitfalls may appear and hamper attempts in this direction.

In the case histories presented, two of the patients obviously had problems linked to sexual experiences, but they did not want to talk about it. The practitioner did not respect their boundaries and hence failed in his task. In a patient asking for contraception the need to discuss safe sex was self-evident; the problem was how to raise the matter. In this case there was an elegant opportunity, presented by the young patient herself. An old lady was depressive not only because of declining physical functions, but also because she missed sexuality. A classified ad turned out to be the - unorthodox - solution to her loneliness. And a man who feared to become impotent after an operation of the prostate gland in the near future, did not dare to say so. Thanks to his wife, the doctor found out and took the initiative to talk to him and reassured him after all.

The opinion that practitioners and psychologists should look for the problem behind the reason for encounter, especially when the complaint is vague or has psychological connotations, is still widespread. Sometimes it may and sometimes it may not represent the truth, but it certainly must not lead to premature conclusions. We can conclude from the case reports that it is very important for the general practitioner not to pursue his/her own hypothesis and train of thought, but to take the needs and potentials of the patients as a guide for his/her approach in matters concerning sexuality. But a subtle, inventive and above all practical approach, sexuality can be brought into the conversation as far as it is necessary and desirable. This way, the encounter can be completed to everyone's satisfaction.

Literatuur

- Frenken, J., K. Rodenburg en B. van Stolk (1988). *Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hofmans-Okkes, I. (1991). *Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten*. Dissertatie, Universiteit van Amsterdam; Meditekst, Lelystad.
- Schein, M., S.J. Zyzanski e.a. (1988). The frequency of sexual problems among family practice patients. *Family Practice Research Journal*, 7: 122-134.
- Vink, C.W. en E. van der Does (1992). Anamnese en lichamelijk onderzoek. In: Slob, A.K. e.a. (red.). *Seksuologie voor de arts*. Bohn, Stafleu, Van Loghum, Houten.
- Wigersma, L. (1990). *Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorganen en de seksualiteit*. Dissertatie, Universiteit van Amsterdam; Meditekst, Lelystad.
- Wigersma, L. (1992). Kwaliteit van de hulpverlening door de huisarts bij genitale en seksuele klachten. *Huisarts en Wetenschap*, 35: 53-56.