

## GASTREDACTIONEEL:

### DE DOKTER EN HET PRATEN OVER SEKS : DE SCHAAMTE VOORBIJ?<sup>1</sup>

#### Een persoonlijke verkenning

Gerda van Dijk<sup>2</sup>

**Een aantal jaren geleden was ik te vroeg voor een college dat ik moest geven en luisterde naar het laatste stuk college van een gynaecologische collega van mij. Hierbij werd een mevrouw gedemonstreerd, die geopereerd was voor een verzakking. De hele zaal van vierdejaars studenten speelde dokter en het gesprek was geanimeerd. Tenslotte vroeg mijn collega of mevrouw nog opmerkingen had. “Ja”, was het antwoord, “wat ik zo gek vind is dat niemand, U ook niet (tegen mijn collega) naar mijn seks heeft gevraagd terwijl dat voor mij de voornaamste reden was om me te laten opereren. Ik voelde niets meer als mijn man in mij was en dat is nu een heel stuk beter. Maar waarom vraagt niemand dat? Denken jullie soms dat mensen boven de twintig dat niet meer doen?”**

**De zaal lachte beschaamd en de arts sloot het college af. Een antwoord werd niet gegeven.**

Het maakte mij niet vrolijker na 25 jaar onderwijs op dit gebied om te merken hoe sterk de neiging is om seksualiteit niet tot het somatische te rekenen en hoe sterk de weerstand is om dit onderwerp in de somatische anamnese ter sprake te brengen en hoeveel toch overwonnen moet worden wanneer een patiënt de arts lijnrecht voor het blok zet.

De geschiedenis van artsen en de seksualiteit kent een duidelijke golfbeweging. De eed van Hippocrates, die ook de grondslag van ons functioneren is in deze tijd, geeft al aan dat de mens, ook toen, als geheel werd gezien, met diens seksualiteit. Tevens is duidelijk, dat toen ook het mens zijn van de arts werd erkend met diens seksuele gevoelens. Sindsdien, onder invloed van maatschappelijke veranderingen, hebben artsen verschillende rollen gespeeld in het omgaan met hun eigen seksualiteit en die van hun patiënten, en niet altijd een positieve.

In de periode van het ontstaan van het vak seksuologie, de negentiende eeuw, waren het opnieuw de artsen, die –net als de heersende moraal van hun tijd– een duidelijke en bepalende rol speelden in het vasthouden aan omschreven lijnen van normaal (hetero/voortplantingsgericht) en abnormaal (al het andere) seksueel gedrag. Toch waren er ook toen andere geluiden zoals Groddeck (1923), die weigerde masturbatie als abnormaal te zien. Meestal echter hadden artsen een dwingende, dempende invloed op de

seks van hun patiënten, met een dubbele moraal ten aanzien van de vrouwelijke seksualiteit. Dit was ook zo, wanneer de seks centraal gesteld werd in het totale leven van de mens, zoals b.v. bij Freud (1905).

Dat was nog het voorwetenschappelijk tijdperk. Onderzoek, en Kinsey (1948, 1953) was daar het eerste in, gaf in overeenstemming met een veranderende tijdgeest veel meer ruimte aan seksualiteit in alle verscheidenheid. Zowel de homo- als de vrouwenemancipatie hebben daar een grote rol in gespeeld.

Het is daarom opvallend, dat het isolement, waarin de seksualiteit in de negentiende eeuw geplaatst is, niet is opgeheven in de twintigste, maar door veel medici hardnekkig bleef worden doorgevoerd.

Aan een aantal medische faculteiten werd vanaf het eind van de zestiger en het begin van de zeventiger jaren onderwijs in dit vakgebied gegeven aan medische studenten, en de pioniers hadden regelmatig contact met elkaar in de z.g. SOM (Seksuologie Opleiding Medici) -workshops. Opvallend was dat iedereen uitging van een multidisciplinaire benadering en een bio/psycho/sociale opvatting van seks (Engel, 1980). Dat viel buiten de strikte faculteitslijnen en was daarmee een uitzondering in het medisch curriculum. De medisch psychologen van geneeskundefaculteiten zaten vaak in dezelfde moeilijke positie. Docenten van andere vakgebieden binnen de medische faculteit hadden het daar moeilijk mee en de studenten ook.

<sup>1</sup> Geaccepteerd voor publicatie: 13 augustus 2002.

<sup>2</sup> Prof. dr. J.G. van Dijk, arts-seksuoloog, bijzonder hoogleraar seksuologie vanwege de NVSH, Universiteit van Amsterdam, en polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Postbus 9600, 2300 RC Leiden, tel. 071-5268032.

## Het onderwijs

Medische studenten zijn anders dan die aan andere faculteiten. In een onderzoek van eind jaren zeventig onder eerstejaars studenten bleek dat letterenstudenten de meeste seksuele ervaring hadden, rechtenstudenten iets minder, maar medische studenten het alerminst, als zij aan de universiteit begonnen.

Jaren later in het NISSO-onderzoek "Doktertje spelen" (Van der Meden, 1983) onder eerstejaars medische studenten aan de EUR, de RUL, de RUU, de VU en de UvA bleek iets minder dan 70 % van de vrouwelijke studenten en iets meer dan 60 % van de mannelijke geen coïtuservaring te hebben en een belangrijk gedeelte had zelfs geen ervaring met zoenen. Het onderwijs, zeker wanneer dit in het eerste jaar gegeven werd, had dus behalve een wetenschappelijke ook een voorlichtende functie.

De vraag of a.s. medici geremder zijn op seksueel gebied kan niet beantwoord worden maar is wel in overweging te nemen.

Daarnaast hadden en hebben studenten moeite met het accepteren van verschillende waardesystemen naast elkaar en is seksuologie een van de weinige vakken, zonet het enige vak in het geneeskunde-curriculum, dat expliciet met verschillen in waardesystemen werkt. Omgaan met emoties - die van zichzelf of die van de patiënt - is geen structureel onderdeel van de studie, maar blijkt later in de praktijk van groot belang. Seksuologie-onderwijs oefent hier per definitie in en dat is een waardevol gegeven. Alhoewel bij de training in het afnemen van de anamnese en gespreksvoering ook aandacht besteed wordt aan emotionele aspecten, lijkt het zo te zijn dat dit niet zo direct refereert aan het eigen normen- en waardensysteem van de student als het praten over seksualiteit.

Het feit, dat het eigen normen- en waardensysteem prima is, maar gescheiden moet worden gehouden van dat van de patiënt in je rol als arts, wekt verwarrende gevoelens op en vaak ook agressie bij de studenten. Zelf ben ik korte tijd, toen ik in 1973 door Prof. Bert Verveen gevraagd werd samen met hem college te geven, in de valkuil van het naïeve idee gevallen dat dit onderwijs gewoon wetenschappelijk gegeven kon worden. De woede van de studenten die wat zij altijd voor vaststaand en absoluut hadden gehouden aangetast zagen, hebben mij snel gecorrigeerd.

Met het toenemen van het aantal vrouwelijke studenten, en ook met het toenemen van mijn eigen expertise is de reactie gematigder geworden maar er blijft één aspect overeind: praten over seks blijft voor de toehoorders een persoonlijk tintje houden. Wie over een hartinfarct praat wordt er niet van verdacht er een

gehad te hebben en hoeft niet na te denken over de gevoelens bij het gehoor, maar wie over seks praat stelt zich bloot aan speculaties en moet weten dat de toehoorders persoonlijke gevoelens over het gehoorde hebben.

In het onderwijs aan co-assistenten hoorde ik regelmatig, dat medici het moeilijk vinden om naar seks te vragen, omdat ze dat het gevoel geeft voyeur te zijn. Nu leert men in de studie uitgebreid te voyeureren in allerlei excreta van het menselijk lichaam. Zelf heb ik herinneringen aan een co-schap kindergeneeskunde waarin het een gemengd genoeg was met je neus in een volle luier te worden gestopt met de vraag "rotting of gisting, dokter"?

Waarom dan toch die terughoudendheid ten opzichte van seks? Is dat alleen maar omdat daar moeilijker de scheiding gemaakt kan worden tussen de rol van arts en de eigen gevoelens? Of heeft dat toch iets te maken met een algemene problematiek in het omgaan met emoties bij artsen?

Omgaan met eigen gevoelens, gespiegeld worden aan het eigen gedrag en gecorrigeerd worden op eigen verbaal en non-verbaal gedrag naar de ander toe, zijn relatief nieuwe aspecten van het medisch onderwijs en worden alleen in Maastricht systematisch en door de hele studie heen doorgevoerd.

De vernieuwing van het onderwijs en de grote menskracht en tijdsinspanning die dit vraagt dreigen de niet direct somatische aspecten maar moeizaam te integreren in de overmaat aan feitenstof die de student moet opnemen. Het is een absoluut verlies als hierdoor het onderwijs in de seksuologie weer in het verdomhoekje terecht komt.

## De kliniek

Ik begon dit verhaal met een voorbeeld uit het klinisch onderwijs. De kliniek heeft de laatste decennia te maken gekregen met een in toenemende mate mondige patiënt. Internet blijkt een voortdurende bron van informatie, die iedereen ter beschikking staat, en de conclusies die de patiënt daar uit trekt zijn niet altijd dezelfde als die van de arts. De rol van voorlichter is vele artsen nog vreemd en de patiënt als medebesliser in het therapieproces moet voor velen ook nog wennen. Daarnaast verwachten veel patiënten kennis over seks van de arts maar hebben dezelfde remmingen om het gesprek te beginnen.

Maar de arts is hulpverlener en dat schept verplichtingen. Een onderzoek van het NISSO uit de jaren zeventig over homoseksualiteit gaf aan, dat artsen en geestelijken werden gezien als de belangrijkste hulpverleners door de onderzochte groep. Het verschil tussen de twee professies was dat geestelijken wel

en artsen niets van homoseksualiteit bleken af te weten. Bijscholing van artsen was dus noodzakelijk.

Gaat dat ook op voor seks in het algemeen in de kliniek? In mijn ervaring kunnen eerstejaars studenten vaak beter een seksuele anamnese afnemen dan vierdejaars en is de bereidheid om over seks te spreken met een patiënt afgenomen wanneer een co-assistent na een jaar klinische ervaring in het co-schap gynaecologie terecht komt en ik vraag me af waarom. Het heeft mijns inziens te maken met het voorbeeld dat in de meestal hiërarchisch georganiseerde klinische afdelingen gegeven wordt. Wil de co-assistent(e) dan, zoals geleerd, vragen naar seks of voorlichting geven over de consequentie van ziekte of behandeling voor de seksualiteit, dan wordt daar niet altijd positief op gereageerd. Of de arme krijgt te horen dat dat nu niet belangrijk is, of er wordt gevraagd of zij of hij zelf problemen met seks heeft.

Daarnaar gevraagd zeggen de meeste co's dat als ze naar seks moeten vragen daar eigenlijk door de patiënten "heel gewoon" op geantwoord wordt. En dat is in overeenstemming met gegevens uit onderzoek onder reumapatiënten aan de RUL, die graag voorlichting over seks en hun ziekte wilden hebben, zo wel schriftelijk als ook mondeling van hun arts.

Nu zijn het de patiëntenverenigingen zoals de MS-stichting, de Hartstichting, de Reumastichting, de Nierstichting, etc., die een voorlichtende functie vervullen. Ondanks dat wordt de arts door de patiënt toch als inlichtingsbron gezien. Deze is echter vaak niet op de hoogte van de gevolgen van de ziektes op zijn terrein en hun behandelingen op het seksuele leven van de patiënt en diens eventuele partner en geeft voorlichting over alle effecten behalve op dit gebied. En dat geeft als signaal af, dat elk effect dus een persoonlijk falen van de patiënt moet zijn, met alle gevolgen van dien voor het zelfbeeld en problemen in de relatie.

Natuurlijk weet ik dat er veel verbeterd is de laatste tien jaar en de intensieve samenwerking van de urologie, de psychiatrie, en soms de chirurgie, met de universitaire poliklinieken voor seksuologie (meest-al verbonden aan een afdeling gynaecologie), wijst daarop. De multidisciplinaire onderzoekslijnen, die de laatste jaren zijn opgezet in samenwerking met verschillende zowel medische als psychologische afdelingen hebben hierbij een positieve rol gespeeld. Toch is een veel grotere integratie in en tussen de verschillende orgaanspecialisten nodig, willen die hun patiënten zien als mensen (dus met een eigen seksualiteit) in plaats van organen waar een stem aan zit. Als dat de komende twintig (?) jaar gerealiseerd wordt, kunnen we tevreden zijn.

Een niet te verwaarlozen aspect daarbij is het feit dat medici worden opgeleid als probleemplossers en dat de oplossing van een seksueel probleem vaak individueel moet worden aangepast. Dat geeft een gevoel van machteloosheid, dat onaangenaam gevonden wordt. Maar met machteloosheid moet op elk medisch terrein geleerd worden om te gaan. Duidelijk moet zijn dat seksuologie een eigen deskundigheid heeft in behandeling van een seksueel probleem, maar elke arts heeft een functie in signalering en voorlichting. Dat in dit proces de arts ook zelf een mens mag zijn met eigen gevoelens lijkt me alleen maar winst.

Zorgwekkend vind ik derhalve twee ontwikkelingen die gelijktijdig plaats vinden. Ten eerste het feit dat de medische faculteiten de seksuologie nog steeds niet zo serieus nemen, dat ze daarvoor ruimte in hun onderwijsprogramma en in hun vaste wetenschappelijke staf veilig stellen, en in de tweede plaats de toenemende nadruk op technische, somatische aspecten van seksualiteit, losgekoppeld van de belevingsaspecten. Dat is een essentieel verlies van de inhoud van een belangrijk stuk menszijn voor patiënt en arts.

## Conclusie

Het onderwijs in de seksuologie aan medici heeft een bloeitijd gekend in de laatste jaren van de vorige eeuw. Juist nu, bij een gevoel in de maatschappij dat seks zo belangrijk is, is er sprake van een bedreiging van dit onderwijs en de multidisciplinaire benadering, die zo essentieel is voor dit vakgebied. De integratie hiervan in de medische wereld is belemmerd geweest door de angsten van veel medici voor het omgaan met emoties, iets wat ze in hun eigen opleiding niet hebben geleerd en wat juist in het seksuologie-onderwijs zo duidelijk aan de orde komt. In het belang van medici en patiënten is het de moeite waard te blijven strijden voor een voortzetting en uitbreiding van dit onderwijs. Het is aan de komende generatie seksuologen zich hiervoor in te spannen.

## Literatuur

- Engel, G. (1980). The clinical application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Freud, S. (1905). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Gesammelte Werke 5. Frankfurt: Fisher Verlag.
- Groddeck, G. (1923). *Das Buch vom Es*. Wenen: Internationaler Psychoanalytischer Verlag GmbH.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., & Gebhard, P.E. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders.
- Mede, P. van der (1983). *Doktertje spelen; seksualiteit en eerstejaars studenten; een enquête over attitudes, kennis en ervaring op het gebied van seksualiteit onder studenten geneeskunde, ergotherapie en verloskunde*. Zeist: NISSO studies.