

H. J. DOKTER EN F. VERHAGE

De twijfelende dokter

Het echtpaar Berends is zes jaar getrouwd. De man vertelt dat zijn vrouw nog maagd is, en hij vraagt de dokter onder lokale anesthesie het hymen te breken, of de vrouw daarvoor naar een gynaecoloog te verwijzen. Het probleem van de dokter is dat hij niet weet wat hij moet doen: hij twijfelt.

Casus

Dokter L is gevestigd in een gezondheidscentrum in een middelgrote gemeente. Hij is gehuwd en heeft drie kinderen.

De heer en mevrouw Berends, beiden 27 jaar oud en zes jaar getrouwd, bezoeken het spreekuur. Het echtpaar woont sinds enkele jaren in de wijk van huisarts L. Zowel de man als de vrouw zijn bij hem ingeschreven. Van hun medische voorgeschiedenis weet hij niets. Hij heeft slechts enkele malen contact met hen gehad, eenmaal voor een griep, en eenmaal voor een ongeval. Voor zover bekend, zijn zij niet belijdend lid van een kerkgenootschap; wél zijn zij dooplid van de Nederlands-Hervormde Kerk.

Het echtpaar maakt een wat verlegen indruk. De man doet het woord en zegt dat zijn vrouw nog maagd is; hij heeft nooit geslachtsgemeenschap met haar kunnen hebben. Jarenlang hebben zij deze situatie aanvaard, maar nu willen zij er verandering in brengen. Zij willen graag kinderen hebben en dat is er toe nu toe niet van gekomen. De vraag van de man is of L onder lokale anesthesie het hymen wil breken, of de vrouw daarvoor naar een gynaecoloog wil verwijzen.

Alvorens op het verzoek van de man in te gaan, probeert dokter L een seksuele anamnese af te nemen. Hij slaagt daarin slechts gedeeltelijk, doordat het echtpaar niet meewerkt. Wel blijkt dat zij in staat zijn op een bevredigende manier met elkaar te vrijen. Waarom het de man niet lukt zijn vrouw te 'ontmaagden', wordt echter niet duidelijk.

Dokter L vraagt zich af of een 'ontmaagding' via een vaginaal toucher met

speculumonderzoek wel de juiste weg is. Voor een verwijzing naar de gynaecoloog is eerst een nader onderzoek noodzakelijk, maar hij betwijfelt of zo'n onderzoek op dit moment wel verstandig is. Zit er niet veel meer achter de vraag van dit echtpaar dan hij nu kan overzien? Het lijkt erop alsof ze iets voor hem geheim willen houden.

Uit ervaring weet L dat dergelijke toestanden zich kunnen voordoen; subjectief ervaart hij echter een gevoel van: wat is hier eigenlijk aan de hand? Dit subjectieve gevoel brengt hem tot het besluit niet meteen een onderzoek te doen en tegen het echtpaar te zeggen dat hij eerst over de vraag wil nadenken. Hij vraagt hen over een week terug te komen. Dat biedt hem de mogelijkheid het geval intussen voor te leggen aan de groep.

Het probleem

Het probleem van dokter L is, dat hij niet weet wat hij moet doen: hij twijfelt.

Bespreking

Tijdens de bespreking ontstaan twee kampen: sommige deelnemers vinden dat je ten minste een onderzoek moet doen om na te gaan of er een intact hymen is of niet ('je moet toch eerst weten wat er precies aan de hand is'), andere menen dat je het beter even kunt aanzien; zij steunen L en vragen zich af of er in dit geval wel een lichamenlijk onderzoek moet plaatsvinden.

De consulent merkt op dat in de discussie te weinig waarde wordt toegekend aan de twijfel van L. Als deze bekend zou staan als een eeuwige twijelaar, zouden we kunnen zeggen: 'Hij twijfelt weer'. Maar dat is niet het geval. Hij is integendeel doortastend en gaat recht op zijn doel af. Er moet dus wel een reden voor zijn twijfel zijn.

Vaak ervaren we twijfel als onaangenaam en willen we die sensatie zo snel mogelijk wegwerken; we moeten ervan af. Sommigen doen dat door dan maar op te treden; anderen doen het door uit te stellen. Belangrijk is echter om na te

gaan waar die twijfel vandaan komt, om de eigen twijfel te bestuderen. Twijfel moet ergens vandaan komen. Waar komt de twijfel van L vandaan?

In antwoord op die vraag zegt L: 'Eigenlijk vind ik het een gek idee. Ik heb dit nooit meegemaakt. Soms denk ik: wat kan het me schelen, die mensen willen het nou eenmaal en doe dat nou maar. Maar als ik dan weer denk dat ik het doen moet, dan denk ik: wat ben je in godsnaam aan het doen. Kortom: ik twijfel'.

Bijna driekwart jaar later komt L terug op dit geval. Hij zegt: 'Ik ben jullie nog wat informatie schuldig'. Daarna vertelt hij hoe hij in het tweede gesprek met het echtpaar niet is ingegaan op het verzoek van de man en geen lichamenlijk onderzoek heeft ingesteld. Wel is daarna nog een vervolgesprek geweest met de vrouw, die hem vertelde seksueel niet normaal te zijn. De huisarts heeft toen gezegd dat hij dat met haar en haar man samen wilde bespreken. En hij heeft voorgesteld dat ze samen zouden komen. Daarna is er eigenlijk geen contact meer geweest.

Kort geleden heeft hij gehoord dat ze is opgenomen met een psychose. Zij vertoonde in haar psychose allerlei bizar seksueel gedrag.

In de groep wordt de vraag gesteld: 'Hoe kijk je nu achteraf aan tegen het verzoek van destijds?' L zegt: 'Ik heb er daarna nog wel wat over gefilosofeerd. Aan de ene partij, die vond dat ik er wel wat aan moest doen, heb ik eigenlijk weinig gehoor gegeven. Omdat ik daar niet voor voelde, het sprak me niet aan. De andere partij vond het beter niets te doen. Ik weet nu nog niet wat goed is, maar mijn gevoel zegt: goed dat je het niet gedaan hebt, want je weet niet wat er allemaal aan vastgezet zou hebben. Ik denk dat ik buiten iets gebleven ben, dat me erg in verwarring gebracht zou hebben.'

Commentaar

De twijfel van L ontstaat op grond van een klacht en een verzoek, die hij vreemd vindt. Het kernprobleem is de

Prof. dr. H.J. Dokter, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam; Prof. dr. F. Verhage, hoogleraar medische psychologie, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Correspondentie: Prof. dr. H.J. Dokter, Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Matheneserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam.

gevraagde ontmaagding van de vrouw: een vaginaal toucher met daarop volgend een speculumonderzoek. L twijfelt of hij daar wel toe moet overgaan; hij zou dan iets doen wat eigenlijk in een seksuele relatie thuishoort.

Bij het eerste consult wist L nog niet waarom hij twijfelde; dit werd hem pas achteraf duidelijk. Ook had L nog niet direct een werkhypothese geformuleerd. Wél was hem het absurde van het verzoek duidelijk, evenals zijn eigen twijfel of hij dit verzoek zonder meer zou honoreren. Van een organische aandoening bij de vrouw - in de zin van anatomische afwijkingen, bijvoorbeeld vulva-atresie - was hem niets bekend. De vrouw menstrueerde normaal. Het eerste gesprek gaf geen aanleiding om aan deze mogelijkheid te denken.

In de groep werd opgemerkt dat 'je eerst moet weten wat er precies aan de hand is'. Daarmee werd bedoeld op het lichamelijke onderzoek, met voorbijgaan aan de verheldering van de hulpvraag, de seksuele anamnese en de medische voorgeschiedenis. Dat is tekenend voor sommige leden van de groep. Zij vinden de achtergronden van de patiënt minder belangrijk dan wat de arts door onderzoek op het spoor komt. Zelfs de mogelijkheid van kanker wordt geopperd. De vrouw zou wel kanker kunnen hebben en door haar niet te onderzoeken zou je dat over het hoofd zien!

Wij leren de betrokken artsen dat deze 'dadendrang', dit 'Draufängergedrag', niet altijd noodzakelijk is en soms fout, vooral als de achtergronden van de klacht of het verzoek onvoldoende duidelijk zijn. Niet alleen een geneeskundige, maar ook een psychologische diagnose is noodzakelijk, vooral als de arts tot handelen wil overgaan. Daarbij moet aan beide aspecten even veel gewicht worden toegekend als het om problematiek op gynaecologisch en verloskundig gebied gaat.

Nadat de vrouw zonder haar man was teruggekomen voor een vervolgesprek, heeft zij verteld dat zij seksueel niet normaal was.

L is daar niet op ingegaan. Achteraf gezien is dit niet verstandig geweest. Kennelijk wilde de vrouw alleen met de dokter over haar probleem praten. De dokter wilde de man er van meet af aan bij betrekken, mogelijk omdat hij zich alleen met haar onveilig voelde. Hij heeft daardoor een kans gemist met het probleem verder te komen en bijvoorbeeld de vrouw in dit stadium de hulp aan te bieden van een seksuologisch georiënteerde psychiater of psycholoog. Ook zijn latere uitlating over de verwarring duidt erop dat hij met iets te maken had waar hij geen greep op had. In dergelijke situaties is het verstandig zich van actie te onthouden en af te wachten.

Er wordt verschillend gedacht over de vraag of men bij seksuele problematiek met beide partners moet overleggen of alleen met degene die de klacht brengt. Wij houden ons meestal aan de volgende richtlijn:

- bij typische interactieproblematiek (ruzies bijvoorbeeld) is het aangewezener met beide echtelieden te praten; dat lijkt ook de beste weg bij licht ontvlambare jaloezie of paranoia die van één van de partners;
- wanneer één van de partners met de klacht komt, dan spreken wij met de patiënt alleen; de patiënt voelt zich dan in het algemeen vrijer, kan gemakkelijker zijn schaamte overwinnen en kan eerder negatieve gevoelens ten opzichte van de partner uiten.

Dat L de seksuele anamnese van het echtpaar in het eerste gesprek onvoldoende kon uitdiepen, heeft ook met zijn verwarring te maken. L is door de absurditeit van de klacht in verwarring gebracht. Mogelijk daardoor heeft hij datgene achterwege gelaten wat hij eigenlijk had moeten doen: de emotionele reactie van de dokter verhinderde hem om de patiënt geneeskundig correct te behandelen.

Aan deze casus zitten nog enkele andere aspecten:

- Het lijkt een goede beslissing dat L niet op het verzoek van het echtpaar is

ingegaan. Hij heeft de absurditeit van de vraag goed gevoeld en hij heeft zich niet laten verleiden tot het meegaan in een absurde denkwereld. L heeft op die manier zichzelf wellicht een hoop moeilijkheden bespaard. Maar dat is niet het belangrijkste: belangrijker is dat de patiënt zelf, zeker op momenten dat hij de greep op de realiteit dreigt te verliezen, gebaat is bij een arts die niet meegaat met zijn illusies en waangedachten.

- Verder moeten we aandacht geven aan de seksuele problematiek. In feite probeerden de echtelieden de huisarts te betrekken in hun seksuele leven door hem om de defloratie te vragen. We weten dat artsen soms een grote rol spelen in het 'verborgen' liefdesleven van hun patiënten. Waarschijnlijk had L het beste op het verzoek van het echtpaar kunnen antwoorden: 'Als u, echtgenoot, niet in staat bent uw vrouw te defloreren, dan dienen we aandacht te geven aan uw beider seksuele problemen.'

- De indruk dat man en vrouw iets voor hem proberen te verbergen is niet ongebruikelijk. De meeste mensen schamen zich immers voor hun seksuele 'eigenaardigheden' en het kost dikwijls veel moeite om daarover te vertellen. De arts moet dat niet alleen accepteren, maar ook behulpzaam zijn bij het overwinnen van deze schaamte. Men kan dat bijvoorbeeld bereiken door de patiënt een aantal vervolgesprekken aan te bieden. Vaak gaan achter die schaamte heel nare traumatische ervaringen verborgen. De patiënt kan, alleen al door daarover te vertellen, zich bevrijden van een grote psychische druk.

- Tenslotte is er het schuldgevoel dat een dergelijk ingaan op seksuele verlangens meestal met zich meebrengt. Schuldgevoelens hebben daarbij het bezwaar dat zij (onbewust) met strafwensen zijn verbonden. Deze strafwensen kunnen zich makkelijk manifesteren in de moeilijkheden die we ons op de hals halen. De dagelijkse werkelijkheid leert ons dat ook huisartsen zich in de puree kunnen werken en zichzelf erg kunnen benadelen.