

Mishandeling

Ruim drie jaar geleden werd in een artikel over mishandeling van vrouwen de wens uitgesproken dat 'huisartsen, gynaecologen en andere artsen in hun beroepspraktijk daadwerkelijk iets zullen doen met (deze) ervaring van mishandelde vrouwen, zodat vrouwenmishandeling maatschappelijk niet meer zal worden getolereerd'¹. Mishandeling van vrouwen en van kinderen komt geleidelijk aan meer binnen het gezichtsveld van artsen. Het taboe hierover te spreken wordt kleiner, al belemmeren schaamte, angst voor de ander en een gevoel van hoopeloosheid het spreken vaak wel. In dit nummer van Medisch Contact komt de mishandeling van vrouwen en die van kinderen in artikelen van respectievelijk M. Heesakker en anderen (blz. 1514) en van H. Wemekamp (blz. 1513) opnieuw aan de orde.

Het blauwe oog en het gebroken armpje kunnen artsen zo langzamerhand wat eerder dan voorheen op het goede been zetten, maar veel vormen van mishandeling, van incest tot geestelijke kwellerijen, zijn vaak niet zo manifest en kunnen alleen geweten worden als betrokkenen erover vertellen. Dat gebeurt vaak op een indirecte wijze: door klachten over slapeeloosheid of door lichamelijke klachten, die dan maar door de arts moeten worden doorzien – geen geringe opgave als de patiënt zich jarenlang in zwijgen hult, om haar man voor gezichtsverlies te behoeden, uit angst voor zijn represailles, uit schaamte over haar onderworpenheid en zijn dominantie.

Uit het artikel van Heesakker c.s. blijkt dat door huisartsen zeer verschillend wordt gedacht over hun taak ten aanzien van vrouwen die worden mishandeld of bij wie het vermoeden daarvan bestaat. De helft stelt zich passief op, de andere helft wil meer inzicht krijgen in de oorzaken van de kwetsuren of in de bestaande problemen. De ene arts ziet veelvuldig gevallen van mishandeling, de ander slechts zelden. Voor een deel zal dit te maken hebben met de grondhouding van artsen: men herkent pas iets wanneer men er oog voor heeft. Als men een afweerhouding heeft tegenover homoseksualiteit, dan zal men er als arts weinig mee te maken krijgen; als men euthanasie afwijst, zal men de vraag ernaar ook niet horen. Het zich openstellen voor

J. C. van Es

Hulpverlening primair kwestie van mentaliteit

klachten over mishandeling hangt niet in de laatste plaats samen met de taakopvatting van de arts en met de interpretatie daarvan.

Artsen zijn nu meer dan voorheen geneigd en ook genegen patiënten meer verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid toe te kennen en dus ook meer zeggenschap te geven over hetgeen er met hen zal gebeuren. Dit is gedeeltelijk een gevolg van een democratisering van het eigen denken, gedeeltelijk een reactie op het vaak uitgesproken verwijt dat artsen te paternalistisch optreden. Ook speelt ongetwijfeld een rol dat artsen vaak het gevoel hebben door hun patiënten te worden overvraagd, waardoor de behoefte ontstaat het probleem eerder naar de patiënt terug te spelen. Een té paternalistische houding kan de oren voor hetgeen een patiënt wil zeggen doen sluiten; dat kan echter ook gebeuren als men de verantwoordelijkheid primair bij de patiënt legt.

Voor huisartsen ligt de zaak nog complexer. Zij beogen immers zowel individuele geneeskunde als gezinsgeneeskunde te bedrijven, of: de zorg voor het individu is ingebed in de zorg voor het gezin in zijn geheel. Een dergelijk concept bepaalt ook de visie op de eigen taakvervulling. Een huisarts kan in zijn preventie, diagnostiek en therapie in sterke mate gebruik maken van zijn kennis en inzicht in hetgeen zich binnen een gezin afspeelt. Een consequentie hiervan is ook dat de huisarts als gezinsarts een meervoudige loyaliteit heeft: tegenover al die leden van het gezin die zijn patiënt zijn. De mishandelde vrouw is zijn patiënt, maar de alcoholist die zijn vrouw slaat evenzeer.

Het uitoefenen van gezinsgeneeskunde zou, op die manier gezien, in strijd kunnen komen met de hulpverlening aan individuele patiënten. Men behandelt als arts echter geen gezin, maar bij de hulpverlening aan de individuele patiënt gebruikt men inzichten die aan de kennis van het gezin worden ontleend. Toch kan

de multiple loyaliteit problemen veroorzaken. Dat is niet alleen binnen de gezinsgeneeskunde het geval. Een sportarts kan een dubbele loyaliteit bezitten: tegenover de club en tegenover de speler. De bedrijfsarts en de keuringsarts kennen analoge loyaliteitssituaties. De mishandelde vrouw heeft stellig hulp nodig, maar de mishandelende man kan ook de 'identified patient' zijn en als zodanig hulp behoeven. Een adequate hulp aan de vrouw houdt in wezen ook hulp aan de man in. Zo is het in theorie, en zo zou het altijd behoren te zijn, maar de praktijk is soms anders. Een multiple loyaliteit kan ook bestaan bij onverzoenlijke tegenstellingen en dan is het niet uitgesloten dat de arts moet kiezen². Bestaat er een machtsongelijkheid, en dat is bij mishandeling vaak het geval, dan zal het gewicht van de hulp van de arts het machtsevenwicht moeten herstellen. In de luwte van deze tijdelijke gelijkheid kan de mishandelde hopelijk tot een zodanige mentale groei en ontwikkeling komen dat er uiteindelijk een oplossing wordt gevonden. De huisarts is geen maatschappelijk deskundige; maar het maatschappelijk gebeuren moet in zijn beoordeling wel meespelen. Dat is niet strijdig met zijn beroepsdeskundigheid, integendeel. Men is dan ook niet óf een meelevende dokter óf een deskundige dokter: de meelevendheid vergroot de deskundigheid. Voor het meeleven bestaat ook ruimte. Het onderzoek van Heesakker c.s. laat zien dat een drukke praktijk het oog hebben voor en het oor lenen aan deze problemen niet belemmert: deze hulpverlening vergt een juiste gerichtheid en mentaliteit. □

1. Peter AAW, Dijk JG van en Hall EV van. Vrouwenmishandeling. Medisch Contact 1983; 38: 787-9.

2. Toulmin S. Divided loyalties and ambiguous relationships. Social Science and Medicine 1986; 23: 783-7.