

'n Praktiese benadering tot seksuele berading in Huisartspraktyk

Deur DR. A.R. BOEZAART

Daar word alom aanvaar deesdae dat seksuele disfunksies wat in huwelike voorkom deur die huisarts hanteer behoort te word om verskeie logiese en erkende redes. Omdat die dissipliene van seksologie nog tot onlangs totaal nie bestaan het nie en die behoefte vir so 'n dissipliene ontstaan het vanuit die gemeenskap wat swaar eise aan die professie stel in hierdie verband rus die verantwoordelikheid van hierdie belangrike probleem wat meer dikwels as wat baie mense besef voorkom, swaar op die skouers van die huisarts.

In soverre dit die pasiënte aangaan is kommunikasie met mekaar en kennis van mekaar en van die normale anatomie en fisiologie 'n baie groot probleem. Die geneesheer aan die anderkant se grootste tekortkominge in die verband is egter kennis en tyd. Omdat daar deesdae baie geskryf word oor die onderwerp, kan ons aanneem dat die nodige kennis geredelik maklik deur die belangstellende geneesheer ingewin kan word.

Die probleem van tyd in die hantering van seksuele disfunksies deur die Suid Afrikaanse geneesheer in 'n besige huisartspraktyk is egter 'n moeilike probleem om ooglopende redes en ook omdat die vergoedingsstruktuur vir berading nog baie ondoeltreffend en onbevredigend is.

Uit die aard van die presenterende simptome verskil die hantering noodwendig baie. So bv. sal die jong moeder wat bekommerd is oor haar dogter se masturbasie aktiwiteite totaal anders benader word (deurdat al wat nodig is gerusstelling is) as wat die 50-jarige man se impotensie benader sal word.

Omdat premature ejakulasie, sekondêre impotensie, primêre orgasmiese disfunksie en sekondêre

orgasmiese disfunksie in die skrywer se ondervinding gesamentlik vir nagenoeg 83% van die presenterende simptome verantwoordelik is, sal 'n tipiese program wat met sulke probleme gevolg word, bespreek word. Bogenoemde syfer kom ook baie na ooreen met vergelykbare Amerikaanse syfers. Verder moet in gedagte gehou word dat van die pasiënte wat by skrywer se praktyk met seksuele probleme presenteer het, het 96% rapporteer dat hulle geen seksvoorligting of opvoeding ontvang het nie. Van die orgasmiese disfunksie groep het 42% presenteer as "frigiditeit".

1. Die eerste afspraak

Gedurende hierdie presenterende konsultasie moet vertroue in die geneesheer bewerk word. Verder moet die aard van die patologie deeglik nagegaan word en 'n behandelingspatroon uitgewerk en met die persoon bespreek word. In die skrywer se ondervinding was 58% van die pasiënte wat hulp kom soek het vrouens en 42% mans.

Dit is baie belangrik om enige psigopatie tydens hierdie konsultasie so ver as moontlik uit te skakel en waar toepaslik te verwys of self te hanteer indien dit in die geneesheer se vermoë is.

Die belangrikste van die eerste konsultasie is egter om die pasiënt baie duidelik te laat verstaan dat die probleem nie die een of die ander se probleem of skuld is nie, maar dat die verhouding die pasiënt is en dat die verhouding dus terapie benodig.

Om die wederhelfte in te kry is soms baie moeilik, maar mens slaag gewoonlik daarin deur vir hom (of haar) te skakel en te sê dat sy vrou (of man) 'n probleem het en dat ons graag

die probleem met hom wil bespreek.

2. Tweede konsultasie

'n Konsultasie word dan met een van die twee persone gereël en tydens hierdie onderhoud word 'n goedge-dokumenteerde geskiedenis en agtergrond van die pasiënt verkry. Dit werk baie goed om 'n gedrukte vorm te gebruik vir die doel (sien voorbeeld) sodat inligting nie vergeet sal word of oorgeslaan sal word en, baie belangrik, sodat van hulppersoneel gebruik gemaak kan word.

Maak egter baie seker dat die pasiënt goed sal verstaan dat die inligting wat genoteer word baie streng konfidensieel is en waar moontlik, dat dit nie in die gewone lêers van die pasiënte bewaar word nie. Baie belangrike informasie word doelbewus weerhou as die pasiënt enigszins twyfel oor die privaatheid van sulke dokumente veral as die betrokke pasiënt nie die presenterende pasiënt was nie.

'n Dergelyke konsultasie met die ander wederhelfte word dan gevoer, verkieslik waar moontlik op dieselfde dag. Dit gebeur dan heel dikwels dat die pasiënte (soms vir die eerste keer in 'n lang tyd) met mekaar gesels daardie aand en veral nog oor seks sake.

Daar moet ook baie streng daarop geleet word dat die geneesheer nie allerhande raad kwytmaak nie en dat hy beslis ook nie verdoemend moet wees teenoor enige praktyke wat die pasiënte mag rapporteer nie. Byvoorbeeld, as die geneesheer sy misnoë te kenne gee met die feit dat die pasiënt anale coitus verkies bo vaginale coitus, sal baie min belangrike inligting verder uit die pasiënt verkry word. Verder is dit ook nie ons taak as geneesheer om standarde neer te lê nie. Die pasiënte moet die standarde stel (hul eie) en ons moet hulle help om hulle probleme te oorkom.

3. Die ronde tafel bespreking

Hierdie konsultasie vind verkieslik op 'n volgende geleentheid (verkieslik in dieselfde week maar nie op dieselfde dag nie omdat die terapeut en die pasiënt moeg raak) plaas. Tydens hierdie konsultasie wat deur die man en die vrou bygewoon word, word vier aspekte beklemtoon:

i) Vergelyking van die verskillende geskiedenis rekordkaarte

(Vertroulike inligting moet nooit verklap word nie.) Baie dikwels word baie breë en jarelange versperrings in kommunikasie nou afgebreek en op-

From page 15

merkings soos: "Maar Jan, hoekom het jy dit of dat nie al dertien jaar gelede aan my vertel nie", kom baie dikwels voor.

ii) Kort verduideliking van die normale anatomie en fisiologie

Wat hier benodig word is 'n skyfie van die normale anatomie van die man en die vrou wat die normale organe soos die prostaat, ovaria, uterus ens. aantoon en baie belangrik ook die anatomie van die clitoris. Hier moet twee baie belangrike miskonsepsies baie dikwels uit die weg gerium word. Eerstens word aan die pasiënt verduidelik dat die gemiddelde man se penis in die erekte fase maksimum met 'n sentimeter in lengte verskil, maar dat alle penisse in die erekte fase ewe lank en dik is. Dit is ook belangrik dat die pasiënt moet weet dat die frenulum die man "soft spot" is. Sover dit die vroulike anatomie aangaan is dit baie belangrik om pasiënte daarop te wys dat die glans van die clitoris in die meeste gevalle (behalwe pre-orgasmies) 'n onaangename sensasie aan sy eenaars verskaf met direkte aanraking — in teenstelling met die skag.

Die normale fisiologie van die seksuele siklus soos uiteengesit deur Masters en Johnson word dan met skyfies kortliks verduidelik en dan volg die baie belangrike skyfie van die "coital graft" wat in detail bespreek en verduidelik word.

iii) Die Seksologiese ondersoek

Wat 'n absolute moet is. Hier word die man en die vrou afsonderlik maar in mekaar se teenwoordigheid volledig klinies en daarna ginekologies/urologies ondersoek en tydens die ondersoek word die situasie van die belangrikste seksorgane aangetoon. 'n Handspieëltjie is hier soms ook handig tydens die ondersoek van die vrou. Enige fisiese patologie word nou ook uitgeskakel.

Gewoonlik, in by verre die grootste hoeveelheid van die pasiënte, is die probleem op hierdie stadium opgelos omdat die twee algemeenste probleme naamlik kennis en kommunikasie nou meestal uit die weg gerium is of ten minste gedeeltelik uit die weg gerium is en die pasiënte begin nou met mekaar gesels en kommunikasie word opgebou en die kennis volg automaties.

Indien die probleem nou nog nie opgelos is nie, gaan mens aan na die volgende sessie maar alvorens ons verder gaan moet ons net weereens baie seker maak op hierdie stadium dat daar nie psigopatie teenwoordig is

Dr Andre Boezart — Curriculum Vitae
Grootgeword in Pretoria omgewing.
Matrikuleer Afrikaanse Hoër Seunsskool Pretoria 1967.
MBChB 1973 Universiteit van Pretoria.
Intern 1974 Bloemfontein. Daarna — Letaba Hospitaal Mediese beampte en Mediese Superintendent. Vanaf 1976 Privaat Algemene Praktyk eers in Sabie en daarna vanaf 1979 in Tzaneen tot nou.
Aktiewe belangstelling in Seksologie en gedurende 1980 het hy 184 pare behandel.

nie. Daar is nou baie meer inligting beskikbaar en dergelyke patologie moet dan korrek diagnoseer en hanteer word.

"Sensate focus"

Die eerste fase van hierdie baie suksesvolle en goed beproefde tegniek word gedurende die laaste paar minute van die "ronde tafel diskussie" aan die pasiënte verduidelik en hulle word gevra om die eerste fase vir vyf dae tot een week te beoefen en daarna terugkom om terug te rapporteer en vir verduideliking van fase twee en ook verduideliking van die sogenaamde "squeeze" tegniek of enige ander tegniek wat benodig mag word.

Fase twee moet hulle dan weer vir 'n week gaan beoefen en daarna weer terugkom vir verduideliking van fase drie en bespreking van probleme of vrae wat mag opduik. Daarna moet fase drie vir 'n week praktiseer word en die pasiënte kom weer terug na die gewoonlyke plesierige week vir 'n finale opsomming en evaluering van die probleem wat dan in ten minste 80% tot 100% van die gevalle nie meer bestaan nie.

Laat egter die deur wawyd oop die pasiënte om terug te kom indien enige probleme sou opduik.

In die meeste gevalle behoort die volle terapie nie langer as drie en 'n half tot vier ure in beslag te neem nie en die werksbevrediging en diens aan die pasiënte is enorm weens die baie goeie resultate verkry.

Groepsterapie in die vorm van Huweliks Verrykings Programme is ook baie handig as 'n siftings prosedure aan die begin en ook as 'n algemene diens maar op die huidige stadium is dit baie moeilik in ons praktyksistiem.

Ten slotte moet dit baie duidelik verstaan word dat bogenoemde slegs 'n uiteensetting van 'n praktiese bena-

dering tot seksuele berading is en nie die veld van huweliks berading betree of vervang of probeer vervang nie. Daar is 'n baie groot verskil (alhoewel daar baie in gemeen is) tussen suiwer seksuele berading en die komplekse probleme van huweliks berading wat seksuele berading kan insluit.

Sensate Focus

Seksuele gevoelens is 'n natuurlike, normale, gesonde deel van alle mense. Hierdie tegniek word deur die pare tuis beoefen. Die klem moet op sensasie wees en nie op die seksuele nie, byvoorbeeld klank, gesig, reuk, denke, smaak en aanraking. Dit moet vryelik aan mekaar vertel word waarvan hulle hou en waarvan hulle nie hou nie. So byvoorbeeld kan slegte reuke of verkeerde aanraking van sekere areas byvoorbeeld die glans van die clitoris of die corona van die glans penis 'n baie negatiewe stimulus wees.

Dit is ook belangrik om te ontspan sodat alle druk van tyd of prestasie of vertoning vermy kan word. Om ontspanne te wees in 'n voorkeur posisie laat elke persoon toe om ontvanklik te wees vir aangename stimulasie deur die ander.

Fase I

a) Gesig eksploratie, met vingers en lippe, met oë oop en toe. Ook ore en nek.

b) Eksplorieer, streef, masseer, liefkoos ens. areas van aangename sensasie op rug, arms, borskas, abdomen, bene ens. (nie genitale of borste nie en elk lei die ander met woorde, gebare ens. om die beurt en dui aan hoe dit voel.

c) Vermoed die genitale areas. Geen coitus. Indien ereksie of stimulasie plaasvind, hou eenvoudig op, vertel die ander, hou mekaar 'n rukkies vas dat die stimulasie effens verdwyn en begin weer.

To page 27