

# De tweeslachtigheid van het verschil\*

A.L.M. Lagro-Janssen

Uit de vakgroep Vrouwenstudies  
Geneeskunde van de Katholieke  
Universiteit Nijmegen.

\*De hier afgedrukte versie van  
'De tweeslachtigheid van het verschil' is  
een samenvatting, die eerder is  
gepubliceerd in *Huisarts en  
Wetenschap* 1997; 40 (10): 486-490.  
De volledige tekst is verschenen bij  
Uitgeverij SUN.

Trefwoorden: Vrouw – Geneeskunde –  
Geslachtsverschillen

Datum van acceptatie: 9 februari 1998.

Adres:  
Mw. prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen,  
KUN, postbus 9101,  
6500 HB Nijmegen.

**Samenvatting.** In deze beschouwing wordt het belang geïllustreerd van de sekse van de patiënt (en de dokter) voor ziekte en zieke aan de hand van het diagnostisch proces. In dat proces wordt de klacht van een individu in een aantal stappen getransformeerd tot een symptoom van een ziekte. Daarbinnen zijn twee met elkaar verweven verhalen te onderscheiden: het verhaal van de arts en het verhaal van de patiënt. In het diagnostisch proces is het de kunst om het gewicht van beide verhalen, uitgebalanceerd en in samenhang met elkaar, vast te stellen. Daarover en over het aandeel van de sekse in beide verhalen gaat deze beschouwing.

LAGRO-JANSSEN ALM. De tweeslachtigheid van het verschil. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1998; 105: 387-391.

## 1 Inleiding

Mevrouw Roos, 50 jaar, is te dik. Haar dikte zit vooral rondom de heupen. Ik zie haar regelmatig voor haar hypertensie en dan praten we ook over haar gewicht. Ze weet heel goed hoe het komt. Na een werkdag beloont zij zichzelf bij thuiskomst met iets lekkers, en van het een komt het ander. Zij voelt zich vervelend over haar gewicht.

Meneer Van Doorn, 50 jaar, is ook te dik. Het is tussen ons nooit onderwerp van gesprek. Dat zou misschien wel moeten, want hij heeft hypertensie. Hij begint er zelf niet over. Als ik goed kijk, zie ik vooral een dikke buik. Hij voelt zich prima.

Kennelijk maakt het uit of een patiënt met een bepaalde ziekte een vrouw is of een man. Het belang van de sekse voor ziekte en de zieke zal ik illustreren aan de hand van de spil waar het allemaal om draait in de dagelijkse klinische praktijk: het diagnostisch proces (Wulff, 1980).

## 2 Het verhaal van de arts

### 2.1 Epidemiologie

Bij het stellen van een diagnose speelt de kans dat een bepaalde klacht binnen een bepaalde populatie op een bepaalde ziekte wijst, altijd een rol. Inzicht in de verschillen tussen de seksen met betrekking tot bijvoorbeeld morbiditeit en risicofactoren helpt bij het stellen van een diagnose.

Binnen de top-tien van de chronische problemen wordt het beeld bij de vrouwen bepaald door anticonceptie, nerveus- functionele klachten, overgewicht en varicosis; mannen daarentegen presenteren vaker klachten van chronische bronchitis en hartziekten (Stoverinck *et al*, 1996). Binnen de afzonderlijke tractie zien we eveneens verschillen in type klachten tussen mannen en vrouwen. Bij maag-darmziekten bijvoorbeeld blijken vrouwen veel vaker klachten van obstipatie, een spastisch colon en buikpijn te presenteren; mannen lijden vaker aan een hernia inguinalis en een ulcus duodeni (Van de Lisdonk *et al*, 1994). Blijkbaar hebben vrouwen vaker klachten zonder dat er sprake is van een omschreven ziektebeeld. Ook risicoprofielen blijken niet gelijk: een gelijk gewicht in kilo's betekent bijvoorbeeld nog geen gelijkheid in risico's. Bij mannen zitten de extra kilo's vooral rondom de taille – de appelvorm – en bij vrouwen rondom de heupen: de peervorm. Het is de appelvorm die het risico op hartziekten vergroot (Berns, 1995).

### 2.2 Patroonherkenning en classificatie

Klachten kunnen wijzen op een ziekte of een disfunctie van het organisme, of een teken zijn van onwelbevinden. Voor artsen verwijzen klachten en symptomen naar een patroon dat herkend wordt in de medische gemeenschap. Deze patroonherkenning is gebaseerd op twee bronnen van kennis: de – grotendeels tijdens de opleiding geleerde – *ziekteleer* en de later opgedane *ervaringskennis*. Op grond van die patroonherkenning wordt een diagnose geformuleerd in de vorm van een hypothesen.

Over het ziektebegrip – wat een ziekte is – bestaan verschillende concepten, die kunnen worden weergegeven als twee uitersten (Mulder, 1996). Het *biomedische* concept gaat ervan uit dat een ziekte een entiteit is die mensen overkomt, die ze kunnen hebben en waar ze weer van af kunnen komen. Elke ziekte kent een eigen verschijningsvorm en een eigen beloop: de *ziekte* is uniek, en de ziekte is onafhankelijk van de zieke. Het *integrale* concept beschouwt ziekte als een afwijking van het normale binnen het individu. Ziekte ontstaat onder invloed van een samenspel van interne en externe factoren en manifesteert zich in ieder individu in een individuele vorm: de *zieke* is uniek, en de ziekte is onlosmakelijk verbonden met de zieke.

Het stellen van een diagnose weerspiegelt de opvattingen over het ziektebegrip binnen een bepaalde cultuur en binnen het wetenschappelijk discours.

Sekse speelt op diverse manieren een rol in het traject van patroonherkenning en classificatie. Allereerst wordt de patroonherkenning gehinderd door een gebrek aan specifieke kennis van ziekten van vrouwen. In de tweede plaats neemt de vrouwelijke patiënt een bijzondere positie in met betrekking tot het onderscheid tussen ziek en gezond. Beide aspecten hangen samen met een niet adequaat hanteren van de beschreven ziekteconcepten. Het paradoxale gevolg is dat klachten van vrouwen enerzijds niet herkend en erkend worden, en anderzijds te snel tot een ziekte worden herleid. Ik bespreek eerst vijf vormen van 'niet (h)erkennen'.

- Veel kennis over *alledaagse* klachten van vrouwen is er niet. Het is verrassend wat onderzoek naar alledaagse ziekten van vrouwen kan opleveren. Een studie naar de voorspellende waarde van symptomen bij urine-incontinentie bij vrouwen toonde aan dat een clustering van vragen – de vraag naar het verlies van urine bij drukverhogende momenten als niezen, persen, hoesten en tillen en de vraag naar het verlies van urine als gevolg van zo'n sterke aan-

- drang dat het toilet niet meer op tijd bereikt kan worden – een betrouwbare diagnose van het type incontinentie mogelijk maakte (Lagro-Janssen *et al*, 1991). Een goede anamnese maakt verder diagnostisch onderzoek overbodig.
- Bij de *chronische* aandoeningen doet zich gelden dat er weinig kennis is van de *verschillen* tussen mannen en vrouwen; verschillen in etiologie, klachtpresentatie, symptomen, betekenis en psychosociale gevolgen tussen mannen en vrouwen worden niet systematisch opgemerkt en onderzocht. Op deze gebieden stuiten we op de (onuitgesproken) vooronderstelling dat ziekten in etiologie en verschijningsvorm niet worden beïnvloed door een factor als het geslacht van de patiënt.
  - Huisartsen worden frequent geconsulteerd door vrouwen met *klachten zonder ziekte*. Het diagnostisch proces loopt vast in een zoektocht naar een omschreven lichamelijk of psychisch ziektebeeld. Bij de meeste van deze klachten is een integraal ziekteconcept veel toepasselijker, omdat ook kennis van voorgeschiedenis en betekenisgeving van cruciaal belang is in het diagnostisch proces. Bovendien laten deze klachten zich niet scheiden naar lichaam of psyche.
  - *Fysiek en seksueel geweld*. Dat het verschijnsel incest, met alle lichamelijke en psychische klachten, zo lang onopgemerkt is gebleven, is een voorbeeld bij uitstek van het ontbreken van patroonherkenning door onkunde en onjuiste vooronderstellingen vanuit de medische en psychoanalytische hoek.
  - Karakteristieke *mannenziekten* (zoals de hart- en vaatziekten, alcoholverslaving en longkanker) leiden tot foutieve interpretaties als ze vrouwen treffen. Bij deze ziekten komen vrouwen de gelederen van de slachtoffers versterken. Zij worden benaderd met een wetenschappelijke kennis die grotendeels op onderzoek bij mannen is gebaseerd (Khaw, 1993). Een onderzoek naar de verschillen tussen mannen en vrouwen in de presentatie van angina pectoris liet zien dat vrouwen met ischemie vaker atypische pijnklachten presenteerden dan mannen (Pepine *et al*, 1994). De diagnostiek en classificatie van een klassieke angina pectoris is slechts ten dele geldig voor vrouwen.

Een tweede seksespecifiek aspect in het traject van patroonherkenning en classificatie is de bijzondere positie van de vrouwelijke patiënt bij het benoemen van klachten tot een ziekte. Wat voorheen als normale fysiologische gebeurtenis in de levenscyclus van vrouwen werd beschouwd, wordt tegenwoordig tot pathologie gemaakt. Er wordt een diagnose geplakt op iets wat eigenlijk geen ziekte is. Vrouwenlevens lenen zich hiervoor uitstekend: vrouwen komen bijna vanzelfsprekend in aanraking met de geneeskunde, en wel specifiek met een hormonale geneeskunde. Van de anticonceptiepil in de menarche, gevolgd door onvruchtbaarheidsbehandelingen, tot aan oestrogensuppletie in en na de overgang is het leven van vrouwen hormonaal beheersbaar geworden. Vrouwen wordt een bijna levenslang regime van medische bemoeienis aangeboden (of zelfs opgedrongen). Vrouwen worden ook veel meer onderworpen aan screening en preventie. Een vergelijkbare medische inspanning voor mannen – die gezien het leeftijdsverschil in sterfte meer voor de hand zou liggen – is er niet.

### 3 Het verhaal van de patiënt

#### 3.1 Levensloop en sociale context

Is er nu bij de casus van mevrouw Donkers, zoals besproken in afbeelding 1, sprake van een cervicobrachialgie, een subacromiaalsyndroom, een slaapprobleem of een depressie?

Mevrouw Donkers, 69 jaar en weduwe sinds twee jaar, vraagt me om een slaaptablet omdat ze door pijn in haar nek en schouder niet in slaap kan komen. Ze mist haar man. Ze voelt zich somber, probeert wel afleiding te zoeken, heeft ook wel dingen om handen, maar het wil allemaal niet. Ze is veel bezig met een zoon die niet meer thuis komt. En dus ziet ze ook haar kleinkinderen niet.

Deze vrouw, geboren in Zuid-Holland, verliest op 2-jarige leeftijd haar moeder aan 'pleuritis'. Er zijn vier kinderen en zij is de jongste. Ze heeft weinig tot geen herinneringen aan haar moeder, ook niet via overlevering. Haar vader is een rijke boer en trouwt voor de tweede keer met een tien jaar jongere huishoudster. Op 14-jarige leeftijd gaat ze, om thuis weg te zijn, in betrekking als dienstmeisje in de stad. Er komt oorlog, er komt bevrijding en op haar 19e raakt ze ongehuwd zwanger.

Ze wordt elders in het land bij familie weggemoffeld; daar wordt haar zontje geboren. Dan ontmoet ze haar huidige echtgenoot, afkomstig uit Nijmegen. Met haar 'voorkind' heeft ze, zo vertelt ze me, niet veel te kiezen, en ach tegenover het ene gebrek staat een ander: haar man is met zijn bochel duidelijk gehandicapt. Ze krijgen samen vier kinderen.

Haar man krijgt in toenemende mate te kampen met maagzweren, en verliest zijn werk. Hij ontwikkelt na de laatste maagoperatie een paranoid psychotisch beeld, culminerend in een suïcidepoging. Deze gebeurtenis versterkt haar toch al centrale rol als moeder en verzorgster. Omdat ze het moet stellen zonder een echt moeder-voorbeeld en zonder familiecontacten voelt ze zich onzeker op het terrein van de opvoeding. Ze voelt zich daarin ook weinig gesteund door haar man. Ze interpreteert de suïcidepoging als een falen als echtgenote.

Hij krijgt nog vele andere ziekten en sterft op 68-jarige leeftijd aan kanker. In het ziekenhuis, omdat zij absoluut niet meer tegen zijn klagen was opgewassen. Op de begrafenis ziet zij na tien jaar haar enige zoon uit dit huwelijk terug. Het komt niet meer goed, de contacten worden opnieuw verbroken.

Afb. 1. Casus mevrouw Donkers.

Het is allemaal mogelijk, maar uitgaande van een integraal ziekteconcept gaat het in het diagnostisch proces vooral om de *samenhang* der dingen. Om een diagnose te kunnen stellen – om te doorschouwen wat er met deze vrouw aan de hand is – moet gewogen worden welke factoren met elkaar samenhangen en welke elkaar al dan niet versterken. De moeilijkheid ligt niet in het onderscheiden van de medische en psychosociale aspecten van een klacht, maar in het inzicht in de verwevenheid tussen beide. Daarvoor is ook kennis nodig van de wijze waarop mannen- en vrouwenlevens verlopen en waarin ze verschillen.

Eén voorbeeld van de wijze waarop het dagelijks leven van vrouwen verschilt van dat van mannen is: het zorgen. Vrouwen zijn aanspreekbaar op hun zorgtaken. Hierbij gaat het niet alleen om het moederen en de aard van de zorg buitenshuis, maar ook om de zorg binnenshuis. Zo blijkt uit ons onderzoek dat het merendeel van alle terminale patiënten thuis in de laatste fase verzorgd wordt door vrouwen, vooral de echtgenote en dochters (Lagro-Janssen, 1987). Voor veel vrouwen zijn het zorgen voor iemand en het relationele aspect van het zorgen van groot belang voor hun welbevinden. Dat komt doordat meisjes in het socialisatieproces hun identiteit ontwikkelen in relatie tot anderen, het is een *zijn-in-relatie* (Nicolai, 1992). De theorie van het *zijn-in-relatie* stelt de relationele context in de ontwikkeling van vrouwen boven de separatie, het losmakingsproces van het meisje van haar moeder. Dit stemt overeen met mijn praktijkervaring dat de eigen behoeften van vrouwen sterk verbonden kunnen zijn met het geven van zorg aan anderen. Voor een

groot aantal vrouwen is de grens tussen het uiten van eigen wensen (en grenzen) en het zorgen voor anderen problematisch.

Mannen ontwikkelen een identiteit als zijn ze autonoom, als een *zijn-in-zichzelf*. Mannen zijn, zo wijst onderzoek uit, veel minder afhankelijk van omgevingsfactoren en twijfelen minder aan zichzelf dan vrouwen. Zo zoeken mannen bij psychische problemen veeleer de oorzaak bij externe factoren, terwijl vrouwen eerder geneigd zijn de schuld bij zichzelf te zoeken (Vereyken en Bauduin, 1992).

Een onderzoeksbevinding die hierbij aansluit, is dat vrouwelijke partners van chronisch zieken vaker tekenen van overbelasting vertonen dan mannelijke partners (Schure, 1995). Vrouwen kunnen zich niet goed losmaken van de zieke; mannen lukt het beter om, naast de verzorging van hun zieke partner, de eigen hobby's weer op te pakken.

Mevrouw Donkers is somber gestemd. Het leven van deze vrouw werd beheerst door haar verscheurdheid tussen zorg voor haar man en zorg voor zichzelf. Dit bepaalt haar kwetsbaarheid. Voor haar ideaalbeeld van een zorgzame echtgenote heeft zij veel van haar eigen aspiraties moeten opgeven. Haar kinderen vervulden voor een deel het verlangen naar een beter leven. Juist de zoon die het meeste heeft bereikt, keurt haar af vanwege haar dominantie, zo weet ze van haar schoondochter. Ze is ook een sterke vrouw, die al die wegcijfering aankon toen daar nog een positief zelfbeeld tegenover stond. De eenzaamheid verscherpt het verdriet. Deze eenzaamheid is extra beladen door de traumatische eenzaamheid van haar jeugd.

Mevrouw Donkers heeft ook klachten van nek en schouder. Lichamelijk onderzoek zal duidelijk maken welke oorzaken daaraan ten grondslag liggen. De kans is groot dat diffuse stoornissen zoals gespannen spieren de cirkel van lichaam en geest rond maken.

### 3.2 Perceptie en betekenisgeving

Iemand die met klachten naar een arts gaat, ervaart deze klachten als uiting van een mogelijke ziekte. Voor een verklaring van dit proces wordt in de cognitieve psychologie gebruik gemaakt van het symptoomperceptiemodel.

Omdat we in de loop van een dag talloze sensaties van ons lichaam krijgen aangeboden, moet bij de verwerking van deze informatie worden geselecteerd. Welke informatie wordt geselecteerd, hangt ervan af welke prikkels – hetzij uit het lichaam, hetzij uit de omgeving – voorrang krijgen. Bovendien bestaat er zoiets als een individuele geneigdheid: de een is meer gericht op de sensaties van het lichaam dan de ander.

Of lichamelijke sensaties vervolgens als symptomen van een ziekte worden ervaren, hangt af van hun interpretatie. Als iemand meemaakt dat de pijn in de buik bij een bekende op kanker blijkt te berusten, worden de eerder als onbetekenend opgevatte sensaties in de buik veel alarmerender.

Ook in de perceptie van dit soort symptomen zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen (Gijsbers van Wijk, 1995). Vrouwen zijn over het algemeen sterker gericht op het waarnemen van lichamelijke sensaties. Bovendien interpreteren zij lichamelijke klachten eerder als symptomen van een ziekte. Zij hebben ook een grotere algemene geneigdheid om lichamelijke symptomen te rapporteren. Tot slot blijken psychisch en lichamelijk onwelbevinden bij vrouwen sterk met elkaar samen te hangen.

Ook in wat men als oorzaak van klachten ziet (waarvoor ben ik ziek geworden?) en in de betekenisgeving van de klachten (waarom ik), verschillen vrouwen van mannen. De betekenis die vrouwen bijvoorbeeld aan seksualiteit toekennen,

verschilt wezenlijk van wat mannen daarover denken (Bezeemer, 1995). Als vrouwen hulp zoeken voor hun seksuele problemen, gaat het vooral om problemen in het seksuele verlangen: ze hebben geen zin en ervaren dat als een psychisch tekort. Mannen klagen in hoofdzaak over een gebrekkige uitvoering: het lukt niet en ze ervaren dat als een lichamelijk defect.

## 4 De verhalen van patiënt en arts: communicatie

Mannen en vrouwen verschillen in hun communicatie, ook in de spreekkamer (Roter *et al*, 1991). De meeste mannelijke patiënten communiceren in termen van oplossingen. Om meer aan de weet te komen, moet de arts de mannelijke patiënt vragen stellen. Vervolgens zullen de meeste mannen zakelijk verslag uitbrengen. Bij vrouwen is dat anders. Vrouwelijke patiënten willen niet zozeer een oplossing; zij willen vooral gehoord worden. Ze willen het probleem met iemand delen. Vrouwelijke patiënten rapporteren niet, zij verhalen (Wodak, 1981). Zij vertellen over klachten en zichzelf, in samenhang met bepaalde gebeurtenissen.

Binnen de arts-patiëntcommunicatie speelt ook de sekse van de arts een rol. Vrouwelijke artsen zijn inhoudelijk en relationeel beter in staat aansluiting te vinden bij het perspectief van de patiënt dan haar mannelijke collega's; de communicatie wordt beïnvloed door gender-specifieke conversatiestijlen (Meeuwesen, 1988). Het woord – het anamnestic gesprek – is een van de belangrijkste hulpmiddelen van het diagnostisch proces en een goede arts-patiëntcommunicatie is daarvoor een voorwaarde.

In de communicatie ontmoeten het verhaal van de arts en het verhaal van de patiënt elkaar. Het verhaal van de patiënt moet niet letterlijk voor waar worden genomen. Het moet begrepen worden binnen de betekenis die er door de patiënt aan wordt verleend, en het wordt gekleurd door de levensgeschiedenis en omstandigheden van de patiënt.

Het verhaal van de arts dient een ander doel. Het dient niet om een individuele ervaring tot uitdrukking te brengen, maar behoort te streven naar algemeenheid, naar patroonherkenning. Ten behoeve van die patroonherkenning moet de arts in het diagnostisch proces het verhaal van de patiënt ontdoen van ruis. Voor het 'begrijpen' van de samenhang tussen het medische en het psychosociale deel is echter wezenlijk dat de arts naar het hele verhaal luistert.

Het verhaal van de arts en het verhaal van de patiënt zullen altijd verschillende verhalen zijn en moeten dat ook zijn. Indien beide verhalen te veel in elkaar overgaan, wordt de kwaliteit van het 'doorschouwen' bedreigd. In het diagnostisch proces is immers nabijheid nodig om het individuele detail waar te kunnen nemen en afstand om de samenhang te kunnen zien.

## 5 De tweeslachtigheid van het verschil

Is de geneeskunde gediend met het accentueren van het verschil of van de overeenkomsten tussen mannen en vrouwen?

Versillen tussen mannen en vrouwen met betrekking tot het krijgen van ziekten worden binnen de geneeskunde verklaard door te wijzen op anatomische, genetische en hormonale oorzaken. Mannen en vrouwen zijn immers met het oog op de voortplanting verschillend toegerust. De medische belangstelling voor de sekse blijft dan ook beperkt tot specifieke seksegebonden zaken, zoals zwangerschap, menstruatiestoornissen en prostaataandoeningen.

Bij niet-seksespecifieke aandoeningen wordt de vraag of

seks ertoe doet, veel minder gesteld en wordt ook in de geneeskunde veel minder naar verklaringen gezocht. Dat komt doordat het medisch model het organisme overwegend bestudeert als een algemeen menselijk organisme, dat voor mannen en vrouwen gelijk is. De impliciete vooronderstelling is immers dat geneeskunde over mensen gaat en niet over mannen en vrouwen. Dit neutraliteitsbeginsel impliceert dat er ook een biologisch gelijkheidsprincipe is. En dat is nog maar de vraag.

Binnen de medische wetenschappen leidt het gelijkheidsdenken te veel tot het primaat van het mannelijke als normaal en tot veronachtzaming van het vrouwelijke. Op de terreinen waarop dit gebeurt – zoals de chronische aandoeningen en 'mannenziekten' – zouden de verschillen tussen mannen en vrouwen eerder tot verwondering moeten leiden en tot object van studie moeten worden gemaakt.

Daarnaast bedient de geneeskunde zich van een *biologisch* argument om verschillen te trivialisieren; zie de uitspraak 'mannen en vrouwen zijn nu eenmaal van *nature* verschillend'. Er wordt gedacht in vanzelfsprekende biologische verklaringen. Een biologisch systeem is echter verre van een statisch gegeven. Biologische systemen kenmerken zich door dynamiek en adaptatie en worden beïnvloed door evolutionaire en omgevingsfactoren.

De premisse van een natuurlijke eigenheid van vrouwen en mannen onderwerpt hen aan seksestereotiepe beeldvorming en kan ertoe leiden dat eenzijdig biomedische oorzaken gezocht worden voor klachten die hun oorsprong hebben in de maatschappelijke situatie.

Het diagnostisch proces vereist luisteren en praten, om inzicht te krijgen in het ontstaan en beloop van een klacht, om klachten te kunnen relateren aan een ziektebeeld en om een beeld te krijgen van de betekenis van de klacht. De huisarts is vaak de eerste aan wie mensen hun klachten voorleggen en de huisarts transformeert een klacht al dan niet tot een ziekte. En klachten moeten niet ten onrechte tot een ziekte worden gemaakt. Die taak is mijns inziens het meest wezenlijke aan 'de poortwachtersfunctie' van de huisarts.

Niet zozeer het geslachtsverschil maakt sommige aandoeningen tot een interessant onderwerp voor vrouwenstudies geneeskunde, maar juist een algemene attitude en normering van de geneeskunde, waarvan vrouwen eerder de nadelen ondervinden. Bij veel voorkomende klachten van vrouwen zonder een biomedische diagnose, zoals buikpijn en hoofdpijn, is het sekseverschil op zichzelf minder van belang als de betekenisgeving, de gevolgen voor de patiënt, de onnodige diagnostiek en de aanpak. Dit thema van de normering en overdiagnostiek speelt in versterkte mate voor de sekse specifieke vrouwenklachten. Een integraal ziekteconcept sluit veel beter aan bij de verhalen van arts en patiënt.

En soms zijn sekseverschillen onbelangrijk. De geschiedenis van de ene vrouw is die van de andere niet. Met andere woorden: soms overheerst het belang van de individuele verscheidenheid.

## 6 Vrouwenstudies: toch vooral een kritiek

De geneeskunde wordt gekenmerkt door een tweeslachtigheid ten aanzien van het sekseverschil. Enerzijds neutraliseert de geneeskunde het verschil. Ze engt het verschil in tot een geslachtsgebonden verschil en bakent dit vervolgens af in een afzonderlijk biomedisch specialisme, de gynaecologie. Anderzijds accentueert ze het verschil door, zich beroepend op het biomedische concept, het lichaam van de vrouw te pathologiseren en te onderwerpen aan een seksestereotiepe beeldvorming. Het verschil tussen beide geslachten is echter

geen statisch gegeven, maar een in een cultuur zijn betekenis krijgend maaksel en ontwerp.

Daar waar dit ontwerp vrouwen in de geneeskunde raakt, wil vrouwenstudies geneeskunde opereren. In die betekenis is vrouwenstudies geneeskunde op te vatten als een nuancering en complementering, maar toch vooral als een kritiek op de geneeskunde.

## 7 Tot slot

Aan de hand van het diagnostisch proces is getoond hoe belangrijk het is om in de geneeskunde rekening te houden met het vrouw of man zijn van de patiënt. De overheersende ziekteconcepten negeren sekseverschillen echter in belangrijke mate. Op basis hiervan zijn gezondheidsproblemen van vrouwen naar soort onderscheiden, die elk naar mijn mening om een verschillende benadering van de geneeskunde vragen.

In de eerste plaats zijn er de verschillen tussen de seksen op het terrein van de niet-sekse specifieke aandoeningen. Bij deze aandoeningen – bijvoorbeeld de chronische ziekten – wordt het vrouwelijke veronachtzaamd. Veel nieuwe, biomedische kennis kan worden verkregen door aandacht voor de verschillen te vragen en de verschillen te benadrukken.

Voor andere klachten is niet zozeer het geslachtsverschil interessant, maar nopen een algemene attitude en normering van de geneeskunde tot kritiek. Bij deze klachten staan de betekenisgeving, de gevolgen en de overbodige diagnostiek centraal. Dat is geïllustreerd aan de sekse specifieke klachten, en aan de bij vrouwen veelvoorkomende categorie klachten zonder een biomedische diagnose. Hierbij is aangegeven hoe veel beter een integraal ziekteconcept aansluit bij de verhalen van arts en patiënt.

Soms, tot slot, is in het levensverhaal de verscheidenheid van vrouwen belangrijker dan het verschil.

De rode draad in dit betoog is dat de geneeskunde het sekseverschil dubbelzinnig in haar oordeel betreft: de tweeslachtigheid van het verschil.

## Literatuur

- BERNS MPH. Over gewicht en hart- en vaatziekten. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 1995.
- BEZEMER W. Libidoverlies en impotentie. Sekseverschillen en seksuele problemen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1995; 38: 407-411.
- GIJSBERS VAN WIJK C. Sex differences in symptom perception. A cognitive-psychological approach to health differences between men and women. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1995. Dissertatie.
- KHAW KT. Where are the women in studies of coronary heart disease? BMJ 1993; 306: 1145-1146.
- LAGRO-JANSSEN T. Een plaats om te sterven... voor man en vrouw gelijk? Huisarts Wet 1987; 30: 101-104.
- LAGRO-JANSSEN ALM, DEBRUYNE FMJ, WEEL C VAN. Value of the patient's case history in diagnosing urinary incontinence in general practice. Br J Urology 1991; 67: 569-572.
- LISDONK EH VAN DE, BOSCH WJHM VAN DEN, HUYGEN FJA, LAGRO-JANSSEN ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. 2e druk. Utrecht: Bunge, 1994.
- MEEUWESSEN L. Spreekuur of zwijguur. Somatische fixatie en sekse-asymmetrie tijdens het medisch consult. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988. Dissertatie.
- MULDER HC. Het medisch kunnen. Technieken, keuze en zeggenschap in de moderne geneeskunde. Assen: Van Gorcum, 1996.
- NICOLAI N. Vrouwenhulpverlening en psychiatrie. Amsterdam: SUA, 1992.
- PEPINE CJ, ABRAMS J, MARKS RG, et al. Characteristics of a contemporary population with angina pectoris. Am J Cardiol 1994; 74: 226-231.
- ROTTER D, LIPKIN M, KORSGAARD A. Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. Med Care 1991; 29: 1083-1093.
- SCHURE LM. Partners van CVA-patiënten. Een onderzoek naar de gevol-

gen van een cerebro-vasculair accident voor de partner van de patiënt. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1995. Dissertatie.

STOVERINCK MJM, LAGRO-JANSSEN ALM, WEEL C VAN. Sex differences in health problems, diagnostic testing and referral in primary care. *J Fam Pract* 1996; 43: 567-576.

VEREYKEN J, BAUDUIN D. Sociale klasse, sekse en psychische problemen. Een verkennend onderzoek op het terrein van de psychiatrische epide-

miologie. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1992.

WODAK R. Women relate, men report: sex differences in language behaviour in a therapeutic group. *J Pragmatics* 1981; 5: 261-285.

WULFF HR. Principes van klinisch denken en handelen. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

## Summary

### THE AMBIGUITY OF THE DIFFERENCE

Key words: Female – Medicine – Gender difference

The article concentrates on the process of diagnosing disease, especially of common health problems. The biomedical concept dominates medicine in our days. However, the majority of the complaints presented to the general practitioner cannot be classified as distinct disease entities. An integral concept is far more suitable to integrate biomedical and psychosocial factors. In this way biomedical aspects acquire significance within an individual life story and social context in which gender plays a role.

That is why the integral concept is more adequate to focus on sex differences in the diagnostic process. The article describes the impediments in this process, mainly due to the fact the prevailing concepts of disease ignore sex differences.

## Uit de historie

### 'Vrouwen in specialisaties, onderwijs en research' door B.A.F.M. van Rossum en G.M.J.M. van Rossum

De meerderheid van de vrouwelijke tandartsen is, zo blijkt uit onderzoeken, werkzaam in de algemene praktijk. Wanneer ze zich specialiseren, doen vrouwelijke tandartsen dit in de Verenigde Staten en Engeland bij voorkeur in de orthodontie en de kindertandheelkunde. Daarnaast lijken ook de parodontologie en de restauratieve tandheelkunde relatief veel vrouwen aan te trekken.

Van de twee specialisaties in Nederland, kaakchirurgie en orthodontie, is kaakchirurgie bij uitstek terrein van mannen. In het specialistenregister Mondziekten en Kaakchirurgie stonden volgens de Tandartsengids van de NMT in 1993 201 specialisten ingeschreven. Daaronder bevonden zich slechts twee vrouwen. In het specialistenregister Dento-Maxillaire Orthopaedie stonden 274 specialisten ingeschreven onder wie 48 vrouwen, hetgeen neerkomt op bijna 18%.

Academische functies op het terrein van beleid, bestuur en onderwijs worden in de tandheelkunde nog overwegend door mannen bezet, ondanks het feit dat de instroom van vrouwelijke aankomende tandartsen bij de universiteiten sterk is gegroeid. Typerend is de situatie in Finland, waar 75% van het aantal werkzame tandartsen vrouw is, terwijl nog geen 14% van de hoogleraren in de tandheelkunde vrouw is. In Nederland was in 1993 (volgens een globale schatting op basis van de Tandartsengids van de NMT) 15% van de hoogleraren aan de tandheelkundige opleidingen vrouw. Van het wetenschappelijk personeel was ongeveer 22% vrouw. In 1992 werd de eer-

ste vrouwelijke voorzitter van het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap gekozen. Op 1 januari 1994 bedroeg het aantal leden van het Genootschap 234, waaronder 11 vrouwen. Onder de 580 kaderleden van de NMT in 1993 bevonden zich 39 vrouwen (dit is nog geen 7%). Het huidige hoofdbestuur van de NMT bestaat geheel uit mannen.

Als oorzaak voor de genoemde ondervetegenwoordiging van vrouwen wordt wel genoemd dat het doen van onderzoek, het vervaardigen van een proefschrift en het verrichten van bestuurlijke taken niet gemakkelijk zijn te combineren met de zorg voor een gezin.

Ook op het terrein van de tandheelkundige research vinden we internationaal nog zeer weinig vrouwen. In 1989 was van de ongeveer 8000 leden van de International Association for Dental Research minder dan 10% vrouw. Aan de Nederlandse universiteiten zijn zogenaamde Assistent-onderzoekers in Opleiding (AIO's) werkzaam, die na afsluiting van de eerste fase van hun opleiding aldaar een promotie-onderzoek verrichten. Volgens opgave van de KUN en van het ACTA bedroeg het totale aantal AIO's bij de tandheelkundige opleidingen per januari 1993 41. Daaronder bevonden zich 18 vrouwen, een vertegenwoordiging van ongeveer 44%.

Bron: Paragraaf 3.6 uit 'Vrouwelijke tandartsen. Wijze van beroepsbeoefening' uit het Ned Tijdschr Tandheelkd 1994; 101: 273-278.