

## ***Seksualiteit, fertiliteit en zwangerschap Verslag van het 7de Symposium Seksuologie multidisciplinair<sup>1</sup>***

***Maartje Zandbergen<sup>2</sup>***

Op vrijdag 9 mei 2003 werd voor de zevende keer het symposium Seksuologie Multidisciplinair gehouden. Geheel volgens traditie was ook dit jaar de locatie Kasteel Rijkcholt vlakbij Maastricht. Het symposium werd georganiseerd door Reinhilde Melles en Jacques van Lankveld, beiden werkzaam als psycholoog/seksuoloog in het academisch ziekenhuis Maastricht (azM). Zij kozen voor het onderwerp "Seksualiteit, fertiliteit en zwangerschap". Dit thema trok ongeveer 130 deelnemers uit verschillende disciplines. Onder de aanwezigen waren psychologen, seksuologen, verloskundigen, gynaecologen, huisartsen, bekkenbodemptherapeuten en mensen in opleiding. Hieronder volgt een korte impressie van de dag.

Na een kort welkomstwoord door de dagvoorzitter Gerard Roelofs (psychiater/seksuoloog NVVS), werd de eerste lezing gegeven door Jolande Land. Zij is werkzaam als gynaecoloog in het azM. Het onderwerp van de lezing was onderzoek en behandeling van fertiliteitproblemen. De casus van een echtpaar met onverklaarde subfertiliteit werd hierbij als rode draad gebruikt. Dit zorgde ervoor dat het verder vrij medische verhaal wat meer ging leven. Er is sprake van subfertiliteit als na twaalf maanden gericht proberen een vrouw nog niet zwanger is. Er kan dan een oriënterend fertiliteitonderzoek plaatsvinden. Dit bestaat uit een analyse van de cyclus, zaadonderzoek en een postcoïtumtest (PCT). Bij de PCT wordt binnen twaalf uur na samenleving beoordeeld of er voldoende goed bewegende zaadcellen in het baarmoederhalslijm aanwezig zijn. Hierbij is verplicht vrijen dus noodzakelijk.

Subfertiliteit kan verschillende oorzaken hebben: cyclusproblemen (21%), afwijkingen aan de eileiders (14%), afwijkingen aan het cervixslijm (5%) of zaadproblemen (40%). In 20% van de gevallen wordt er bij onderzoek geen enkele afwijking gevonden en spreekt men over onverklaarde subfertiliteit. Behandeling van ongewenste subfertiliteit is erop gericht om een verlaagde maandelijkse conceptiekans te verhogen tot de gemiddelde conceptiekans, die ongeveer 20% bedraagt. Als er gekozen wordt voor een in vitro fertilisatie (IVF) behandeling, worden er in Nederland maximaal drie pogingen gedaan. Uit onderzoek blijkt dat meer pogingen gemiddeld weinig extra zwangerschappen opleveren. Vrouwen met subfertiliteit zouden echter voorstander zijn van het doen van meer pogingen. Redenen hiervan zijn dat ze nog steeds hopen op een wonder, maar vooral ook dat ze anticiperen op spijt. Het is daarom belangrijk dat medici de vrouw vertellen dat ze er alles aan gedaan hebben.

Na de diagnose subfertiliteit raakt 19% van de vrouwen toch spontaan zwanger, 59% raakt zwanger met behulp van behandeling en bij 22% van de vrouwen lukt het niet om zwanger te worden. In de reacties op onvruchtbaarheid zijn er sterke verschillen tussen mannen en vrouwen. Bij vrou-

wen is er over het algemeen sprake van verdriet, depressieve gevoelens en jaloezie. Slecht 5% van de vrouwen kan de onvruchtbaarheid accepteren. Mannen daarentegen reageren heel anders. Zij zijn teleurgesteld maar kunnen het veel meer accepteren.

In de lezing werd bijna niet gesproken over de relatie tussen fertiliteitproblemen en seksualiteit. Er werd echter wel een duidelijk beeld geschetst van hoe het onderzoek en de behandeling bij subfertiliteit in z'n werk gaat. De lezing was dan ook een goede voorbereiding op de tweede lezing van Anne Brewaeyts.

Anne Brewaeyts is als psycholoog/seksuoloog werkzaam bij het Leids Universitair Medisch Centrum. Zij vertelde over de relatie tussen seksuele problemen en infertiliteit (behandelingen). Onvruchtbaarheid (sbehandelingen) en seksualiteit kunnen elkaar wederzijds beïnvloeden. Ten eerste kunnen seksuele disfuncties een oorzaak zijn voor het uitblijven van een zwangerschap. Het meest bekend zijn hierbij erectie- en ejaculatiestoornissen bij de man en een vaginistische reactie bij de vrouw. In deze gevallen zal seksuologische hulp aanbieden waarschijnlijk de eerste stap zijn. Om het bestaan van deze disfuncties te achterhalen, moet er in de fertiliteitanamnese wel aandacht besteed worden aan seksualiteit. Anne Brewaeyts gaf aan dat het belangrijk is dat daarbij gekeken wordt naar wat belangrijker is voor het paar in de behandeling; de seksuele relatie verbeteren of de kinderwens.

Ten tweede kunnen subfertiliteit en fertiliteitbehandelingen ook leiden tot seksuele problemen. De volgende problemen worden gerapporteerd: een daling in het seksueel verlangen samen met een afname in vrijfrequentie, verminderd plezier en intimiteit en een deuk in het seksuele zelfvertrouwen. Om inzicht te krijgen in de emotionele gevolgen van vruchtbaarheidsproblemen, inclusief seksualiteit, is het belangrijk om je te realiseren dat het hierbij gaat om een proces met opeenvolgende fases.

De eerste fase is die van de probleembewustwording. Als de zwangerschap uitblijft kan dit leiden tot gevoelens van frustratie en controleverlies. De partnerrelatie kan onder druk komen te staan en vrijen kan gereduceerd worden tot een proces wat tot zwangerschap moet leiden.

Ten tweede komt de diagnostische fase. Het invoeren van medische hulp betekent een intrusie in het (seksuele) privé-leven (bijvoorbeeld bij de PTC). Als duidelijk wordt wat de oorzaak van de uitblijvende zwangerschap is en wat de mogelijkheden tot behandeling zijn, volgt er een rouwreactie. Deze verschilt tussen mannen en vrouwen. Vrouwen rapporteren meer psychische klachten en ook meer seksuele klachten. Zo zou er bij vrouwen meer sprake zijn van vermijding van seks en afname van seksuele opwindings verlangens dan bij hun partners.

De derde fase is de behandelingsfase. Hierin ontstaat een nieuw toekomstperspectief waarbij gevoelens van angst maar vooral ook van hoop voorop staan. De meeste fertiliteitbehandelingen zorgen ervoor dat seksualiteit en reproductie ontkoppeld worden. Dit zou kunnen zorgen voor een vermindering van eventuele seksuele problemen. Het merendeel van de fertiliteitbehandelingen is echter lichamelijk en psychisch zeer ingrijpend. Hierdoor kan er soms geen ruimte meer zijn om ontspannen van seks te genieten.

De laatste fase in het proces vindt plaats na de behandeling. Het lijkt erop dat na een geslaagde behandeling de emotionele, relationele en seksuele problemen verminderen. Dit is echter niet voldoende onderzocht. Bij de groep mensen die kinderloos blijven nemen daarentegen gevoelens van angst en depressie toe. Seksualiteit blijft vaak een bron van spanning en een herinnering aan de vruchtbaarheidsproblemen.

Geconcludeerd kan worden dat in iedere fertiliteitsanamnese ook aandacht besteed zou moeten worden aan seksualiteit. Ook tijdens het traject moet dit nagevraagd worden. Andersom geldt ook dat in ieder seksuologische anamnese gevraagd moet worden naar vruchtbaarheidsproblemen.

Na een korte pauze hield Woet Gianotten (arts/psychotherapeut en seksuoloog NVVS) een lezing met als thema: "Van zwangerschap tot kraambed....Ervaringen van een mannelijke seksuoloog". Allereerst wordt ons duidelijk gemaakt dat 'dé man' niet bestaat. Er is niet meer een soort man, zelfs niet meer een soort stereotiep. Er zijn veel verschillen in hoe mannen reageren op een zwangerschap van hun partner. Uit onderzoek blijkt dat bij mannen met een kinderwens de testosteronspiegel een maandelijkse stijging vertoont in de fase van het proberen zwanger te worden. Tijdens de zwangerschap daalt de testosteronspiegel juist. Deze daling is waarschijnlijk echter niet voldoende om de daling in seksueel verlangen te verklaren die bij 40% van de mannen optreedt.

Tijdens de zwangerschap vinden er bij de man verschillende processen plaats. Allereerst kan hij zich zorgen maken of hij zijn partner wel kan steunen en hoe hij dat moet doen. Ten tweede moet hij leren omgaan met de veranderingen die er in zijn partner plaatsvinden. Daarnaast kan hij angstig zijn en zich zorgen maken over het kind en de bevalling. Ten slotte is het aanstaande vaderschap iets waar hij zich op voor moet bereiden en wat veel zal veranderen in zijn leven. Er zijn dus veel zorgen aanwezig bij de man, die daar echter vaak moeilijk over praat. In de obstetrische zorg wordt vooral aandacht geschonken aan de zwangere vrouw. Het zou voor de man, maar ook voor zijn partner, veel op kunnen leveren als er meer stil wordt gestaan bij wat er in de man omgaat.

Na een heerlijke lunch werden de deelnemers uitgenodigd om zich actiever bezig te houden met de materie in twee workshoprondes. In elk van deze rondes konden de deelnemers kiezen uit zeven workshops waarin verschillende onderwerpen behandeld werden. De thema's van de workshops waren:

- "Fertiliteitsproblemen in de eerste lijn: vragen die u altijd al had willen stellen over fertiliteit."
- "Bejegeningaspecten van het inwendig onderzoek", "seks en anticonceptie: fysiologie of luchtfietsen?"
- "Begeleiding van zwangeren met seksueel misbruikervaringen."
- "Voorlichting en begeleiding van seksualiteit(problemen) door verloskundigen."
- "De betekenis van (dreigende) kinderloosheid, hoe gaan patiënten, artsen en hulpverleners hier mee om?"

Ik heb in de eerste ronde gekozen voor de workshops "Zwangerschapsbegeleiding bij seksueel misbruikte vrou-

wen" door Trudy Griffioen. Zij is arts/seksuoloog NVVS en werkt in het Twee Steden Ziekenhuis te Tilburg. Na een korte inleiding werd een casus gepresenteerd van een zwangere vrouw met seksueel misbruik ervaringen in het verleden. Vervolgens werd in kleine groepjes gediscussieerd over het beleid dat gevoerd zou moeten worden. Dit leverde veel op, omdat in elk groepje verschillende disciplines aanwezig waren. Ten slotte werden de ideeën uit de verschillende groepjes plenair besproken.

De belangrijkste bevindingen waren dat het belangrijk is om tijdens de intake te vragen of er sprake is van negatieve ervaringen met seksualiteit en uit te leggen waarom dit problemen op kan leveren tijdens de zwangerschap. Ook de gevolgen voor het beleid tijdens de zwangerschap bij vrouwen met seksueel misbruik ervaringen werden besproken. Ten slotte werd er door enkele deelnemers casuïstiek ingebracht wat tot een levendige discussie leidde.

In de tweede workshopronde bezocht ik de workshop "Voorlichting en begeleiding van seksualiteitsproblemen door verloskundigen" van Barbara Wennekers (verloskundige-seksuoloog NVVS). Hierin werden een aantal casussen aangeboden van zwangere stellen met seksuele problemen. Vervolgens werd in groepjes van twee besproken op welk moment we seksualiteit ter sprake zouden brengen. Na elke casus vond er een plenaire discussie plaats over de bevindingen.

Tijdens de intake zou er door de vroedvrouw naar seksuele problemen gevraagd moeten worden. Daarnaast zou er voorlichting gegeven moeten worden over welke veranderingen er op kunnen treden tijdens de zwangerschap. De patiënt kan er dan eventueel later nog op terug komen. Na de baring (in het kraambed en tijdens de nacontrole) is het belangrijk om samen naar de hechtingen te kijken en informatie te geven over seksualiteit na de bevalling. Hierbij is het belangrijk dat de vroedvrouw een professionele attitude heeft, waarin nabijheid gecombineerd wordt met distantie. Het is daarvoor noodzakelijk om je bewust te zijn van je eigen normen en waarden met betrekking tot seksualiteit. Ten tweede moeten in het gesprek woorden gebruikt worden die de patiënt begrijpt. Ten slotte moet je als vroedvrouw niet het gevoel hebben dat je het probleem op moet lossen. Je hebt meer een counselende functie.

De dag eindigde met een gezellige borrel mét band. Dit vormde een mooie afsluiting van een boeiende dag.

1 Geaccepteerd voor publicatie: 8 september 2003

2 Drs. M. Zandbergen, psycholoog, Universiteit Maastricht