

Gynaecologische kankers en seksualiteit

Gerjanne Bos*

SC 2.8

De invloed van gynaecologische kankers en de behandeling ervan zijn onvoorstelbaar ingrijpend. Allereerst doen zich lichamelijke gevolgen gelden: verlies van essentieel vrouwelijke organen en functies, gepaard gaand met verlies van seksuele functies. De psychische gevolgen zijn eveneens zeer ernstig en hebben uiteraard hun weerslag op de seksualiteitsbeleving. En vervolgens spelen culturele invloeden een grote rol. Juist door hun ongrijpbaarheid kunnen zij een uitermate negatieve uitwerking hebben op de kwaliteit van leven van patiënten en ex-patiënten.

Gynaecologische kankers zijn in zoverre uniek dat zij bijzonder catastrofaal zijn door de rechtstreekse inwerking die zij hebben op essentiële onderdelen van de vrouwelijke fysieke identiteit (Dennerstein e.a., 1977; Derogatis, 1980). Vrouwen leren in onze maatschappij dat hun lichaam en met name hun genitaliën voor een onevenredig groot deel hun vrouw-rol bepalen (Sloan, 1978), waardoor hun waarde als vrouw en als sekspartner in sterke mate ontleend wordt aan anatomische organen en functies (Bos, 1982; Mantell, 1982). De volksmond zegt: een vrouw zonder baarmoeder is geen vrouw meer. Maar ook onder professionelen vinden we aanhangers van deze volkswijsheid. Ik citeer: 'De baarmoeder wordt als noodzakelijk gezien voor de vervulling van de vrouw-rol' (Drellich e.a., 1956). Of, iets milder: 'Verminking of schending van geslachtsorganen betekent vaak tevens een verstoring van de vrouwelijke persoonlijkheid' (Abitbol & Davenport, 1974; Eicher & Herms, 1976).

Biologische en psychologische aspecten worden kwistig en slordig als elkaars synoniemen gebruikt en van de hieruit afgeleide pseudo-conclusies zijn helaas nog veel vrouwen het slachtoffer! Mede daardoor kunnen gynaecologisch mutilerende ingrepen de-moraliserend en de-seksualiserend uitwerken op de kwaliteit van leven van vrouwen en hun partners.

* Psychologe/psychotherapeute. Academisch Ziekenhuis, Vrouwenkliniek, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden.

Gynaecologische kankers

Bijna 20% van alle maligniteiten bij vrouwen komen voor in de genitale organen: baarmoeder, eierstokken, eileiders, vulva, vagina, baarmoedermond en clitoris. De behandeling is chirurgisch, radiotherapeutisch, chemotherapeutisch of een combinatie hiervan. Nog slechts bij een minderheid is de behandeling curatief, in de meeste gevallen helaas slechts palliatief. Ondanks grote verschillen in ernst van aandoening en behandeling, lijken de psychische reacties van de patiënten vaak meer bepaald te worden door culturele invloeden dan door de fysieke toestand; althans zeker na verloop van enige tijd.

Kanker is een ernstig traumatiserende ziekte en roept een connotatie op van afkeer en angst. Maar de lokalisatie, de genitale organen, roept ook een connotatie op van schaamte en verwarring. Bovendien vinden vrouwen het vaak moeilijk deze organen te benoemen. Dit leidt ertoe dat genitale kankers een dubbele bedreiging voor de patiënt kunnen vormen en bijgevolg extra stigmatiserend uitwerken. Ter illustratie hiervan enkele vaak gehoorde opmerkingen van vooral oudere patiënten: 'Behalve dat ik kanker heb, heb ik het ook nog daar' (wat vaag naar beneden wijzend) of 'Waarom kon ik die kanker niet ergens anders krijgen? Het zit op zo'n rare plaats!'

Wisselwerking met seksualiteit

Het spreekt welhaast vanzelf dat mutilerende operaties aan seksuele organen door patiënten ervaren worden als een ernstige verstoring van het lichaamsbeeld en daardoor krenkend zijn voor het gevoel van eigenwaarde. Evident is dat door de plaats van de kanker het seksueel functioneren en de seksualiteitsbeleving eveneens verstoord kunnen worden.

Ook andere invloeden doen zich gelden, zoals het feit dat genitale kanker een symbool kan zijn voor werkelijke of gefantaseerde seksuele zonden of overtredingen (Donahue & Knapp, 1977), zoals masturbatie, abortus (als dat in de geschiedenis van de patiënte voorkomt wordt het dikwijls als mogelijke oorzaak van de kanker genoemd), partnerwisselingen en contraceptiepraktijken. Kanker wordt vaak als vloek of straf ervaren (Grinker, 1976) en roept bijgevolg schaamte- en schuldgevoelens op. In plaats van als lust wordt de seks dan eerder als last ervaren.

Een uitermate grote bron voor seksuele verwarring en spanningen, die ik bij alle patiënten tegenkwam, zijn vaak geuite speculaties over de etiologie van cervix carcinoom (Bos, 1983). Met name de lekenpers verbindt het ontstaan van genitale kankers herhaaldelijk met promiscuïteit en seks op jonge leeftijd. Dit geeft aanleiding tot discriminerende opmerkingen en patiënten zeggen: 'Iedereen kijkt

mij erop aan, ik schaam me dood!'. Ondoordachte en soms zelfs onwelvoeglijke uitlatingen als 'U was er zeker al vroeg bij?' of 'Veel vriendjes gehad zeker?', raken patiënten, die toch al zo getroffen zijn, zeer diep. Zulk soort uitlatingen is ook illustratief voor een repressief seksuele moraal, en tevens een uiting van een dubbele moraal. Er wordt, helaas ook in vaktijdschriften, vaak volkomen voorbij gegaan aan het feit dat eerder het gedrag van de man tot het ontstaan van seksueel overdraagbare aandoeningen leidt. Daar komt nog bij dat, ongeacht de aanvechtbaarheid van een oorzakelijk verband, de patiënten een sterke angst krijgen, dat de coitus tot recidieven zal leiden; immers als coitus de oorzaak van de ziekte zou zijn, dan zou hervatting kunnen leiden tot terugkeer van kanker. Het ligt voor de hand dat dit een speciale bron van spanning tussen patiënte en partner is, waarbij zij elkaar over en weer beschuldigen. Het leidt bovendien tot een uitermate angstige beleving van de seksualiteit, tot ernstig libidoverlies of tot seksuele abstinentie (Amias, 1975). Het komt mij voor dat de seksuele liberalisering nog zeer exclusief is en in ieder geval een uiterst oppervlakkig laagje is dat bij ziek zijn onmiddellijk verdwijnt!

Het is bovendien een ongeschreven cultureel axioma, dat zieke mensen geen seksuele behoeften hebben (Golden & Golden, 1980). Uit het voortreffelijke boekje 'Seks als je ziek bent' (Moors-Mommers e.a., 1978), citeer ik: 'Het lijkt wel of we in onze maatschappij de lustgevoelens van zieke mensen ontkennen'. Helaas worden zulke bekrompen en conventionele opvattingen vaak door patiënten als waarheid aangenomen. De behoefte van kankerpatiënten aan seksualiteit en vooral intimiteit wordt op die manier ernstig gedwarsboomd of ontkend. Met het belang van nabijheid, aanraking en huidcontact, kortom intimiteit, voor het fysiek en psychisch welzijn van patiënten, wordt vaak onvoldoende rekening gehouden. Ook ziekenhuizen met hun kille sfeer en gebrek aan privacy, ja dikwijls zelfs het volkomen ontbreken van faciliteiten, werken vaak averechts op de behoefte aan intimiteit en tederheid van twee radeloze mensen. Bijgevolg kan zeker langdurige hospitalisatie leiden tot seksuele vervreemding van patiënte en partner (Jaffe, 1977).

Culturele invloeden

Culturele opvattingen bepalen uiteraard ook hoe medische en niet-medische hulpverleners hun patiënten en partners proberen te 'helpen'. Bestudering van de bestaande literatuur leverde helaas een zo goed als uitsluitend traditioneel (masculien) bepaalde visie op over hoe de seksualiteit na de behandeling van genitale kanker zou moeten verlopen. Hulpverlening is uitsluitend gericht op hervatting van de coitus en herstel van de coitale frequentie van vóór de medische ingreep (Capone e.a., 1980), het handhaven van het 'normale' seksuele leven

(Lamberti, 1979), en ook wordt de coitus aangegrepen als middel om de vagina 'open' te houden ter voorkoming van vernauwingen en verklevingen (Weinberg, 1974). De behandeling van seksuele problemen is dus meer gericht op herstel van de coitus dan op informatie over en adviseren van minder traditionele vormen van seksualiteit, tenzij . . . er geen vagina meer is! Maar . . . ook dan nog stuit ik in de literatuur op medisch-technische verhandelingen over mogelijkheden van een *kunstmatige vagina*, als een 'door en door effectief coitaal mechanisme' (Masters & Johnson, 1970), en als een 'schuilplaats voor de penis' (Donahue, 1978), waarbij de functie niet anders is dan normaal!

Artsen proberen vaak, naar hun beste vermogen, de toestand van vóór-de-kanker te herstellen. Maar ook de omgeving van de patiënte wil haar, als ze genezen is, weer hebben zoals ze vroeger was. Een radeloze patiënte verwoordde dat als volgt: 'Ze zeggen: nu ben je weer *gewoon* net als vroeger, maar dat is het nu juist: ik kan niet meer terug en ik wil niet meer terug naar vroeger.'

Kanker is een levensveranderende ziekte en de patiënten zijn vaak onmachtig om weer in harmonie te komen met zichzelf en de omgeving.

Schematische weergave

In schema 1 wil ik resumeren welke invloeden van de behandeling van genitale kanker zowel op het fysiek vrouw-zijn als op de psychische vrouw-rol meespelen. Het spreekt voor zich dat beiden een onverbrekkelijk samenhangend geheel vormen. Seksualiteit, zowel wat betreft het lichamelijk functioneren, als de seksuele beleving zijn hier twee onlosmakelijke onderdelen van, waarbij ze tevens onderling op elkaar inwerken (Schain, 1981; Sloan, 1978). Maar ook culturele invloeden doen zich, vaak onbewust, in zéér sterke mate gelden. De psyche van kankerpatiënten wordt aan de éne kant beklemd door de fysieke gevolgen en aan de andere kant door ondoorzichtige invloeden van de cultuur.

In mijn ervaring maakt de ongrijpbaarheid van laatstgenoemde culturele invloeden het extreem moeilijk voor kankerpatiënten. Ze raken in conflict met hun aangeleerde vrouw-rol, voelen zich geen vrouw meer, 'horen' er niet meer bij, worden gestigmatiseerd, sociaal geïsoleerd en gediscrimineerd. Niet zelden ook, worden kankerpatiënten benaderd alsof ze melaats zijn (Sontag, 1977). Ik krijg hoe langer hoe meer de indruk dat de 'genezen' patiënten onder deze invloeden pas gaan lijden als de preoccupatie met lichaam en dood op de achtergrond raken.

Het bestrijden van traditionele opvattingen en het stimuleren van een meer geëmancipeerde visie lijken voor kankerpatiënten van uitermate groot belang te zijn bij het verwerken van de ziekte en bij het verbeteren van de kwaliteit van hun leven.

Schema 1. Invloed van behandeling van gynaecologische kankers

FYSIEK ♀-zijn	PSYCHISCH ♀-rol	CULTUREEL ♀-beeld
<p><i>aantasting van vrouwelijke organen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - baarmoeder - eierstokken - eileiders - (vulva) - vagina - baarmoedermond - (clitoris) 	<p><i>aantasting van vrouwelijke identiteit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - eigenwaarde - lichaamsbeeld - zelfwaardering - zelfvertrouwen 	<p><i>aantasting van vrouwelijk ideaal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - emotionele waardering van genitale organen - voortplantingscapaciteit - schoonheidsideaal - gezondheidsideaal - moederschapsideaal
<p><i>verlies van vrouwelijke functies</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - menstruatie - voortplanting - verstoring hormonaal evenwicht (ook andere functies kunnen verstoord zijn zoals lymfavoer, blaas- en darmfuncties) 	<p><i>verlies van 'vrouwelijkheid'</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - onvolwaardig als vrouw - niet meer 'heel' zijn (emotionele gehechtheid aan exclusief vrouwelijke organen en functies die vanaf de eerste dag van het leven determineerden tot vrouw-en-niet-man) 	<p><i>verlies van vrouwelijke waarde</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - vrouwelijke status - sociale status - vrouwelijke mystiek
<p>SEKSUELE FUNCTIES <i>mutillatie/castratie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - verlies aan sensibele perceptie en soepelheid - verlies van baarmoedercontracties - verlies van lubricatie - orgasme: vlakker, korter - dyspareunie 	<p>SEKSUELE BELEVINGEN <i>seksuele devaluatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - onvolwaardig als seksuele partner - seksueel geremd - libidoverlies - anorgastisch (potentie-stoornissen bij de man) 	<p>SEKSUELE NORMEN <i>seksuele moraal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - kanker als 'straf' - 'normale' seks is coïtale seks - 'normale' seks is prestatieseks - seks is taboe

Literatuur

- Abitbol, M.M. & Davenport, J.H., Sexual dysfunction after therapy for cervical carcinoma. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1974, 119, 181-189.
- Amias, A.G., Sexual life after gynaecological operations. *British Medical Journal*, 1975, 2, 608.
- Bos, G., The influence of traditional sex-role patterns on the interpretation of psychosomatic complaints. In: H.J. Prill & M. Stauber (eds.), *Advances in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag, 1982, 64-68.
- Bos, G., Psychosocial aspects of surgery in gynecological oncology. In: *Surgery in gynecological oncology*. Leiden University Press, 1983, (in press).

- Capone, M.A., Good, R.S., Westie K.S. e.a., Psychosocial rehabilitation of gynecologic oncology patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1980, 61, 128-132.
- Dennerstein, L., Wood, C., Burrows, G.D., Sexual response following hysterectomy and oophorectomy, *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 49, 92.
- Derogatis, L.R., Breast and gynecologic cancers. In: J.M. Vaeth, R.C. Blomberg & L. Adler (eds.), *Body Image, Self Esteem and Sexuality in Cancer Patients*. Basel: Karger, 1980, 1-11.
- Donahue, V.C., Sexual rehabilitation of gynecologic cancer patients. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 1978, 12, 51-52.
- Donahue, V.C. & Knapp, R.C., Sexual rehabilitation of gynecologic cancer patients. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1977, 49, 118-121.
- Drellich, M.B., Bieber, I. & Sutherland, A.M., The psychological impact of cancer and cancer surgery. VI. Adaptation to hysterectomy. *Cancer*, 1956, 9(6), 1120-1126.
- Eicher, W. & Herms, V., Sexualverhalten nach gynäkologischen Operationen. *Sexualmedizin*, 1976, 12, 861-865.
- Golden, J.S. & Golden, M., Cancer and sex. In: J.M. Vaeth, R.C. Blomberg & L. Adler (eds.), *Body Image, Self Esteem and Sexuality in Cancer Patients*. Basel: Karger, 1980, 61.
- Grinker, R.R., Sex and cancer. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 1976, febr., 130-139.
- Jaffe, L., The terminally ill. In: H.L. Gochros & J.S. Gochros (eds.), *The Sexually Oppressed*. New York: Association Press, 1977, 277-292.
- Lamberti, J., Sexual adjustment after radiation therapy for cervical carcinoma. *Medical Aspects of Human Sexuality*. 1979, March, 87-88.
- Mantell, J.E., Sexuality and cancer. In: J. Cohen, J.W. Cullen & L.R. Martin (eds.), *Psychosocial Aspects of Cancer*. New York: Raven Press, 1982, 235-249.
- Masters, W.H. & Johnson, V.E., *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown & Co, 1970.
- Moors-Mommers, M., Bezemer, W. & Moors, J., *Seks als je ziek bent*. Nisso/Van Loghum Slaterus, 1978.
- Schain, W.S., Role of the sex therapist in the care of the cancer patient. In: J.M. Vaeth (ed.), *Frontiers of Radiation Therapy and Oncology Vol. 15*. Basel: Karger, 1981, 168-183.
- Sloan, D., The emotional and psychosexual aspects of hysterectomy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1978, 131, 598-605.
- Sontag, S., *Illness as Metaphor*. New York: Vintage Books, 1977.
- Weinberg, P.C., Psychosexual impact of treatment in female genital cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1974, 1(2), 155-157.

Summary

Gynecologic cancers and sexuality

Gynecologic cancers and their treatment have a tremendous influence on the patients. First of all the patients have to cope with the physical consequences: loss of essentially female organs and functions, together with loss of sexual functions. The psychological consequences are also very serious and often influence sexual experiencing. Finally, cultural influences play an important role. Just because of their elusive impact, they have a strong negative influence on the quality of life of patients and ex-patients.