

## SEKSUOLOGISCHE ASPECTEN VAN ANTICONCEPTIE De pil als aanleiding voor gesprek over seksualiteit met de huisarts<sup>o</sup>

Paul Smits\* en Adriaan Visser\*\*

*De introductie van orale contraceptiva in de zeventiger jaren opende in België de poort waarlangs seksualiteit bespreekbaar werd op het spreekuur van de huisarts. De aanvaarding van de eigen seksualiteit was immers een belangrijke voorwaarde voor een probleemloos gebruik van de pil. Klachten over nevenwerkingen bleken niet zozeer te berusten op de hormonale componenten van de pil maar op de betekenis die deze methode voor de betrokkene had. Recent onderzoek wijst uit dat tweederde van de Vlaamse huisartsen zegt bij een consult over anticonceptie meestal informatie te geven over de invloed ervan op het seksuele leven. Veel huisartsen ervaren echter belemmering bij het bespreken van seksuele problemen naar aanleiding van anticonceptie. De geneeskunde heeft jarenlang het seksuele leven van de patiënt miskend. Gevoelig zijn voor vragen rondom seksualiteit vergt van de arts vaak een attitudeverandering. Een derde van de praktiserende artsen ervaart dan ook een behoefte aan bijscholing op dit terrein.*

In het begin van de jaren 70 werd in België wettelijk toegelaten voorbehoedsmiddelen voor te schrijven, te kopen en te gebruiken. Het was spoedig duidelijk dat anticonceptie verder reikte dan het medisch-technisch aspect ervan. Of de negatieve effecten van een bepaalde vorm van contraceptie worden aanvaard, hangt met name ook af van de acceptatie van zijn/haar seksualiteit door de gebruik(st)er ervan. Vrouwen die plezier beleven aan seksualiteit zullen de negatieve effecten van anticonceptie en de ont koppeling met de voortplanting gemakkelijker aanvaarden dan vrouwen die de pil gebruiken om aan de huwelijksplichten te voldoen.

Historisch gezien is dus in België de invoering van de pil eveneens de start geweest van het bespreekbaar maken van seksualiteit tijdens het spreekuur van de huisarts. Naarmate anticonceptie uit het verborgene trad, gebeurde hetzelfde met de seksualiteit. Anticonceptie was, historisch gezien, de poort waarlangs de huisarts toegang kreeg tot de wereld van de seksualiteit van zijn/haar patiënten.

De vraag naar anticonceptie impliceert dat men seksueel actief is of wil zijn. Deze 'betekenis' ligt voor sommige patiënten gevoelig, zoals tieners die voor het eerst voor de pil komen, weduwen die na het overlijden van hun partner 'veilig' willen spelen, of andere patiënten die hierdoor duidelijk maken een nieuwe relatie te starten. Klachten over nevenwerking of over het ongemak dat men ervaart bij het toepassen van anticonceptie zijn een gemakkelijke 'porte d'entrée' om seksuele problemen bij de huisarts ter sprake te brengen. In de wachtkamer kunnen andere patiënten niet raden wat de reden van de consultatie is. Het is voor een tiener met klachten van vaginisme heel wat enger om in een wachtkamer van een seksuoloog te zitten dan

\* Drs P. Smits, huisarts, projectleider 'Omgaan met anticonceptie en seksualiteit'. Vlaams Huisartsen Instituut. Marktplein 24, 1880 Kapelle-op-den-Bos, België.

\*\* Dr. A.Ph. Visser, directeur International Health Foundation, Brussel.

<sup>o</sup> Geaccepteerd voor publicatie 15 april 1993.

bij de huisarts.

Een doeltreffende anticonceptie vraagt een gevoelsmatige aanvaarding. De pil als veilige anticonceptie neemt zwangerschapsangst weg en geeft een minimum aan technische hinder. Hierdoor kan de vrouw als een gelijkwaardige partner op een meer harmonische wijze van seksualiteit genieten. Het is evident dat de gunstige invloed van de pil zich vooral laat gelden door de betekenis die de pil bezit, en niet door de chemische samenstelling ervan (Nijs, 1990).

Anderzijds ervaren sommige patiënten de pil vooral als een medicament: een concentraat van seksuele hormonen in de vorm van een comprimé in een blister-verpakking, en in België opgeborgen in een doosje met een doodskop erop. Bovendien is voor dit 'geneesmiddel' een prescriptie van de arts nodig.

Hoe eenvoudiger een bepaalde vorm van anticonceptie technisch toepasbaar is, des te scherper functioneert deze methode als detector van seksuele moeilijkheden. Een eenvoudige vorm van anticonceptie maakt het mogelijk de seksualiteitsbeleving los te koppelen van de voortplanting. Men kan om meerdere redenen seksueel actief zijn: niet alleen om kinderen te krijgen maar ook vanwege het plezier of om te laten zien hoeveel men van iemand houdt. Dat 'vrijen zo gemakkelijk gaat' is echter een beangstigend idee bij sommige patiënten. Een aantal onder hen zijn bevreesd voor een ware zedenverwildering sinds de vrouwen 'geen schrik meer hoeven te hebben om zwanger te worden'. Lustangst ligt aan de basis van veel verzet tegen de moeilijkheid van de beleving van een seksualiteit in vrijheid, zonder angst voor zwangerschap. Het is voor het psychisch evenwicht van sommigen vrij gevaarlijk een seksualiteit te moeten integreren, die niet meer veilig ten dienste staat van de voortplanting (Van Ussel, 1978).

Anticonceptie is een thema dat de huisartspraktijk verrijkt. Het fungeert als 'mind-opener': een anticonceptieconsult confronteert de huisarts met een waaier van nieuwe gevoelens (Van Audenhove en Smits, 1991).

### **Anticonceptie en seks**

In België gebruikt 2/3 van de vrouwen tussen 15 en 45 jaar anticonceptie (Visser e.a., 1991; Marketing Unit, 1989). De pil wordt het meest frequent gebruikt (62%), gevolgd door het spiraalje (16%). Bij 10% is één van de beide partners gesteriliseerd. Barrièremiddelen (condoom, spermicide en pessarium) worden door 7% van de vrouwen gebruikt, coïtus interruptus door 4% en periodieke onthouding wordt door 1% van de ondervraagde vrouwen toegepast. Onderzoek bij jongeren toont een relatief hoger gebruik van de pil (80%) (Van Hove e.a., 1989).

Sinds jaren bekommert een groot deel van de seksuologie in Nederland zich nauwelijks meer om anticonceptie, zodat een seksuoloog die op het congres van de European Society of Contraception in 1992 zijn seksuologisch oor te luisteren legt, zich als een rariteit ervaart (Gianotten, 1992). In het boek 'Seksuologie voor de arts' (Slob e.a., 1992) komt anticonceptie zelfs niet voor in de index. Nochtans vereisen de meeste therapiën voor seksuele problemen een veilige anticonceptie vooraleer aan het seksuele probleem te kunnen werken. Ondanks het algemeen gebruik van de pil (circa 80% van de adolescenten), is er weinig bekend over de exacte rol van de geslachtshormonen op het seksuele leven (Broersen, 1988).

### **Opvattingen van Vlaamse huisartsen en vrouwen**

In Vlaanderen is recent een groot onderzoek uitgevoerd over de rol van de huisarts in verband met anticonceptie (Frooninckx e.a., 1993). Hierbij wordt o.a. onderzocht

wat de roloppvattingen van de huisartsen in verband met het geven van informatie over anticonceptie, wat zij effectief doen en welke belemmering zij hierbij ervaren. We lichten uit dit onderzoek enkele gegevens die betrekking hebben op de seksuele aspecten. Voor wat betreft de frequentie waarmee de huisartsen informatie geven over de invloed van anticonceptie op het seksuele leven zegt 66% steeds en dikwijls, 23% soms en 11% zelden of nooit (Frooninckx et al., 1993). 9% van de huisartsen vindt dat er aandacht besteed dient te worden aan de invloed van anticonceptie op het seksuele leven. 6% vindt dit nauwelijks enige aandacht waard. Verder meent 81% van de ondervraagde huisartsen dat vrouwen informatie verlangen over de invloed van anticonceptie op het seksuele leven. Of dit een reëel verlangen is van de patiënten, werd niet onderzocht.

Welke invloed er van de anticonceptie op het seksuele leven zou uitstralen, werd niet gespecificeerd. 'Het seksuele leven' werd als begrip evenmin duidelijk omschreven. In feite gaat het in het onderzoek om het al dan niet storend zijn van een bepaalde anticonceptieve methode. Hierbij kan het idee van de huisartsen vergeleken worden met dat van vrouwen, die hierover ondervraagd werden in het onderzoek van Visser et al. (1991).

**Tabel 1.** Vergelijken van de opvattingen van de huisartsen en vrouwen over de invloed van anticonceptie op het seksuele leven: % niet als storend ervaren.

	Huisarts (*)	Vrouwen (**)	Gebruikster (**)
sterilisatie	88%	57%	38%
spiraal	77%	51%	80%
pil	77%	76%	82%
pessarium	22%	15%	67%
condoom	17%	10%	40%
crème	16%	15%	71%
periodieke onthouding	5%	8%	0%
coïtus interruptus	2%	4%	13%

\* Ontleend van Frooninckx e.a. 1993

\*\* Ontleend van Visser e.a., 1991

Artsen ervaren de sterilisatie, het spiraal en de pil als anticonceptieve methoden die weinig storende invloed uitoefenen op het seksuele leven. Vrouwen ervaren deze drie methoden eveneens als het minst storend, doch het spiraal en sterilisatie worden duidelijk zwaarder getaxeerd door vrouwen dan door artsen. Slechts de helft van de vrouwen vindt dat een IUD geen storende invloed heeft op het seksuele leven. Artsen (87%) zijn hier meer van overtuigd. Toch zijn gebruiksters veelal tevreden over het spiraaltje. Het gaat dus om (onterechte) percepties van vrouwen.

Iedere anticonceptieve methode wordt door de gebruiksters in vergelijking met de niet-gebruiksters als minder storend ervaren. Van de pilgebruiksters vindt 82% dat dit niet storend werkt op het seksuele leven. 80% van de vrouwen die zelf een spiraaltje gebruiken ervaren deze methode als niet-storend, tegenover slechts de helft van de vrouwen zonder spiraal.

Een merkwaardige uitzondering betreft de sterilisatie. Slechts 38% van de vrouwen, waarbij ofwel zijzelf of de partner gesteriliseerd is, vermelden dat dit geen invloed heeft op het seksuele leven. Dit is beduidend minder dan vrouwen in het algemeen (57%) en dan artsen (88%). Er bestaat een duidelijke discrepantie tussen de fysiologische en de psychologische invloed op het seksuele leven. Sterilisatie

heeft, voor zover bekend, geen fysiologische weerslag op het seksueel functioneren. We weten als huisarts dat bij zeer veel patiënten echter de vrees hiervoor bestaat. Hoeveel mannen herkennen bij zichzelf de vrees niet om na de sterilisatie te worden gelijk een gesneden kater die meer zin heeft in de warmte van de kachel dan in het veroveren van een wijfje. Deze vrees weerspiegelt zich bij de helft van de vrouwen die rapporteren dat sterilisatie invloed zou hebben op het seksleven. Bovendien rapporteren vrouwen uit koppels waarbij één van de twee gesteriliseerd is nog negatiever. Slechts 38% van deze vrouwen met ervaring menen dat de sterilisatie geen invloed heeft op het seksuele leven. Moeten we als arts onze fysiologische kennis actualiseren, of schort er iets bij de begeleiding van mensen die een sterilisatie plannen?

Een ander opvallend gegeven is het feit dat periodieke onthouding de enige anticonceptieve methode is die door geen enkele vrouw ervaren wordt als een methode zonder storende invloed op het seksuele leven. Dit in tegenstelling tot coïtus interruptus waarbij 13% van de vrouwen vindt dat dit niet storend werkt op het seksleven.

Men kan stellen dat vrouwen die een bepaalde methode minder storend vinden, er ook positiever tegenover staan. De invloed op het seksuele leven, hoe vaag ook geformuleerd, blijkt een belangrijk element te zijn in de aanvaarding van een bepaalde methode. Vermoedelijk geldt dit ook voor artsen. Of een arts al dan niet positief staat tegenover een bepaalde methode wordt dus mee bepaald door zijn/haar perceptie van de invloed van deze methode op het seksleven. Artsen moeten zich hierbij realiseren dat het storend karakter van de meeste anticonceptieve methoden door patiënten vaak anders geïnterpreteerd wordt dan door henzelf.

Betreffende het gedrag van de huisarts tijdens het consult zegt 60% 'meestal' rekening te houden met de seksuele relaties van zijn patiënt, 23% doet dat 'soms' en 17% 'zelden of nooit' (Frooninckx et al., 1993). 45% van de huisartsen vraagt naar de seksuele relatie(s) van zijn/haar patiënten, 24% doet dat 'soms' en 29% 'zelden of nooit' (Frooninckx et al., 1993).

De antwoorden op de beide vragen naar het gesprek over het seksuele leven weerspiegelen de zelfperceptie van de huisarts. Ze zijn niet proefondervindelijk nagekomen. Amerikaanse onderzoeken, waarbij de onderzoeker zich anoniem als patiënt aanbiedt op de consultatie van de arts, tonen aan dat zelfs bij een suggestief verhaal (bv. soa-klachten) slechts 20% van de arts vragen stelt naar de seksuele activiteit van deze patiënt.

Het zou niet verwonderlijk zijn dat Vlaamse artsen in de praktijk minder vaak deze vragen stellen, dan ze aangeven in de enquête.

### **Belemmeringen van huisartsen tijdens een anticonceptief consult**

Het eerder genoemde onderzoek van Frooninckx e.a. (1993) wijst uit dat bijna de helft van de huisartsen (47%) soms schroom ervaart bij zichzelf wanneer ze over anticonceptie praten. Meer dan de helft van de huisartsen (55%) vindt dat de eigen opvattingen de objectiviteit soms beïnvloeden. Van de huisartsen vindt 17% dat je geen vragen kan stellen over seksuele relaties, omdat dit behoort tot het privé-leven van de patiënt, terwijl 12% van de huisartsen zich vaak te betrokken voelt bij de patiënt en bijna de helft (46%) zich soms zelfs te sterk voelt aangetrokken tot de patiënt. Meer dan 10% van de huisartsen voert in het algemeen geen gynaecologisch onderzoek uit omdat men dan teveel indringt in de intimiteit van de patiënte; 44%

vermeldt dat dit bij hen ook soms voorvalt. Dit betreft dus niet specifiek het onderzoek bij het voorschrijven van de pil.

Men kan een parallel trekken met enkele cijfers uit het onderzoek van Frenken e.a. (1988) naar belemmeringen in de hulpverlening. Hij voerde een onderzoek uit naar hulpverlening bij seksuele moeilijkheden door de Nederlandse huisarts. Tweederde (65%) van deze artsen ervaart persoonlijke of emotionele belemmeringen bij het helpen bij seksuele moeilijkheden terwijl 40% het moeilijk vindt om seksuele problemen tot in detail te bespreken. En 22% van de artsen vindt dat je seksualiteit niet ongevraagd ter sprake mag brengen, want dan treedt je ten onrechte in de intimiteit van de patiënt.

Ook zelfbetrokkenheid en intimiteitsproblemen blijken voor vele artsen een belemmering in de hulpverlening te zijn. Artsen die moeite hebben met een gesprek over seksuele problemen, registreren er ook minder. Waar men niet gewoon over spreekt, spreekt men gewoon niet over.

### **Weigeren van anticonceptie**

Het recent onderzoek bij Vlaamse huisartsen op het terrein van de anticonceptievoorlichting (Frooninckx e.a., 1993) wijst uit dat een vijfde van de Vlaamse huisartsen weigeren anticonceptie bij vrouwen onder de 15-16 jaar. Dit is een merkwaardig hoog cijfer als we bedenken dat ongeveer één op de drie meisjes van 16 coïtale ervaring heeft (Rademakers, 1990).

Bovendien rapporteren jongere tieners minder effectief anticonceptiegedrag: 41% van de jongeren gebruikt een condoom bij de eerste coïtus; 3 op de 10 gebruiken helemaal geen anticonceptie (Visser e.a., 1991). De aard van de relatie met de partner blijkt de belangrijkste factor te zijn voor de kwaliteit van het anticonceptiegebruik. Een positieve attitude tegenover anticonceptie is eveneens een voorwaarde voor effectief gebruik.

De mate waarin men het eigen seksueel gedrag accepteert en vanzelfsprekend vindt, beïnvloed de kwaliteit van het anticonceptiegebruik. Tieners die consulteren voor een abortus vertonen veel meer de neiging om anticonceptie en zwangerschapspreventie van elkaar los te koppelen en om anticonceptie te zien als een symbool voor het seksuele. Zoals een rijbewijs aantoont dat je in staat bent een auto te besturen is de pil het symbool dat je met iemand coïtale seks kunt hebben. De pil is een soort 'rijbewijs'. Deze meisjes waren meer gepreoccupeerd door het seksuele en stonden minder stil bij de werkelijke functie van anticonceptie.

Er bestaat nochtans geen medische reden om anticonceptie te weigeren op jonge leeftijd. De ovulatie kan 'veilig' onderdrukt worden wanneer er ovulatoire cycli zijn gedurende minstens 1 jaar. Enkel bij een nog niet goed ingestelde menarche en wanneer de groeifase nog bezig is, zijn orale contraceptiva strikt gecontraïndiceerd (Van Assche, 1987). Wanneer we de permissiviteit ten opzichte van seksuele omgang beneden de 18 jaar nagaan, valt het op dat er tussen 1981 en 1990 in België een gevoelige toename te merken valt (Kerkhofs e.a., 1992). De permissiviteitsindex steeg van 3.18 tot 3.93 op een tienpuntenschaal. Vlaanderen is op dit punt permissiever dan Wallonië, doch duidelijk minder dan Nederland (met een permissiviteitsindex van 5.19). Het feit dat 20% van de Vlaamse huisartsen anticonceptie weigert aan jongeren onder de 15-16 jaar doet vermoeden dat de Vlaamse huisartsen als groep niet behoren tot de meest permissieve kringen.

## **Conclusie**

Goed anticonceptief advies geven betekent niet alleen informatie geven op een manier die verstaanbaar is voor de patiënt, maar eveneens bereid zijn te luisteren en eventuele vragen juist te begrijpen én te beantwoorden. Vragen van patiënten betreffen vaak technische of lichamelijke problemen, maar soms ook emotionele of seksuele problemen. Het gaat niet alleen om de vrouw die de pil neemt, maar eveneens om de mentaliteit van haar arts. De dynamiek van alle betrokkenen speelt mee. Rationele én irrationele overwegingen van alle betrokkenen, zowel de arts, de vrouw als haar partner bepalen dit proces.

We kunnen het nog breder stellen. We moeten als arts zicht hebben op de attitude waarmee we in de praktijk werken. Artsen moeten leren hun eigen gevoelens én weerstanden in een gesprek over anticonceptie of seksualiteit waar te nemen en onder controle te houden. Artsen zijn in wetenschappelijke en therapeutische bedrijvigheid 'kind van hun tijd'. Ze delen in de dialectiek tussen competitieve opvattingen in de samenleving, zoals gebondenheid of libertinisme in de seksualiteit. Een aantal artsen zijn eminente uitdragers van de seksuele beheersingsmoraal. Anderen neigen naar het andere extreem van de seksuele prestatiemoraal. Zij beschouwen seks als een drift, een behoefte vergelijkbaar met honger of dorst. Deze drift moet regelmatig bevredigd worden. Gebeurt dit niet dan zoekt de drift wel een uitweg. Te sterke onderdrukking zou zelfs schadelijk zijn voor de gezondheid. De geneeskunde heeft jarenlang het seksuele leven van de patiënt miskend. Vertrouwelijke en intieme gevoelens bij het bespreken van seksuele problemen moeten in balans verkeren met de professionele distantie van de huisarts.

In de opleidingen van artsen wordt recent meer aandacht besteed aan seksuologie en de manier van consultatievoering. Attitude-bewustzijn en -vorming zijn hiervan een essentieel onderdeel. Van de praktiserende artsen geeft 1/3 aan behoefte te ervaren aan bijscholing over de invloed van anticonceptie op het seksuele leven (Frooninckx e.a., 1993).

Het klinkt paradoxaal dat deze attitudeverruiming juist door de farmaceutische industrie werd geprovoceerd. Door de introductie van de orale anticonceptiva is het gesprek over seksualiteit in de Vlaamse huisartsenpraktijk op gang gekomen. De pil heeft een belangrijke bijdrage geleverd tot de reflectie over dit gesprek en over het consultatievoeren in het algemeen.

## **Summary**

### *Sexological aspects of contraception*

In Belgium, the use of oral contraceptives increased steadily during the seventies. Soon it became clear that contraception had much wider implications than the purely medical and technical aspects. A woman's acceptance of her own sexuality became an important precondition for unproblematic use of the pill. This demonstrated that the coming of the pill was at the origin of the opening up of discussion on sexuality in the GP's consulting room. GP's noticed that complaints about the side effects of pill use were not so much the result of the pill hormones as of the significance of the contraceptive for the woman who used it. In spite of the generalised use of the pill (up to 80% of adolescents use contraceptives) little is known about the exact influence of sex hormones on sex life. A recent research project in Flanders has shown that 66% of GP's are asked to provide information about the influence of oral contraceptives on a person's or a couple's sex life when they are consulted for a pill prescription or for advice concerning contraceptives. However, quite a number of GP's felt handicapped when they had to discuss sexual problems during a consultation at which a patient asked for contraceptive advice. Almost half of the GP's mentioned that they sometimes felt too strongly attracted to the patient. One in five Flemish GP's refused to prescribe contraceptives for young women under 15-16 years of age. Medicine has disregarded the patient's sex life for too many years. Very often a change in attitude is required on the part of GP's to make them aware of

and sensitive to sexual problems and the need to provide advice. One-third of the practising GP's felt a need to update their knowledge in this field.

#### Literatuur

- Assche, A. van (1987). Straks vanaf 13 aan de pil? *Actualiteiten*. 10.
- Audenhove, Ch. van, Smits, P., (1991). Anticonceptiegedrag voorspellen, begrijpen en... beïnvloeden? *Huisarts Nu*, 7.
- Broersen, A., (1988). De rol van geslachtshormonen bij seksualiteit van vrouwen: bevindingen en bedenkingen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 12: 75-95.
- Frenken, J., K. Rodenburg, en B. Van Stolk, 1988. *Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Frooninckx, C., P. Smits, Ch. Van Audenhove, J. Van Parijs en A.P. Visser (1993). *De rol van de Vlaamse huisarts bij het geven van voorlichting van anticonceptie*. Onderzoeksrapport nr. 2 VHI-VHNI Project 'Omgaan met anticonceptie en seksualiteit', Berchem.
- Gianotten, W.L. (1992). Verslag: Second Congress of the European Society of Contraception. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 16: 192-193.
- Hove, E. van, N. Knops, S. Nieuwenwinckel en E. Poppe (1991). *Jongeren en Aids*. UIA, Departement Politieke en Sociale Wetenschappen, Antwerpen.
- Kerkhofs, J. en K. Dobbelaere (1992). *De versnelde ommekeer. De waarden van Vlamingen, Walen en Brusselaars in de jaren negentig*. Lannoo, Tielt.
- Marketing Unit B.V. (1989). *Als de pil wordt zoals de vrouw ze wil*. Enquete. Brussel.
- Nijs, P. (1990). *Man en vrouw schiep hij hen ...* Peeters, Leuven.
- Rademakers, J. (1990). *Eerste kennismaking met anticonceptie*. Nisso studies nr. 5. Eburon, Delft.
- Slob, A.K., C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd (1992). *Seksuologie voor de arts*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Ussel, J. van (1978). *Geschiedenis van het seksueel probleem*. Boom, Meppel.
- Visser, A.P., A. Geeraerts en P. Lehert (1991). *Seksualiteit en relatievorming; Anticonceptie in België*. Acco, Leuven.