

Het gevaar van generalisatie is in de psychiatrie in het algemeen gering; qua genese, constellatie en structuur komen gelijksoortige en gelijkwaardige ziektebeelden weinig voor.

Op het probleem der psychogenie wordt door mij uitvoeriger ingegaan in een artikel, dat binnenkort zal verschijnen in *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia*, onder de titel: „Psychological disturbances after a pet dog's death”.

Wat dit geval betreft, leek mij vermelding van details, hoe belangwekkend op zichzelf ook, voor de probleemstelling niet essentieel. Aangaande de titel zij opgemerkt, dat, waar er gesproken wordt over „psychogene depressies”, het mij overbodig leek een nadere fenomenologie van het „geslaagd”-zijn aan te geven. Voor de objectieve lezer moet het, naar ik meen, duidelijk zijn, dat met „geslaagd” bedoeld wordt een technisch gelukt zijn.

Wat de samenvatting betreft: door te vermelden dat de prognose van de depressies gunstig is, acht ik de kans dat bestaande weerstanden tegen een verantwoorde AID zullen toenemen, gering.

Het beschreven geval leek mij, in verband met de problemen die het oproept, belangrijk genoeg om tot een „tijdige” publikatie over te gaan.

Rotterdam, 8 oktober 1964

F. J. TOLSMA

Kunstmatige inseminatie moet alleen bij hoge uitzondering worden toegepast. Dit geldt zowel voor de heterologe als voor de homologe inseminatie (al wordt dit bij deze laatste nogal eens uit het oog verloren). Voor beide ingrepen bestaan streng omschreven indicaties; pas na nauwkeurig onderzoek en behoorlijke observatie van de echtgenoten mag tot zulk een v^{er} dragende ingreep worden besloten.

Het is wel duidelijk dat in het hierboven aangehaalde geval op bijzonder onverantwoordelijke wijze is gehandeld. Niet, omdat de betrokken arts geen contact heeft opgenomen met de huisarts, gelijk TOLSMA stelt, want zulks mag alleen geschieden na uitdrukkelijke machtiging van het echtpaar. Maar wel, omdat blijkbaar geen of te weinig aandacht is geschonken aan: de niet-absolute steriliteit van de echtgenoot; zijn aarzelende houding t.a.v. donorinseminatie; een eventuele religieuze problematiek; en vooral ook de geestelijke structuur van de vrouw die een kind wil als middel om met haar zusters te wedijveren en niet als doel op zichzelf. Toch vormen deze punten even zovele argumenten een verzoek tot het verrichten van AID af te wijzen of op zijn minst te besluiten tot uitstel en nader onderzoek.

De wat emotioneel getinte uitspraak dat een arts, die bezwaren heeft tegen AID, en een abortus van een aldus verwekte zwangerschap afwijst, „tot op zekere hoogte tegelijkertijd de inseminator verdedigt”, komt mij ietwat onrealistisch voor. Immers, bij een medische beslissing inzake abortus is voor dergelijke niet-medische overwegingen geen plaats.

De laatste alinea in bovenvermeld artikel, waarin vermeld wordt dat in een naburige straat een ander echtpaar ook een AID-kind heeft, geeft mij aanleiding te vragen hoe de schrijver dit ter ore is gekomen, en of dit wel werkelijk waar is? Want het is uitermate onwaarschijnlijk dat deze mensen dit zelf rondvertellen. Mocht dit echter het geval zijn, dan zou bij deze mensen eveneens ten onrechte donorinseminatie zijn toegepast.

Als een van de vele absolute vereisten voor deze behandeling geldt namelijk, dat geen buitenstaander daarvan ooit kan afweten. Om deze reden wijs ik, ongeacht verdere gunstige antecedenten, principieel alle inseminatie-verzoeken af, indien door betrokkenen over hun blijvende steriliteit of

inseminatieplannen met derden is gesproken, zelfs indien die derden de wederzijdse ouders zijn!

Alles te zamen genomen berust het beschreven tragische geval van begin tot einde op grove kunstfouten, gelijk de schrijver duidelijk heeft aangetoond. Daarom is het niet meer en niet minder dan een goed voorbeeld hoe het niet moet. Het is geen argument tegen AID, maar wel vormt het een welkom pleidooi voor de grootst mogelijke zorgvuldigheid bij indicatiestelling en toepassing.

Amsterdam, 27 september 1964

L. H. LEVIE

Ik blijf bij mijn mening, dat het in het algemeen noodzakelijk is, de huisarts bij een voorgenomen AID te betrekken. Indien de „patiënt” zich daartegen verzet, zou ik dit een contra-indicatie temeer achten tegen een AID. Immers, de „gelukte” AID brengt emotionele problemen met zich mede, welke mede door de huisarts moeten worden opgevangen. Indien hij van tevoren niet betrokken wordt bij het overleg omtrent een AID, schept dit een onjuiste situatie.

Dat de huisarts en de geconsulteerde artsen tegenover de patiënt tot op zekere hoogte de inseminator moeten verdedigen, is zeker geen onrealistische kwestie. Het is namelijk therapeutisch van het grootste belang dat de artsen niet mee gaan „ageren” tegen de onverantwoordelijk werkende inseminator, omdat hierdoor de agitatie en de bestaande agressie tegen de betreffende inseminator duidelijk kunnen worden versterkt. De geconsulteerde arts moet er a.h.w. een „dubbele boekhouding” op na houden. In een medisch tijdschriftartikel kan hij openlijk zijn bezwaren tegen de wijze waarop de AID plaatsvond, naar voren brengen. Tegenover de patiënt moet dit worden nagelaten, waardoor de desbetreffende arts, naar ik meen, in een — vanuit medisch-ethisch standpunt gezien — „eigenaardige” positie wordt gemanoeuvereerd.

Het „aangrenzende” geval resorteert eveneens onder de huisarts van de beschreven patiënten. Deze deelde mij mede, zonder verder personalia te vermelden, dat het een kinderloos echtpaar betrof, waarvan de vrouw reeds jarenlang conversie-hysterische verschijnselen had. Volgens „kennissen” zou een AID de juiste remedie hiertegen zijn. Tegen het uitdrukkelijk advies van de huisarts in, stelde het echtpaar zich in verbinding met een inseminator, die, zonder te overleggen met de huisarts, tot een AID overging. Tijdens de graviditeit en enkele maanden na de geboorte van het kind waren haar klachten — wat men in dergelijke gevallen dikwijls ziet — belangrijk verminderd. Thans is echter het gehele klachtenpatroon in sterkere mate teruggekeerd. Bovendien is, volgens de vrouw, een verwijdering in het huwelijk ontstaan doordat de man weinig meer geïnteresseerd zou zijn in vrouw en kind en geheel zijn eigen gang gaat.

Rotterdam, 8 oktober 1964

F. J. TOLSMA

De casuïstische mededeling van collega TOLSMA (1964) is zeer belangwekkend, maar draagt m.i. een onjuiste titel. De term „geslaagde” heterologe kunstmatige inseminatie toch is misplaatst; hij dient te worden vervangen door de woorden „ten onrechte en foutief uitgevoerde”. TOLSMA zelf wijst er immers op, dat de arts-inseminator in het onderhavige geval op bijzonder onverantwoordelijke wijze te werk is gegaan: Hij heeft zich niet gehouden aan de zorgvuldig overwogen en duidelijk geformuleerde richtlijnen van de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (i.c. sub. d) en evenmin aan de eisen, die van psychiatrische zijde zijn opgesteld in het Symposium, dat de Geneeskundige Raad van de Stichting ten Algemeenen Nutte tot het E-

ploieren van Consultatiebureaux voor Geslachtskunde (de zusterinstelling van de Nederlandse Vereniging voor Sexuele Hervorming), op 4 maart 1961 aan de kunstmatige inseminatie heeft gewijd. Het lijkt mij nuttig uit dit verslag enige delen te citeren, opdat de lezers van dit *Tijdschrift* kennis kunnen nemen van de mate, waarvan in ons land de serieuze voorstanders van de kunstmatige inseminatie zich van hun verantwoordelijkheid tegenover het eventueel te verwekken kind, het echtpaar en de maatschappij bewust zijn.

De psychiater op deze bijeenkomst stelde, dat bij de toepassing van de AID een intensieve samenwerking van de fertilitesspecialist met de psychiater-seksuoloog noodzakelijk is. Hij achtte het wenselijk, dat ieder echtpaar dat zich aanmeldt voor kunstmatige inseminatie integraal wordt onderzocht, waarbij speciaal moet worden ingegaan op de emotionele en seksuologische aspecten. Deze wenselijkheid wordt tot noodzakelijkheid in alle dubieuze gevallen. De kunstmatige inseminatie is psychiatrisch gezien een zware ingreep. De situatie, in het bijzonder die door de AID ontstaat, vormt voor het echtpaar een grote belasting, waarin beide partners blootgesteld worden aan ongewone emotionele „stress”: het kind is niet van de echtgenoot, het kan dientengevolge eigenschappen tonen die aan beide echtgenoten vreemd zijn op grond van hereditaire disposities van de donor, het kind is biologisch alleen van de vrouw, het mag zijn eigen oorsprong niet kennen. Tevens moet de hele situatie voor de omgeving, vooral de naaste familie, geheim worden gehouden. Dit alles te zamen schept een toestand waarvan de consequentie is, dat de verantwoordelijke arts van te voren zich een oordeel moet trachten te vormen over minstens vier punten:

1. Hebben de huwelijkspartners een zo stabiele psychische structuur, dat zij de ongewone situatie kunnen verdragen?

2. Is hun onderlinge verhouding goed genoeg om bestand te blijken tegen de kritieke momenten die in deze situatie ongetwijfeld zullen ontstaan en die hierboven al zijn aangestipt?

3. Beschikken de partners over voldoende realiteitsbesef om te weten wat hun beslissing impliceert en zijn zij in staat om het „second-best” van deze oplossing van hun kinderloosheid te beseffen en daarmee te leven?

4. Is de wens om een kind te hebben inderdaad gebaseerd op een werkelijke gezonde behoefte aan ouderschap van beide partners en geen neurotische compensatie van het bestaande tekort en is niet een van de twee gewicht voor de andere partij?

Het is duidelijk, dat in het huidige stadium van onze kennis een gericht onderzoek naar de geschiktheid van de AID-kandidaten bijzonder moeilijk is. Het gesprek met hen kan ons op bepaalde punten inzicht geven en het testonderzoek kan ons allerlei leren over de algemene stabiliteit, over het realiteitsbesef en misschien zelfs over onbewuste houdingen en verlangens en ambivalenties die in het gewone gesprek moeilijk te achterhalen zijn. In ieder geval is door een dergelijk uitvoerig psychiatrisch en medisch-psychologisch onderzoek reeds nu een zekere schifting mogelijk waardoor echtparen, die apert ongeschikt voor de AID zijn, tijdig gesignaleerd kunnen worden en voor de gevolgen van een voor hen noodlottige ingreep behoed. Dat zou ongetwijfeld het geval geweest zijn wanneer het echtpaar dat collega TOLLSMA beschrijft, van te voren psychiatrisch zou zijn onderzocht: het zou namelijk gebleken zijn dat zij aan geen van de vier gestelde eisen voldeden. Vandaar mijn bezwaar tegen de titel van dit artikel, die ik des te betreurenswaardiger vind, omdat in de Engelse summary van de in dit

uitzonderlijke geval gemaakte kunstfouten niets blijkt, zodat een grote kans bestaat dat in de toekomst in de literatuur TOLLSMA's publikatie ook zal worden gebruikt als argument tegen de lege artis uitgevoerde AID.

Dat dit gevaar allerminst denkbeeldig is, bewijst TOLLSMA zelf door, voor de zoveelste maal, het beruchte „drama van Schellen” aan te halen, dat volgens deze auteur in Kopenhagen zou hebben plaats gevonden. Het schijnt bij de Nederlandse collega's nog steeds niet bekend te zijn, dat deze zogenaamde „casus” op louter fantasie berust: Het hele „voorval” is ontsproten aan het brein van een sensatiejournalist, die het bericht in het Parijse boulevardblad „Ici Paris” van 16 augustus 1954 lanceerde. Toen collega SCHELLEN dit geval als een reële gebeurtenis eerst in zijn proefschrift vermeldde en het daarna in dit *Tijdschrift* opnieuw als zodanig te berde bracht, heb ik persoonlijk een onderzoek naar deze zaak in Denemarken doen instellen, waaruit bleek dat nóch bij het Ministerie van Gezondheid, nóch bij de politie iets van dit voorval bekend was en dat zich nimmer een dergelijk drama in Kopenhagen of een andere Deense plaats heeft afgespeeld. Bovendien bleek de zogenaamde Deense journalist H. GEMZEN, van wie het bericht afkomstig was, bij de Deense journalistenkring onbekend te wezen en op geen enkele wijze op te sporen te zijn.

Wat het door TOLLSMA beschreven geval betreft, ben ik van mening, dat hij goed heeft gedaan geen abortus-indicatie te stellen. Dit zou een nieuwe kunstfout zijn geweest, die ongetwijfeld door een nieuwe reactieve depressie zou zijn gevolgd. Wel geloof ik hem te mogen verzoeken ons over enige jaren te berichten hoe het verdere verloop van deze zaak is geweest: De katamnese kan ons nog veel leren.

Amsterdam, 28 september 1964 C. VAN EMDE BOAS

Ik ben collega VAN EMDE BOAS dankbaar voor de door hem verstrekte nadere gegevens. Ik meen, dat wij het er over eens kunnen zijn, dat zowel publikatie van misstanden, als het stellen van de juiste wijze waarop AID moet worden toegepast, noodzakelijk is. In elk geval is opening van zaken de beste weg om tot een juist inzicht en tot het geven van een verantwoord advies te komen.

Het standpunt, dat AID op een verantwoorde wijze mogelijk is — zij het, zoals ook collega LEVIE aangeeft, bij hoge uitzondering — kan ik delen.

Het ligt in mijn bedoeling, de ontwikkeling bij het echtpaar te volgen en over enkele jaren daarover nadere mededelingen te doen.

Rotterdam, 8 oktober 1964

F. J. TOLLSMA

ROKEN EN ETEN; FEITEN EN SPECULATIES

Na de discussie tussen Prof. HAMAKER en collega P. J. A. VAN VOORST VADER enerzijds en collega V. M. OPPERS anderzijds, een discussie waarin niet alleen het koele verstand mee sprak, heb ik het artikel van OPPERS in dit *Tijdschrift* nogmaals zeer nauwkeurig nagelezen. Het artikel is ook voor niet in de statistiek ingeleiden goed te begrijpen. Dat er vragen rijzen, ligt niet aan de logica van de redenering van OPPERS, maar aan de gecompliceerdheid van het onderwerp zelve. De volgende bedenkingen en vragen kwamen bij mij op.

1. Al is het experimenteel (nog) niet gelukt longkanker door sigarettenrook te verwekken, verbaast het mij niet dat de teerprodukten uit de sigaret een dergelijke afwijking zouden kunnen veroorzaken. Het verbaast mij ook niet dat de „gezondheid” van de sterke roker niet bepaald bevorderd wordt door de voortdurende inademing van stoffen zoals koolmonoxyde en nicotine.