

dacht dat het ook hier een daad van wijs beleid is om het kind tijdig voor te lichten over het verschil tussen het psychologische en biologische ouderschap.

4. De uitspraak van LEVIE „dat het levensgeluk van een KID-kind en dat van het betrokken echtpaar stellig niet bevorderd wordt door medeweten van derden” lijkt mij in zijn algemeenheid een uiting van een overdreven bezorgdheid.

Literatuur: LEVIE, L. H. (1971) Geheimhouding, één facet van de KID-problematiek. *Ned. T. Geneesk.* 115, 330. — UNEN, H. J. VAN (1971) Kunstmatige inseminatie donor, een pleidooi voor een ruimere indicatiestelling. *Ned. T. Geneesk.* 115, 33.

Amsterdam, februari 1971

H. MUSAPH

Naar aanleiding van bovenstaand stukje zou ik gaarne het volgende willen opmerken.

Ad 1. Het in deze eerste paragraaf besprokene heeft al bijzonder weinig te maken met de door mij aangesneden problematiek der geheimhouding en opent ook geen nieuwe perspectieven voor degenen, die zich actief met het KID-vraagstuk bezighouden. Zowel de diverse voorwaarden als de onderzoeksmethoden, waarvan overigens MUSAPH slechts een deel noemt, zijn mij reeds 25 jaren bekend. Zelfs de Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst heeft in zijn gedragsregels al uitvoerig diagnostisch vooronderzoek aanbevolen. Ter verduidelijking van MUSAPH's intrappen van een open deur: hij bedoelt natuurlijk met „psychiater” de psychotherapeut, omdat hier immers geen sprake is van geesteszieken, en met „eugeneticus” de anthropogeneticus, omdat eugenetiek nu eenmaal een utopie is.

Maar wanneer MUSAPH tracht aan te tonen dat KID geen medische ingreep is, volgt hij toch wel een uitermate kronkelige redenering, die evenzeer (of beter gezegd: even weinig) toepasbaar is op sterilisatie, of op een fertiliteitsoperatie en eigenlijk op alle medische behandelingen, die het huwelijks- en gezinsleven raken en beïnvloeden. Trouwens, bijna elke medische ingreep van enige omvang heeft psychische respectievelijk psychosociale repercussies op de (naaste) omgeving. En wordt die ingreep daardoor niet-medisch?

Eveneens heeft KID met elke andere medische behandeling gemeen, dat die slechts plaatsvindt met toe- en instemming van betrokkene(n). Ook hier alweer, geen nieuw gezichtspunt.

Ad 2. Inzake de steriliteit van de maritus en de wens van het echtpaar naar KID, beweert MUSAPH altijd te hebben waargenomen dat hierover met buitenstaanders is gesproken. Daarentegen heb ik na zorgvuldige exploratie bij vele honderden echtparen die voor KID in aanmerking wilden komen, vastgesteld dat bij niet meer (maar ook niet minder!) dan 40 pct van hen aan ouders of anderen over de steriliteit van de man mededeling was gedaan. Hoe is een dergelijk uiteenlopend verschil tussen MUSAPH's 100 pct en mijn 40 pct anders te verklaren dan dat MUSAPH slechts over een minimaal aantal ervaringen — toevallig een ongunstige kleine reeks — beschikt?

En pleit het wel altijd zo voor een echtpaar dat het zo mededeelzaam is? Is het waarlijk nog nodig, MUSAPH te vertellen dat genoemde mededeelzaamheid lang niet altijd een goede volwassenheid en integratie bewijst, maar ook op andere oorzaken kan berusten? De vrouw kan bv. om zichzelf vrij te pleiten rondbazuinen, dat de kinderloosheid heus aan haar man ligt. Ook kan er een algemeen gebrek

aan verantwoordelijkheidsgevoel, tact of discretie uit blijken. Voorts kunnen kinderlijke afhankelijkheid en, psychische onrijpheid enz. oorzaak zijn.

Ad 3. Waarom verliest MUSAPH uit het oog dat vele aanvragers voor KID eenvoudige mensen zijn, die eerst het halve dorp rondvertellen hoe het erbij staat, waarna bij eventueel verrichte KID (ondanks dus de door mij bepleite contra-indicatie) iedereen weet dat de echtgenoot niet de vader van het kind van zijn vrouw is. Zeker, men behoeft er zich niet voor te schamen. Maar wie zou in de schoenen van zo'n kind willen staan?

Het komt mij voor dat MUSAPH van een andere gedachten-gang uitgaat dan ik. Eveneens, dat hij een andere maatstaf toepast.

MUSAPH vereenzelvigd zich met de kinderloze ouders: „Deze ouders willen toch een kind?” Ik identificeer mij met dit *eventueel* te verwekken kind, wiens belangen ik laat vóórgaan boven alle andere: „Wil dit kind *deze* ouders?”

MUSAPH's maatstaf: het adoptief-pleegkind, dat vroeg of laat het zeer zware en neurotiserende feit te verwerken krijgt dat zijn ouders niet zijn verwekkers zijn. *Noodgedwongen* dient het kind tegen dit psychotrauma van zijn afkomst reeds vanaf jonge leeftijd gedesensibiliseerd te worden.

Mijn maatstaf: een kind, opgroeiend in een gelukkig en harmonisch gezin, onbelast met bovenvermelde problematiek van het adoptiekind.

Ad 4. Is dit overdreven bezorgdheid mijnerzijds? Of van de kant van MUSAPH een wel wat te lichtvaardige bagatellisering van de door mij aanbevolen contraïndicatie? Liever niet nóg meer kandidaten voor een neurose; er zijn er al genoeg!

Amsterdam, maart 1971

L. H. LEVIE

NON-CONFORMISME EN GEHEIMHOUDING BIJ KID

De seksuoloog L. H. LEVIE (1971) beschrijft in dit Tijdschrift dat hij bij KID medeweten van niet-professionele buitenstaanders, ook van naaste bloedverwanten, als een absolute contraïndicatie blijft beschouwen, omdat als een KID-kind achter het geheim van zijn conceptie zou komen, dat een zwaar psycho-trauma bij hem zou kunnen veroorzaken. Hij wijst er op, dat „de gangbare opvattingen nog altijd verschil maken tussen een kind, verwekt door twee gehuwden, en een kind, verwekt door donorinseminatie. Voorts dat het levensgeluk van een KID-kind en dat van het betrokken echtpaar stellig niet bevorderd wordt door medeweten van derden”. Hij wenst eenstemmigheid bij artsen wat de selectie van aspirant-ouders betreft en beveelt aan, dat de desbetreffende medici „zich te zamen zouden beraden over een door allen te volgen gedragslijn”.

Ik heb tegen dit betoog ernstige bezwaren. In mijn ingezonden stuk van 2 januari kan men lezen, dat de Commissie Kunstmatige Inseminatie er in 1965 reeds in dit verband op wees, dat een soortgelijke situatie als voor KID-kinderen ook bestaat voor kinderen, die langs natuurlijke weg buiten echt zijn verwekt en dat men niet over gegevens beschikte, die aantoonen „dat een onbekende afstamming als regel tot grote moeilijkheden moet leiden”. Ik vroeg en vraag daarom ook: op welke empirische gegevens baseert LEVIE zijn overtuiging, dat medeweten van derden bij KID zo schadelijk is voor het KID-kind? Waarom poneert hij alleen vermoedens, waarin hij zich kan vergissen? Hij geeft toe, dat het weigeren van KID „voor de betrokken echtparen

een smartelijke ervaring is". Hij stelt ook, dat in 90% van alle afwijzingen medeweten van derden de reden van de weigering van KID is. Het is dus van het grootste belang dat hij empirische gronden voor zijn contra-indicatie en wel statistisch betrouwbaar materiaal zou aanvoeren. Op dit punt blijft LEVIE in gebreke.

Op de televisie verklaren mannen openlijk, te zijn gesteriliseerd en op grond van „medeweten van derden” vrezen zij dus kennelijk geen moeilijkheden. Hoe men nu ook over dergelijke confidenties wil denken, ze zijn toch een teken van een toegenomen verdraagzaamheid op seksueel gebied. Moet men in zo'n situatie verwachten, dat KID-kinderen met de vinger worden nagewezen? Want LEVIE moet niet aanneemelijk maken, dat het levensgeluk van een KID-kind „stellig niet bevorderd wordt door medeweten van derden”, maar dat zulk een medeweten funest is voor een KID-kind. Zou het niet wenselijk zijn, dat men tracht in deze zaak klaarheid te brengen door een enquête? Stel echter, dat het zo zou zijn, dat een labiel kind moeilijk zou kunnen verwerken, dat de man, die hij voor zijn vader heeft gehouden, niet zijn vader in biologische zin is. Men zou dan door de keuze van het donor-materiaal kunnen bereiken, dat weinig KID-kinderen met een labiele predispositie geboren worden. Ik meen ook, dat LEVIE niet toekomt aan een evenwichtige afweging van indicaties en contra-indicaties op dit gebied. Ieder kind wordt wel geboren met bepaalde handicaps, genetisch, sociaal of cultureel. Aan de antropogenetische voordelen, zowel voor het KID-kind als de gemeenschap, verbonden aan KID, schenkt LEVIE m.i. onvoldoende aandacht. Het voordeel van een goed geselecteerd donor-materiaal weegt m.i. meer dan op tegen het nadeel, dat mogelijk voor het KID-kind ontstaat, indien het de gegevens van zijn conceptie leert kennen.

Er is meer. Indien men weigert KID toe te passen wanneer een vrouw de reden van haar kinderloosheid aan bv. haar moeder heeft medegedeeld, straft men haar in feite voor haar openheid. Om te voorkomen, dat er een nieuwe „grote leugen” ontstaat in deze zin, dat een echtpaar dat KID wenst, in strijd met de waarheid verklaart dat niemand anders dan zij zelf op de hoogte zijn van de onvruchtbaarheid van de man, moet de arts hen „uithoren” en men moet zelfs proberen te voorkomen, dat het grote publiek te weten komt, dat men deze contra-indicatie bij KID hanteert. De nodige openheid tussen medische stand en publiek wordt daardoor echter op een m.i. ontoelaatbare wijze geschaad. Men kan zo iets ook niet lange tijd voor een geïnteresseerd publiek verborgen houden. In tegenstelling met LEVIE ben ik van mening, dat echtparen waarvan de man onvruchtbaar is en trouwens ook het grote publiek, er juist met nadruk op moeten worden gewezen, dat veel medici de onderhavige contra-indicatie hanteren.

Ernstige bezwaren heb ik tenslotte tegen het voorstel van LEVIE aan zijn collega's om terzake dezelfde maatstaven toe te passen. Een dergelijk conformisme moet worden afgewezen. Eens was LEVIE zelf non-conformist, namelijk toen hij KID ging toepassen, terwijl nagenoeg alle artsen ertegen waren. Maar deze artsen meenden, dat er ruimte moest zijn voor een andere gewetensvolle benadering in deze zaak. Ik ben LEVIE dankbaar voor zijn non-conformisme van eertijds, maar nu hij zich heeft vastgelegd op een bepaald patroon van medisch handelen, dat m.i. een positieve ontwikkeling op het onderhavige gebied afremt, hoop ik op een eigentijds non-conformisme, dat een ruimere indicatie-stelling voor KID ziet als een biologische weg naar omhoog.

Het komt mij wenselijk voor, dat artsen in de toekomst meer verantwoordelijkheid voor het al of niet toepassen van KID toevertrouwen aan echtparen, die daarom verzoeken. Artsen beschouwen KID m.i. terecht als een medische in-

greep, maar het opeisen in deze zaak van een monopoliepositie heeft wel tot consequentie, dat men niet zo zeer sociale dan wel medische contra-indicaties moet stellen. De arts mag en kan natuurlijk niet handelen in strijd met zijn geweten, maar het is wel zaak, dat hij zich afvraagt of hem paternalisme kan worden verweten.

Literatuur: *Kunstmatige inseminatie bij de mens* (1965) Staatsuitgeverij, Den Haag. — LEVIE, L. H. (1965) *Inseminatio artificialis*. Stafleu, Leiden; (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 330. — UNEN, H. J. VAN (1971) Kunstmatige inseminatie donor, een pleidooi voor een ruimere indicatiestelling. *Ned. T. Geneesk.* **115**, 33.

Amsterdam, maart 1971

H. J. VAN UNEN

Om niet in herhalingen te vervallen, verwijs ik de heer VAN UNEN naar mijn weerlegging van de argumenten van Dr. MUSAPH (1971). Het is niet geheel correct uitspraken uit hun context te halen. Het gaat immers niet om donorinseminatie of onbekende afstamming als zodanig, maar om mededelingen hierover aan de betrokken kinderen via derden.

Het heeft weinig zin op VAN UNENS eerste en tweede betoog verder in te gaan, daar zijn pleidooi voor verruiming der KID-indicaties eigenlijk bedoeld is om via donorinseminatie te komen tot verbetering van het menselijk ras. Als niet-medicus is hem dit stokpaardje geoorloofd. De arts ligt nu eenmaal de emotionele problematiek der KID en het individuele levensgeluk nauwer aan het hart.

Literatuur: LEVIE, L. H. (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 625.

Amsterdam, maart 1971

L. H. LEVIE

BERICHTEN BUITENLAND

Groot-Brittannië

Acute vergiftigingen. — Een groot percentage van de acute opnemingen in Britse ziekenhuizen betreft vergiftigingen. De opgegeven getallen variëren van 50 pct van alle acuut opgenomen vrouwen in Oxford tot 19 pct van alle acute opnemingen in Sunderland en 10 pct van alle acuut opgenomen volwassenen. In een artikel zet HENRY MATTHEW uiteen, dat de behandeling van dergelijke vergiftigingen sterk contrasteert met de belangrijkheid en de incidentie ervan, en vaak zelfs in nevelen van onzekerheid en mysticisme gehuld is. Voor een deel betreft het probleem de omstandigheid dat de klinische beschrijvingen meestal niet van klinici komen, maar van farmacologen en forensisch-geneeskundigen. MATTHEW beschrijft misvattingen die afkomstig zijn van dergelijke schijn-autoriteiten. Zo zou bij CO-intoxicatie een typisch kenmerk zijn de roze-rode huidkleur. Dit moge waar zijn bij overledenen die ter sectie worden gebracht, maar bij de 400 patiënten die MATTHEW heeft behandeld, was de huid cyanotisch en bleek. Evenmin klopt de bewering dat de ademhaling verminderd zou zijn; dit gaat alleen op voor de stervende patiënt. Bij patiënten die de kliniek levend bereikten, zag MATTHEW integendeel hyperventilatie. Vele therapeutische maatregelen aanbevolen in leerboeken — geschreven door genoemde „autoriteiten” — kunnen de toets der kritiek niet doorstaan. Analeptica zoals picrotoxine en bemegride zijn in het geheel niet werkzaam bij barbituraatvergiftiging; ze vergroten integendeel de sterftkans. De toepassing van antidota bij vergiftigingen stamt grotendeels uit het rijk der fabelen. Het beroemde „universele antidotum” (kool, magnesium en looizuur), sinds 1904 in gebruik, heeft geen waarde: in werkelijkheid heffen de ingrediënten elkaars