

Ruziënde echtparen

Met genoegen heb ik het artikel van collega HIDDEMA (1974) over ruziënde echtparen gelezen, ook omdat hiermede in ons tijdschrift de aandacht gevestigd wordt op de behandelingsmogelijkheid van (echt)paren.

Behalve met het paar alleen werk ik ook met echtparen in groepen van maximaal vier echtparen. Hierbij is ook mij vaak de afweerfunctie van de ruzies opgevallen, zoals collega HIDDEMA die beschrijft. De ruzies voorkomen het veilige dicht-bij-elkaar-zijn. De hunkering daarnaar wordt overheerst door de sterkere angst daarvoor. Deze angst zal vaak veroorzaakt zijn doordat men als kind te vaak en te vroeg uit de veilige ouder-kindrelatie is geraakt, of doordat deze relatie te weinig veiligheid bood. Ik meen echter, dat de ruzies behalve de afweerfunctie vaak ook een contactfunctie hebben, vooral bij mensen met gevoelsstoornissen waarbij depersonalisatie op de voorgrond staat. Schreeuwen, soms slaan, kan iemand die normaal weinig voelt, de sensatie geven dan pas écht te leven. Meestal is dit mechanisme onbewust en wordt het pas bij doorwerken duidelijk. Soms leiden de ruzies tot gevaarlijk agressief gedrag. Een voorbeeld: De vrouw verwijt de man onder andere: „Jij kunt niet voelen, je kunt je gevoel ook niet gewoon uiten, ik ben bang voor je, je bent gevaarlijk.” Bij de ruzies, die tijdens de therapie plaatsvonden, sardede vrouw haar man tot hij zo doldriftig werd dat hij haar had kunnen wurgen. Op een gegeven moment naar gevoelens gevraagd, toonden beiden zich nogal verbaasd. Dat, terwijl ik ongeveer wit van schrik op mijn stoel zat. Toen ik mijn gevoelens hierover met hen doorwerkte, kwam de vrouw tot de opmerking: „Ik geloof, dat ik heb afgeleerd om bang te zijn.” Het projectiemechanisme, dat collega HIDDEMA beschrijft, blijkt nog eens uit dit voorbeeld: de vrouw verweet de man een gevoelsstoornis — die hij inderdaad had — en zag haar eigen onvermogen tot adequaat voelen, waartoe ook angst op het juiste moment behoort, over het hoofd.

Ik meen met deze opmerkingen het artikel van collega HIDDEMA iets te hebben kunnen aanvullen.

Literatuur: Hiddema, F. (1974) Ruziënde echtparen. *Ned. T. Geneesk.* 118, 1079.

Amsterdam, juli 1974

C. COHEN-VISSER

Retrolentale fibroplasie

Het is goed dat Prof. CRONE en Prof. JONXIS in resp. een Klinische Les en een Commentaar (1974) nog eens aandacht hebben geschonken aan het probleem van de retinopathie van prematuren. Retrolentale fibroplasie is het desastreuze eindstadium van retinopathie van prematuren en wanneer Prof. JONXIS eindigt met „Veel latere ellende kan door een zorgvuldige behandeling worden voorkomen” bedoelt hij — althans oogheekkundig: „Veel retrolentale fibroplasie kan door zorgvuldige behandeling van retinopathie van prematuren worden voorkomen”.

De niet in een academisch ziekenhuis werkzame kinderartsen en hun consulent-oogartsen hebben m.i. echter weinig praktische lering en steun kunnen vinden in deze les en dit commentaar. De kinderarts leert eruit dat de zorgvuldige be-

oogarts krijgt als enig therapeutisch advies: „Wanneer fundusafwijkingen optreden kan dagelijkse controle nodig zijn om het juiste moment voor behandeling met fotocoagulatie te kiezen.” De kinderarts en zijn consulent-oogarts in een perifeer, niet-academisch ziekenhuis kunnen echter meestal geen P_{aO_2} meten en geen premature netvliesen fotocoaguleren met xenonlamp of argonlaser. Toch kunnen zij wel door gewoon hun werk te doen veel latere ellende voorkomen. Essentieel voor retinopathie van prematuren is, dat de aandoening een gevolg is van retinale hypoxie. De eerste verschijnselen ontstaan daarom vrijwel steeds pas ná het staken van de extra O_2 -toediening. Dán krijgt de consulent-oogarts zijn verantwoordelijkheid en moet hij dagelijks spiegelen om de eerste fundusafwijkingen te diagnostiseren.

Belangrijk is het optreden van netvliesoedeem. Dit netvliesoedeem is tevens een ideale parameter voor de effectiviteit van de onmiddellijk in te stellen therapie: *opnieuw extra zuurstof toedienen*. In 1955 werd deze therapie in dit Tijdschrift door mij beschreven bij een prematuur met een geboortegewicht van 1000 gram, die een maand lang was verpleegd in een zuurstofconcentratie van 65%. Een week na het staken van de extra zuurstoftoediening ontstond netvliesoedeem. Dit verdween na hernieuwde zuurstoftoediening, maar kwam nog vier maal terug na opnieuw staken van de zuurstoftoevoer. Definitief volledig herstel ontstond pas nadat het kind het gewicht van 3000 gram had bereikt. Dit tijdstip houdt waarschijnlijk verband met het voordien nog onvolgroeid zijn van het retinale vaatsysteem. Zowel de in een academisch als in een niet-academisch ziekenhuis werkzame kinderartsen en hun consulent-oogartsen kunnen gevallen van retro-lentale fibroplasie voorkomen door: (1) de prematuur zó veel extra zuurstof te geven als de kinderarts noodzakelijk acht; (2) deze toediening van extra zuurstof zeer geleidelijk en onder dagelijkse oogheekkundige controle te beëindigen; (3) na beëindiging nog verschillende weken de oogheekkundige controle te continueren; (4) bij optreden van netvliesoedeem de extra zuurstoftoediening onmiddellijk weer te verhogen of te hervatten.

Kinderarts en oogarts hoeven dan weinig gewetenszorgen te hebben, ook zonder doorlopende meting van de P_{aO_2} en toepassing van argonlaser. Zij zullen — mét Prof. CRONE — een consulent-„medisch ethicus” niet van node hebben.

Literatuur: CRONE, R. A. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1069. — JONXIS, J. H. P. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1072. — MANSCHOT, W. A. (1955) *Ned. T. Geneesk.* 99, 92 en 3838.

Rotterdam, juli 1974

W. A. MANSCHOT

Bij de bespreking door CRONE en JONXIS (1974) van de retrolentale fibroplasie mis ik de behandeling met alternerend toedienen van zuurstof.

Literatuur: COLENBRANDER, M. C. (1955) *Ned. T. Geneesk.* 99, 3474. — CRONE, R. A. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1069. — JONXIS, J. H. P. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1072.

Leiden, juli 1974

M. C. COLENBRANDER