

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

Ik ben de collegae COLENBRANDER en MANSCHOT erkentelijk voor hun kritische opmerkingen. Diverse autoriteiten, waaronder COLENBRANDER en MANSCHOT, meenden in de jaren vijftig dat het ziekteproces van de prematurenretinopathie tot stilstand kon worden gebracht door de patiënt weer in een zuurstofrijke omgeving terug te brengen. Anderen bestreden deze stelling. De controverse is nimmer uitgestreden doordat nooit een voldoende grote groep behandelde kinderen is vergeleken met een controlegroep van onbehandelde prematuren. De bewijskracht van incidentele therapeutische successen is onvoldoende omdat in de vroege stadia van retrolentale fibroplasie spontane regressie veel voorkomt. Het argument om de patiëntjes geleidelijk van zuurstof te spenen is naar mijn mening niet sterk: Wanneer oedeem (zelfs bij volledige netvliesanoxie een tijdelijk verschijnsel) is opgetreden, is de obliteratie van het capillaire bed al lang definitief. Hernieuwde toediening van zuurstof zal dit oedeem wel versneld tot verdwijning kunnen brengen, maar de oxygenatie van het aangetaste netvlies niet op de lange duur kunnen verbeteren.

Ondanks het bovenstaande, en ondanks het scepticisme van de meerderheid der auteurs, is het misschien mogelijk dat zeer geleidelijke zuurstofonttrekking en zo nodig herhaling van de zuurstoftoediening therapeutisch effect hebben. Minder voorzichtig zal men dat niet mogen zeggen. De opvatting van collega MANSCHOT evenwel, dat de werkzaamheid van genoemde behandeling een uitgemaakte zaak is en dat kinderartsen en oogartsen zich daarom niet zoveel zorgen hoeven te maken, is te optimistisch en daardoor riskant.

Amsterdam, augustus 1974

R. A. CRONE

Zuurstof dient alleen te worden gegeven, als de zuurstofverzadiging van het arteriële bloed door een gebrekkige longfunctie bij de pasgeborene duidelijk is gedaald. Gezien het gevaar dat anoxie van verschillende weefsels, in het bijzonder hersenweefsel, met zich brengt, dienen dan maatregelen te worden genomen om door verhoging van de zuurstofconcentratie in de inademingslucht de anoxie te bestrijden. Het lijkt weinig zinvol een dergelijke therapie telkens te onderbreken, daar de zuurstofvoorziening van de weefsels, zodra de zuurstoftherapie wordt onderbroken, abrupt weer zal dalen, met alle gevolgen van dien.

Groningen, augustus 1974

J. H. P. JONXIS

Contraceptie bij minderjarigen

Naar aanleiding van het artikel van KREMER (1974) merk ik het volgende op:

Het adviseren van condooms aan meisjes met incidentele contacten, met name „voor de vakantie” en dan ook nog gecombineerd met al de adviezen zoals op bl. 1012 genoemd, beschouw ik als onjuist. Het is juist het „gebruik” van condooms dat vaak tot ongewenste zwangerschappen leidt om verschillende redenen:

1. Het juiste toepassen ervan is moeilijk (zie bl. 1012).

2. Het vereist vele handelingen voorafgaand aan de coïtus. Deze zijn zoals uit de praktijk blijkt, over het algemeen alleen uit te voeren door ervaren mensen en vaak alleen in een als veilig ervaren relatie.

3. Om deze redenen wordt het gebruik vaak achterwege gelaten, juist bij incidentele contacten. Veel meisjes voelen zich onmiddellijk beschouwd als „ervaren” typen als ze aan de toevallige partner vragen om een condoom te gebruiken (als ze dit al durven). Naar mijn ervaring komt het veel voor dat meisjes niet durven te praten over anticonceptie, noch over hun seksuele behoeften en angsten met incidentele partners. Ze zijn dan bang om ofwel uitgelachen of verlaten te worden, ofwel beschouwd te worden als „vrouwen waar wat mee te doen valt”. Inderdaad worden deze meisjes vaak als zodanig aanbevolen aan vrienden van de partner.

4. De bezwaren van de pil worden mijn inziens overdreven. (a) Indien de combinatiepil op de 1e of 2e dag van de menstruatie wordt begonnen is ze betrouwbaar. (b) De adaptatieklachten vallen enorm mee. (c) Slechts zelden is de pil gecontraïndiceerd en op zich is dit natuurlijk geen reden om condooms aan te bevelen aan degenen voor wie de pil niet gecontraïndiceerd is (bl. 1013).

Voor mij blijft dan als enig voordeel van het condoom over, de gedeeltelijke bescherming tegen geslachtsziekten. Wanneer men dan ook nog de morning after pill meegeeft, lijken mij de seksuele ervaringen van de cliënte in de vakantie al helemaal zwaar belast.

Ik stel voor: Indien er geen contraïndicatie voor de pil bestaat, deze zo vaak mogelijk te adviseren aan jonge meisjes, ook vlak voor de vakantie, *met uitvoerige toelichting*. De pil kan worden ingenomen zonder relatie met de coïtus, zonder last te hebben van het aanrakingstaboe en zonder dat de partner bij de anticonceptie betrokken wordt. De bijwerkingen zijn gering, de menstruatie is eventueel te regelen (uitleggen) en de betrouwbaarheid optimaal.

Literatuur: KREMER, J. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1009.

Amsterdam, juli 1974

A. THOBEN

Graag wil ik de puntsgewijs gebrachte bezwaren van collega THOBEN puntsgewijs beantwoorden.

Ad 1. De meeste tienerjongens zijn voldoende handvaardig voor het aanbrengen van een soepel rubberzakje om een geërgerde penis. Niet de moeilijke techniek veroorzaakt de bij tieners relatief vaak voorkomende onwil om een condoom te gebruiken maar de (geringe) moeite die zij zich hiervoor moeten getroosten.

Ad 2. Er worden niet vele maar slechts enkele handelingen vereist. Als condoomgebruik werkelijk zo ingewikkeld zou zijn als collega THOBEN dit voorstelt, dan zou het condoom als contraceptivum niet de grote populariteit hebben gekregen die het nog steeds heeft.

Ad 3. Het meisje dat tijdens haar vakantie „aan de pil” is, voelt zich inderdaad veel „vrij” dan wanneer ze condooms niet toebehoren heeft meegebracht. Dit kan tot gevolg hebben dat het „vrijen” gemakkelijker zal resulteren in een coïtus. Of dit voor het meisje altijd een voordeel is, valt te betwijfelen. In ieder geval geeft deze „pil-vrijheid” meer kans op het krijgen van een venerische infectie.

Ad 4a. Juist tijdens de eerste tabletten-cyclus is de kans op een ontsnappingsovulatie het grootst, hoewel deze kans wel vermindert als op de 1e of 2e en niet op de 5e cyclusedag wordt begonnen. Maar ook de kans op vergeten is het grootst tijdens de eerste tabletten-cyclus; het onregelmatige leven van veel tieners tijdens een vakantieperiode werkt dit vergeten eveneens in de hand.

Ad 4b. De adaptatieklachten kunnen ook enorm tegen-