

geving lijkt mij de suggestie van de collegae VAN DIJK en SMEENK, en apotheker MEULENHOF dat de verdamping van alcohol een vasoconstrictief effect heeft, enkele stadia te laat.

6. De opmerking betreffende de contactsensibilisatie door methyloxybenzoaat is zeker zinvol; in mijn serie is hier echter niets van gebleken. De suggestie betreffende gesteriliseerde crème verdient nadere bestudering.

7. Er staat duidelijk in het oorspronkelijke artikel dat het onderzoek was bedoeld om een methode te ontwikkelen die toepasbaar zou zijn niet alleen in goed geoutilleerde inrichtingen, maar ook in verpleeghuizen en bejaarden-tehuizen. Dit was reden behalve leeftijd en geslacht geen nadere omschrijving te geven van de patiëntengroep. De meest voorkomende diagnoses waren diabetes mellitus, arteriosclerose, seniele dementie, hemiplegie, femurkoprofractuur, terminaal carcinoom en combinaties.

Het verrichten van een dubbelblind onderzoek is bij de beschreven patiëntengroep zeer moeilijk maar zou bijzonder zinvol zijn en zeker nog moeten plaatsvinden.

Literatuur: BRENNER, G. (1972) *Research* 22, 754; (1973) *Research* 23, 562. — HAALBOOM, J. R. E. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1652. — JONG, B. D. DE (1965) Proefschrift Utrecht.

Utrecht, februari 1979

J. R. E. HAALBOOM

Secundaire anorgasmie bij de vrouw

Professor MUSAPH betoogt in zijn klinische les (1978) dat huisartsen een belangrijke rol kunnen spelen in de begeleiding van patiënten met seksuele problemen en geeft daartoe drie overtuigende casus. Toch prikkelt zijn betoog mij tot tegenspraak en het komt mij voor dat dat ook MUSAPH'S bedoeling was daar hij zijn argumentatie ook zelf als ongenueanceerd bestempelt.

De huisarts-patiënt-relatie is in principe ideaal om het penibele onderwerp seksualiteit aan te pakken, en het uitsluiten van somatische oorzaken zal soms noodzakelijk zijn, in ieder geval vaak door de patiënt geëist worden. Uiteraard zijn er seksuele problemen waarvoor een lichamelijke oorzaak ondenkbaar is, en ook horen wij regelmatig dat de huisarts „de laatste persoon ter wereld zou zijn waarmee de patiënt seksuele zaken zou bespreken”, hetzij omdat men hem een veel te nette man/vrouw vindt, of omdat men het juist onplezierig vindt dat de huisarts in het gezin zo zeer een bekende is. Maar inderdaad, in de grond is de huisarts door zijn positie voorbestemd om de ideale hulpverlener in seksuele zaken te zijn. „Nur die Verhältnisse, sie sind nicht so.”

Vanaf 1976 zijn, onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap, in het hele land symposia „Seksuele hulpverlening in de eerste lijn” georganiseerd. De ervaring van alle cursusleiders (waaronder wij) was onveranderlijk dat de meeste huisartsen zich verlegen voelden bij het bespreken van intieme aangelegenheden, en vaak ook hopeloos incompetent. Dat hoeft ons niet te verbazen als we ons realiseren hoe kort geleden het is dat de seksuologie zich een, ook nu nog bescheiden, plaatsje in het medisch curriculum veroverde. Professor MUSAPH verkeert in de benijdenswaardige positie om hieraan iets te kunnen doen en ik wens hem daarbij het grootst mogelijke succes, maar de ideale situatie zal zeker nog jaren op zich laten wachten. Daarom klinkt MUSAPH'S betoog mij als wel-

luidende toekomstmuziek in de oren, en zie ik nu meer in een strategie waarin een optimaal gebruik wordt gemaakt van de verschillende disciplines. Ik wil daarbij met nadruk stellen dat ik geen van de vertegenwoordigers van de gedragswetenschappen *per se* als beter geoutilleerd voor seksuele hulpverlening beschouw, ook voor hen is specifieke scholing onmisbaar. De arts camoufleert zijn onzekerheid doorgaans met het schrijven van een recept, de psycholoog verschuilt zich wellicht achter de stelling dat alle seksuele problemen relatieproblemen zijn. Het staat voor mij echter vast dat echtpaar B en C zeer goed geholpen hadden kunnen worden door een wijkverple(e)g(st)er of maatschappelijk werk(st)er, mits deze competent is (dus ook mevrouw C voor haar menopauzeklachten stimuleert om haar huisarts te consulteren).

Seksuologie is een multidisciplinaire wetenschap; zowel op theoretisch als op therapeutisch gebied zijn de bijdragen van de geneeskunst en de gedragswetenschappen gelijkwaardig. Als men zich afvraagt wie de patiënt (of cliënt, voor wie dat liever hoort) het beste kan helpen, telt de seksuologische competentie meer dan de discipline. Als MUSAPH inderdaad „gogen” kent die opponeren tegen het vooraf uitsluiten van medisch-somatische oorzaken van seksueel disfunctioneren, dan begrijp ik zijn gram, maar ik heb het vertrouwen dat hij dan te maken heeft gehad met exemplaren die ook in eigen kring voor extremistisch doorgaan. Het treft mij altijd pijnlijk als de discussie over de seksuele hulpverlening het karakter van een territoriumgevecht krijgt.

Een detailkritiek tot slot: de omschrijving die MUSAPH geeft van secundaire anorgasmie lijkt mij aanvechtbaar. Onvermogen tot bevrediging is niet hetzelfde als anorgasmie (DE BRUYN 1975). Wij zien talloze vrouwen die geen orgasme beleven maar allerminst onbevredigd zijn, en daartegenover staan vrouwen die wel orgastisch zijn, maar zonder positieve beleving. Secundaire anorgasmie lijkt mij als voorbeeld voor een klinische les ook weinig gelukkig gekozen, omdat het naar onze ervaring uiterst zelden voorkomt, zowel bij mannen als bij vrouwen (MASTERS en JOHNSON (1970) hanteren de diagnose dan ook niet). Uit de gegevens die MUSAPH verschaft over patiënte A lijkt het vrij onwaarschijnlijk dat haar situatie adequaat gekenschetst wordt door het etiket secundaire anorgasmie. Ziekte van Pfeiffer (en alle uitputtende ziekten) heeft meer invloed op de libido dan op het orgastisch vermogen *bij adequate stimulatie*. Het oorzakelijk verband tussen (peri)menopauze en anorgasmie dat MUSAPH aan casus C min of meer suggereert, lijkt mij in tegenspraak met talloze gegevens over de levenscyclus van de vrouwelijke seksualiteit. Vele vrouwen beleven hun libido en orgastisch vermogen na de overgang als optimaal.

Literatuur: BRUYN, G. M. DE (1975) *Over opwinding en bevrediging bij vrouwen*. Nisso, Zeist. — MASTER, W. H. en V. JOHNSON (1970) *Human sexual inadequacy*. Churchill, Londen. — MUSAPH, H. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1953.

Groningen, januari 1979

J. J. DRENTH,
namens het psycho-sociaal
team van het Rutgershuis

Collegã DRENTH dank ik hartelijk voor zijn uitvoerig schrijven, dat mij aanleiding geeft tot de volgende opmerkingen:

1. Zijn mededeling: „en ook horen wij regelmatig dat de

huisarts „de laatste” persoon ter wereld zou zijn waarmee de patiënt seksuele zaken zou bespreken” is in strijd met wat internationaal ervaren wordt. Ik moge hem verwijzen naar b.v. BANCROFT en COLES (1976) en naar een recent onderzoek in Nederland, verricht door het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde (1977). Een uitvoerige bespreking van dit probleem kan men vinden in het onderzoek van collega LINSCHOTEN (1978). De mededeling van collega DRENTH lijkt mij dan ook niet meer dan anekdotische waarde te hebben. Ik sta dan ook liever achter zijn uitspraak: „in de grond is de huisarts door zijn positie voorbestemd om de ideale hulpverlener in seksuele zaken te zijn”.

2. Met collega DRENTH ben ik het roerend eens dat er nog heel veel gedaan dient te worden aan de medische opleiding in Nederland, ten einde de huisarts competentier te maken in het hanteren van seksuele problematiek bij zijn patiënten. Zijn sympathieke wensen aan mijn adres worden in dank aanvaard. Ook ik wens hem in zijn „seksuele hulpverlening in de eerste lijn” alle succes.

3. Elders heb ik uitvoerig uiteengezet dat seksuologie een multidisciplinaire wetenschap is (MUSAPH 1977a). Met opzet heb ik gevraagd mijn leeropdracht te beperken tot medische seksuologie, om niet aan grensoverschrijding te doen (MUSAPH 1977b): Inbreng van gedragswetenschappers is alleen maar welkom, vooral als ook zij hun grenzen kennen. In een groot team is zulks vanzelfsprekend: elk teamlid is gelijkwaardig aan zijn collega.

4. Het is jammer dat collega DRENTH de indruk heeft dat ik onbevredigend geslachtsleven (ik neem aan dat hij dit

bedoelt) en anorgasmie als hetzelfde beschouw. Ik heb hier reeds in 1960 over geschreven. Hij leze verder het voortreffelijke boekje van WESTERMAN HOLSTIJN (1968).

5. Dat secundaire anorgasmie uiterst zelden voorkomt, zoals collega DRENTH meent, is in strijd met onze jarenlange ervaring op de polikliniek seksuologie van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht. De opmerking dat MASTERS en JOHNSON (1970) de diagnose niet hanteren lijkt mij bezijden de waarheid. Zij noemen hetzelfde verschijnsel „situational orgasmic dysfunction”.

6. De relatie tussen geval C uit mijn klinische les en de generaliserende opmerking van collega DRENTH „vele vrouwen beleven hun libido en orgasmisch vermogen na de overgang als optimaal” ontgaat mij. Gaarne wil ik eraan toevoegen dat ik met deze opmerking op zichzelf instem.

Literatuur: BANCROFT, J. en L. COLES (1976) *Brit. med. J.* I, 1575. — LINSCHOTEN, R. (1978) In: *Potentiestoornissen bij de man*, bl. 9. Van Loghum Slaterus, Deventer. — MASTERS, W. H. en V. E. JOHNSON (1970) *Human sexual inadequacy*. Churchill, Londen. — MUSAPH, H. (1960) *Het consultatiebureau voor huwelijks- en geslachtsleven*. Dr. Aletta Jacobshuis en Dr. Jan Rutgershuis, Den Haag; (1977a) In: J. MONEY en H. MUSAPH, *Handbook of sexology*, bl. 85; (1977b) *Huidige seksuologie*. Erven Bohn, Amsterdam. — WESTERMAN HOLSTIJN, A. (1968) *Seksualiteit van de volwassen vrouw*. Sex Libris N.V.S.H., Den Haag.

Amsterdam, februari 1979

H. MUSAPH

BERICHTEN

Buitenland

GROOT-BRITANNIË

De zuigeling, de cultus en de rechter. — Uit de Verenigde Staten zijn reeds eerder mededelingen gekomen over ernstige voedingsstoornissen bij zuigelingen die vrijwel uitsluitend met eenzijdige vegetarische voeding werden grootgebracht. Het betreft meestal kinderen van ouders die aan de natuur grotere wijsheid toekennen dan aan de wetenschap. I. F. ROBERTS e.a. (*Brit. med. J.* (1979) I, 296) berichten nu over vier van dergelijke zuigelingen die in twee Londense ziekenhuizen werden opgenomen. Ook de ouders van deze kinderen kenden mede op geloofsgronden grote waarde toe aan uit het plantenrijk stammende voedingsmiddelen. Eén van de zuigelingen had het moeten stellen met ongekookte vruchten en groenten zonder graan of peulvruchten. Hij bleek te lijden aan kwashiorkor en anemie. Drie andere kinderen waren gevoed met het macrobiotische voedingsprodukt kokoh, dat bestaat uit een mengsel van rijst, tarwe, haver, bonen en sesammeel. Eén van hen had ook nog bruine rijst en groenten gekregen. De kinderen waren sterk in gewicht achtergebleven en zagen er uitgeteerd uit. Eén van hen had oedemen in het gezicht en de extremiteiten en één had alle tekenen van rachitis. Drie van de kinderen konden nadat zij door de districts health visitor waren opgespoord pas na een rechterlijk bevel in een ziekenhuis worden opgenomen. Bij het ontslag uit het ziekenhuis werd ook een ondertoezichtstelling nodig geacht om een adequate voeding te waarborgen. Ten slotte kon met de ouders overeenstemming worden bereikt over

een voeding die wel voornamelijk vegetarisch was maar voldoende voedingsstoffen bevatte en calorisch toereikend was. Het vierde kind (6 maanden) kwam via een psychiatrische polikliniek onder de aandacht. De moeder leed aan puerperale psychose. De levensbeschouwing van de ouders had tot het volgen van een macrobiotisch dieet geleid waarop de zuigeling echter niet had kunnen gedijen. Het kind was uitgeteerd en hongerig na de laatste 2 maanden uitsluitend met kokoh te zijn gevoed. De moeder herstelde van haar psychose en beide ouders bleken toegankelijk voor voedingsadviezen van arts en diëtist.

De schrijvers raden aan om indien tijdens de zwangerschap blijkt dat de moeder extreem afwijkende voedingsgewoonten heeft, bijzondere aandacht te geven aan de begeleiding van de voeding van de zuigeling. Men moet trachten het contact met het gezin te behouden en bij de voedingsadviezen begrip te hebben en te tonen voor andere opvattingen dan de gangbare; met wat meer moeite kunnen zuigelingen ook met vegetarische voeding voldoende nutriënten ontvangen.

Acycloguanosine bij ulcera van de cornea door het herpes simplex-virus. — Hoewel oppervlakkige herpes-keratitis met min of meer succes behandeld kan worden met antivirale geneesmiddelen zoals idoxuridine of adenine arabinoside, ontbrak een middel dat ook bij infecties van de diepere lagen met succes kon worden toegepast. B. R. JONES e.a. (*Lancet* (1979) I, 243) van de Moorfields oogheelkundige kliniek in Londen hebben nu 24 lijders aan keratitis herpetica om en om met acycloguanosine (Wellcome