

wijze van registreren van de gegevens in de ziekenhuizen over de jaren weinig verandert. Weliswaar vond ik op 44 patiënten die na een suïcidepoging door middel van zelfvergiftiging in het eerste half jaar van 1978 in ons ziekenhuis werden opgenomen er 4 (9,1%) terug in de SMR-gegevens onder diagnosesnummer 300.9 (neurose NNO) en niet onder diagnosesnummer E 958 (suïcide en automutilatie) waar DE GRAAF en DIEKSTRA vanuit gaan. Wanneer dergelijke afwijkingen van de codering ook elders voorkomen, betekent dat hoogstens dat de absolute aantallen in feite nog hoger zijn dan in het artikel aangegeven en blijft de reden tot verontrusting over de hoogte van de aantallen overeind.

DE GRAAF en DIEKSTRA beperken zich echter niet tot het aangeven van landelijke tendensen maar trekken op basis van SMR-gegevens ook conclusies over wat er daadwerkelijk in de algemene ziekenhuizen met de patiënten gebeurt. Daarbij wrekt zich dan de mogelijk gebrekkige betrouwbaarheid van bepaalde gegevens uit de SMR-statistiek en de beperktheid van de gegevens zoals die worden genoteerd. Enkele voorbeelden kunnen dit illustreren.

1. DE GRAAF en DIEKSTRA concluderen dat „in 1976 slechts een minderheid van deze patiënten (45,2%) tijdens het verblijf in een algemeen ziekenhuis door een psychiater is (mede)behandeld of in consult gezien”. Een vergelijking van de statusverslagen van voornoemde 44 patiënten met de SMR-gegevens over dezelfde patiënten levert het volgende op:

Volgens de SMR-gegevens zijn 22 (50%) van deze patiënten door de psychiater gezien en de andere 22 (50%) niet. Dit percentage komt dicht in de buurt van het percentage van DE GRAAF en DIEKSTRA. Volgens de verslagen in de statussen van deze patiënten zijn 36 (82%) patiënten door de psychiater bezocht en 8 (18%) niet. Dat is een verschil van 32%. Het omgekeerde geval, psychiater niet geweest maar wel in de SMR-gegevens gecodeerd, komt niet voor.

Het is niet waarschijnlijk dat ons ziekenhuis nu juist het enige ziekenhuis in Nederland is waar dit soort discrepanties voorkomen. De genoemde conclusie van DE GRAAF en DIEKSTRA lijkt mij dan ook enigszins voorbarig geformuleerd.

2. Een verwante conclusie van DE GRAAF en DIEKSTRA luidt: „Deze patiënten worden na een vaak kort durend verblijf in het ziekenhuis *meestal zonder enige vorm van psychiatrische hulp weer naar huis ontslagen*” (cursivering van mij, M.N.).

In de SMR-gegevens is echter niet terug te vinden: a. of de naar huis ontslagen patiënten een verwijzing hebben meegekregen voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg, wel of niet via een psychiater; b. of de patiënten die niet door een psychiater zijn gezien in het ziekenhuis hulp hebben gehad van een niet-medische hulpverlener zoals een maatschappelijk werker, een geestelijk verzorger of een psycholoog; c. wat de reden is dat de patiënt niet door een psychiater is gezien in het ziekenhuis. Er zijn patiënten die geen prijs stellen op een gesprek met een psychiater of die al een afspraak met hun eigen psychiater buiten het ziekenhuis hebben lopen. Sommige patiënten willen zo snel mogelijk weer naar huis zonder het bezoek van de psychiater af te wachten.

Niet-medische hulpverlening in het ziekenhuis en verwijzing naar een ambulante vorm van hulpverlening worden meestal niet in de SMR-gegevens verwerkt. Patiënten met geheel verschillende achtergronden en hulpbehoeften worden onder één diagnosecategorie ondergebracht. Daarom is de genoemde conclusie naar mijn inzicht te algemeen gesteld.

Wat er precies voor de patiënten in de ziekenhuizen wordt gedaan weten we niet. Hoe ze na ontslag verder worden geholpen weten we ook niet. Wanneer DE GRAAF en DIEKSTRA dan ook nog concluderen: „Dit lijkt er op te wijzen dat algemene ziekenhuizen doorgaans niet toegerust zijn om aan dit verschijnsel het hoofd te bieden, wat de waarschijnlijkheid groot maakt dat de huidige situatie recidief bevordert, waardoor de kans op dodelijke afloop toeneemt” dan is het best mogelijk dat daar een kern van waarheid in zit. Maar zelfs als hypothese lijkt mij deze conclusie nog te weinig gefundeerd omdat de kwaliteit van de gegevens waar ze op stoelt niet is onderzocht.

Nader onderzoek in de algemene ziekenhuizen zelf zal uit moeten wijzen hoe de problemen precies liggen en welke oplossingen daarvoor kunnen worden gezocht. Dat de zaak ingewikkelder is dan op het eerste gezicht lijkt hoop ik te hebben aangetoond. Waarbij ik me ervan bewust ben dat ook in een korte reactie als deze niet alles aangeroerd kan worden wat ter zake van belang is. DE GRAAF en DIEKSTRA hebben gelijk wanneer ze stellen dat onderzoek naar de omvang van het verschijnsel suïcidepoging in Nederland nagenoeg ontbreekt. Nog meer geldt dit voor onderzoek naar de opvang van de patiënten in de algemene ziekenhuizen. Het zal duidelijk zijn dat ik er voor pleit ook dit soort onderzoek uit te breiden, hetgeen zonder twijfel ook de bedoeling van DE GRAAF en DIEKSTRA is.

Literatuur: GRAAF, A. C. en R. F. W. DIEKSTRA (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 149.

Amsterdam, februari 1980

M. NOTEBOOM

Herwaardering van masturbatie

Als men iets wil herwaarderen, is het goed om enkele punten goed in het oog te houden:

De nadelen van de oude (vastgeroeste) visies zijn natuurlijk al lang duidelijk gebleken, zeker voor zover ze extreem waren; het is moeilijk te onderscheiden of deze te wijten zijn aan het vastgeroest zijn of aan de visies zelf; de nadelen van de nieuwe visie hebben nog niet zo zeer de gelegenheid gehad zich te manifesteren; als een visie een onderdeel is van een cultuur en bekleed is met taboes, dan is het breken ermee misschien wél heroïsch, maar daarom nog niet steeds aan te raden (voor iedereen); degene die wil herwaarderen kan licht doorschieten in het andere uiterste; hij zal het moeilijk hebben om mild en objectief te blijven, en niet zelf op ketterjacht te gaan en een nieuw taboe te scheppen; oude taboes liggen vaak dieper en beter verankerd dan men denkt. Het ontbreken van rationele argumentatie mag niet te vlug als basis dienen om de nieuwe visie gelijk te geven.

Men kan deze opmerkingen toepassen op de masturbatie. Bovendien lijkt het me dienstig – voor ieder die mee wil denken – om een parallel te trekken tussen masturbatie en duimzuigen. Natuurlijk, elke vergelijking gaat mank, en wat voor de ene mens geldt, geldt nog niet voor de andere, maar toch geldt m.i. wél, dat zowel de orale als de auto-genitale bevrediging in de regel een surrogaat-bevrediging is. Fantasie (=zelfbedrog) moet de werkelijkheid aanvullen of vervangen. Vaak schuilt er een aanklacht in tegen de omgeving, en wordt (dus) de veroordeling door de ouders automatisch en fel gehanteerd. Een kind dat gelukkig is in zijn contacten met zijn omgeving heeft weinig reden om lang stil te staan bij zichzelf. Vanuit deze gezichtshoek lijkt

het beter te wachten met een te radicale – propagandistische – herwaardering van de masturbatie, die evenzeer het bestrijden waard is als het duimzuigen, ofschoon daar overigens ook geen al te zwaar negatief gewicht aan moet worden toegekend.

Men kan in de termen van de „brave new world” snoepen, duimzuigen, alcohol- of „soma”-gebruik verdedigen of toejuich n. Dat lijkt me echter niet verstandig (zonder dat ik er al te moralistisch de staf over zou willen breken).

„Soma” als een geëigende oplossing hanteren tegen gevoelens van onlust of verlangen, belet ons de werkelijkheid onder ogen te zien en werkelijke menselijke rijkdom te verwerven. Wij moeten onze sociale, culturele, creatieve en last but not least transcendentale mogelijkheden nastreven!

Cocaïne uit colabladeren kan misschien uitgeputte Indianen het leven reddend. We moeten er dan dankbaar voor zijn dat ze colabladeren van de bomen kunnen plukken. Maar moeten we nu het gebruik ervan toejuichen of de situatie voor de Indianen zó maken, dat ze geen colabladeren nodig hebben? Men zal tegen deze stellingname aanvoeren dat ze berust op zwevend idealisme, op sublimeren en dat ze uitmondt in moraliseren.

Welnu: Daartegen kan aangevoerd worden, dat degene die tegen duimzuigen en dergelijke is, nog niet beweert dat het moeders en andere opvoeders stéeds kan en moet lukken een betere oplossing te vinden voor de behoefte van het kind. Evenmin is het uitgesloten, dat de bestrijding van het duimzuigen soms meer kwaad dan goed doet omdat er soms een grote factor idealisme, sublimatie of moraliseren in schuilgaat. Maar dat verleent niemand het recht te beweren dat het dat uitsluitend is. En er ontstaat nog geen reden om duimzuigen, snoepen of masturberen te gaan beschouwen als iets dat gepropageerd moet worden als iets goeds „an und für sich”.

Tot slot: Ik vermag niet in te zien, dat men zich als arts of als mens een steekhoudend alibi verschaffen kan voor het nalaten van het zoeken naar volwaardigere menselijke bezigheden of dat te adviseren. Me dunkt dat men zich ook niet kan verschuilen achter de stelling „ik eerbiedig het levensbeschouwelijk standpunt van anderen en behoud me het recht voor op eigen opvattingen”. Me dunkt dat de toevoeging hieraan – ik citeer collega LEVIE – „Wederkerig is dit niet altijd het geval”, een duidelijk signaal ervoor is dat hij dat zelf ook niet doet. (Men attaqueert daarmee de ander!) Bovendien, bewijst men de persoon van de opponent niet juist vaak een eer door zijn mening aan te vallen en het niet met hem eens te zijn als hij het mis heeft, ook al betreft het een levensbeschouwelijk standpunt, of juist daarom?

Literatuur: KOK, J. F. M. DE (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 572. – LEVIE, L. H. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 315.

Venlo, mei 1980

A. J. POSTMES

Het artikel over het verschijnsel masturbatie bij de mens vanaf zijn eerste tot zijn laatste levensfase bevat uitsluitend feiten en cijfers inzake de *strikt medische* aspecten. Met de zakelijke inhoud daarvan heeft bovenstaand ondoorzichtig betoog weinig te maken.

Amsterdam, mei 1980

L. H. LEVIE

Anorexia nervosa

In het caput selectum van H. M. J. KRANS (1980) wordt door de auteur als factor die kan bijdragen tot een doctor's delay door miskennen van de diagnose gesignaleerd: „...de verwijzing naar een kinderarts of kinderpsychiater die onvoldoende begrip heeft van het langdurig karakter van het ziektebeeld en van de noodzaak om patiënten als „jonge volwassenen” te zien.” En vervolgens: „Het infantiele gedrag van deze patiënten draagt ertoe bij dat ze naar deze specialisten worden verwezen.”

Moge de lezer er desondanks van overtuigd zijn dat zowel kinderarts als kinderpsychiater dagelijks vordering maakt in de gang naar de volwassenheid.

Literatuur: KRANS, H. M. J. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 743.

's-Hertogenbosch, mei 1980

F. A. E. NABBEN

Ik verkeerde altijd in de overtuiging dat kinderartsen en kinderpsychiaters al volwassen zijn, maar dat hun patiënten gekenmerkt zijn door het (nog) kind zijn.

Leiden, juni 1980

H. M. J. KRANS

De zetpil

Regelmatig tref ik de mening aan dat de zetpil dient te worden ingebracht met de spitse punt naar voren (zie fig. 1). Deze wijze van inbrengen wordt ook aanbevolen op diverse bijsluiters van merkgeneesmiddelen. Ook in een leerboek voor verpleegkundigen trof ik deze wijze van toedienen aan.

De juiste wijze van toedienen is echter net andersom. De stompe kant moet het eerst worden ingebracht (zie fig. 2). De vorm van de zetpil is functioneel bepaald door de anale sphincterreflex: een stomp voorwerp tegen de anus gedrukt doet de anus opengaan, een spitse punt doet deze sluiten. Tevens zal de sphincterdruk op de conisch toelopende punt van de zetpil na passeren van de sphincter – bij reflexmatig sluiten daarvan – een *inwaartse* druk op de zetpil uitoefenen.

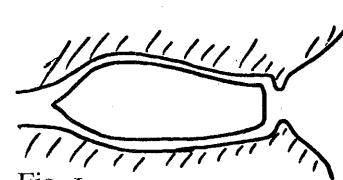


Fig. 1.

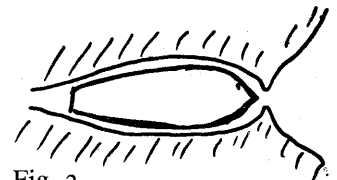


Fig. 2.

Het op verkeerde wijze inbrengen geeft dikwijls problemen, vooral bij kinderen. Het inbrengen van de spitse punt stuit op de reflexmatige sphinctersluiting en wanneer deze eenmaal is ingebracht ontstaat een uitwaartse druk, hetgeen als bijzonder onaangenaam wordt ervaren. De bijsluiter van een specialité beveelt dan ook aan enige tijd een wattenprop tegen de anus te drukken. Bij op de juiste wijze inbrengen is dit overbodig.

Harderwijk, mei 1980

P. J. VAN WAGENINGEN