

doende ontwikkeld. Haar jeugd was moeilijk en vol conflict-situaties. Ten onrechte werd dit vaginisme somatisch, met een hymenplastiek, behandeld. Zoals vaak, bleek ook hier de partner een grote rol te spelen bij het ontstaan en het voortbestaan van deze stoornis; de man is sexueel onervaren, geremd en preuts en dit bevordert weer het vaginisme. Het mislukken van de cohabitatie deed bij de man erectiestoornissen ontstaan, waardoor hij een aperte angst voor de vagina heeft, een faalangst. Nu, na jaren psychotherapie, is de toestand zeer verbeterd, met name het vaginisme is verdwenen doch de erectie en de ejaculatie van de partner zijn nog niet optimaal.

Patiënte F., is zes jaar gehuwd en kinderloos. Ze vertelt dat de coïtus wat moeilijk verloopt, niettemin heeft zij meestal wel orgasme. De libido is wisselend. Bij onderzoek blijkt patiënte virgo te zijn. Adviezen nopens de coïtustechniek blijken voorspoedig te zijn geweest, want patiënte wordt weldra zwanger. Hier bestond dus in een zesjarig huwelijk een virginiteit, die en het huwelijksleven bemoeilijkte en de conceptie nodeloos lang uitstelde.

Patiënte G., drie jaar gehuwd, is evenmin als haar partner voldoende voorgelicht met als gevolg ernstige stoornissen in de huwelijksbeleving. De vrouw heeft nooit orgasme en zij voelt de immissio penis niet. Het blijkt dat er de eerste zeven maanden van het huwelijk nooit gecohabiteerd is, omdat man en vrouw eerst nog aan elkaar moesten wennen. En toen na deze periode de cohabitatie plaats vond waren er direct moeilijkheden; de immissie lukte slecht met als gevolg vaak ejaculatio praecox. Bij de vrouw is de libido daarna snel afgenomen. Zij is teleurgesteld dat niet direct in het begin van het huwelijk ook het seksuele leven is begonnen. Evenwel durfde zij er met haar man niet over te praten. De partner vertelde, dat hij zijn vrouw liever eerst wat wilde ontzien omdat ze zo'n heimwee had. Tengevolge van het uitblijven van seksuele voorlichting is een ernstige stoornis in de huwelijksbeleving ontstaan, die niet direct kon worden opgelost.

Patiënte H., vijf jaar gehuwd, heeft een geringe libido, ze is erg nerveus en heeft een dysmenorroe. Voor haar huwelijk is ze door haar toekomstige man op brute wijze gedwongen tot geslachtsverkeer, waarbij coïtus interruptus werd toegepast. Ook nu beklagt zij zich erover, dat haar man de „ars amandi" niet kent en haar seksuele gevoelens en wensen niet respecteert. Ook in dit huwelijk valt het niet licht de ingewortelde gewoonte uit te roeien en de huwelijksbeleving in goede banen te leiden.

Patiënte I., drie jaar gehuwd, beklagt zich erover dat orgasme bij de coïtus uitblijft. Zij ondervindt wel orgasme bij onanie, die ze buiten haar man om bedrijft. Als jong meisje heeft ze veel geonaneerd en is hier sterk aan gefixeerd. Er is ook sprake van schuldgevoelens hierover. Na een openhartig gesprek met haar, haar man en na het geven van enkele technische adviezen over de coïtustechniek treedt geleidelijk aan een verbetering op.

Patiënte J., acht jaar gehuwd, vraagt advies wegens kinderloosheid. Reeds drie jaar voor het huwelijk had zij frequent geslachtsverkeer met haar toekomstige man. Eveneens blijkt dat zij ruim zes jaar een occlusief pessarium had ter voorkoming van zwangerschap. Sinds anderhalf jaar bestaat dus de kinderwens. Bij het opnemen van de seksuele anamnese blijkt, dat vanaf het begin van het huwelijk de coïtus een- tot tweemaal daags wordt uitgevoerd, steeds met een uitvoerig voorspel. Cunnilingus en fellatio penis behoren hiertoe. Ook blijkt het echtpaar een speciale vocabulaire te hanteren wanneer het over seksuele zaken spreekt. In verband met het onderzoek is het moeilijk te bewegen tot een seksuele onthouding van enkele dagen; voor een cohabitatieschema met betrekking tot de vruchtbare dagen voelt het echtpaar niets. Beiden maken de indruk een gelukkig huwelijksleven te leiden en bij zorgvuldige navraag blijkt, dat bij de vrouw eigenlijk geen directe kinderwens bestaat. De versterkte libido heeft tot heden nog niet tot stoornissen geleid, doch wanneer conceptie zal uitblijven en het echtpaar ouder wordt moet toch rekening worden gehouden met moeilijkheden.

Patiënte K., dertien jaar kinderloos gehuwd, vertelt dat de laatste vier jaar geen cohabitatie meer heeft plaats gevonden. De libido bij de vrouw is sterk aanwezig, bij de man daarentegen afwezig. Hij heeft nooit orgasme en geen seksuele interesse meer in zijn eigen vrouw, wel heeft hij een grote liefde voor haar. Bij de man is er wel een seksuele aantrekkingskracht door andere vrouwen, waaraan hij echter niet toegeeft om morele redenen. Bij zijn eigen vrouw komt hij moeilijk tot erectie; hij komt daartoe wel als hij andere vrouwen ziet. Psychiatrisch onderzoek brengt aan het licht dat de vrouw de man in sterke mate overheerst, wat castrerend op de man werkt. Ze ziet op hem neer omdat hij weinig potent is. De man is overhaast met haar getrouwd omdat hij merkte dat zij omgang had met haar werkgever. Hij blijkt tevens zeer infantielneurotisch te zijn. Ondanks vele psychotherapeutische gesprekken is weinig resultaat te bemerken.

Uit voornoemde gevallen — van elke besproken stoornis werd een voorbeeld gegeven — blijkt wel dat het raadzaam is, dat de stoornis tijdig wordt ontdekt en behandeld, omdat de duur ervan vaak omgekeerd evenredig is met het therapeutisch effect. Hoe eerder de behandeling, hoe meer kans op succes. Doch nog belangrijker is de preventie van deze stoornissen op een wijze, zoals werd aangegeven. Hier toch ligt een belangrijke taak voor ieder, die zich inzet voor een optimale geestelijke en lichamelijke volksgezondheid, een taak waarbij de huisarts een grote en onmisbare rol speelt.

## REFERATEN

De artikelen, besproken in de met een nummer gemerkte referaten, kan men schriftelijk ter inzage vragen bij J. G. Antvelink, Spoorstraat 24, Schoonhoven

### VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

**60—018. Having feelings about patients.** Ewing, J. A. (1960) *Practitioner* 184, 70.

Zowel bij ons medische werk als daarbuiten wordt ons denken en handelen voortdurend emotioneel beïnvloed door de gevoelens, die het contact met andere mensen in ons oproept. Is men zich bewust van de affectieve beïnvloeding van onze relatie met de patiënt, dan kan men daar gebruik van maken bij de behandeling. Daarvoor is ten eerste nodig, dat deze gevoelens worden onderkend, dat vervolgens naar hun oorsprong wordt gezocht en tenslotte, dat de arts deze gevoelens leert beheersen en gebruiken.

Bij de hiervoor noodzakelijke kritische zelfobservatie zijn verschillende punten van belang. De houding van de arts tegen-

over de patiënt varieert naar gelang sexe, leeftijd en sociale klasse. Voelen we ons verheugd of geïrriteerd in afwachting van de binnenkomst van de volgende patiënt? Hebben we iets vergeten bij het onderzoek of bij het maken van een afspraak, dan is dat dikwijls een uiting van negatieve gevoelens. Kunnen we niet lang genoeg naar een patiënt luisteren en zijn we te gehaast, dan dienen we ons af te vragen: „Verveelt deze patiënt mij en zo ja, waarom?" Een andere manier om niet naar de patiënt te willen luisteren is zelf te veel aan het woord te willen zijn. We spreken vooral gaarne teveel met de veeleisende, afhankelijke patiënt. Het optimistische bagatelliseren van de klachten, die wij niet au serieux wensen te nemen is een onbewust verlangen van de arts, de pa-

tiënt gezond te willen verklaren. Kunnen we de klachten weg redeneren, dan hopen we, dat de patiënt ons niet meer lastig zal vallen.

Zoekend naar de oorsprong van de gevoelens en reacties, die het contact met de medemensen in ons oproept, noemt de schrijver drie factoren. Ten eerste de stemming van het ogenblik. De situatie in het eigen gezin, het weer, onze gezondheid en de drukte in de praktijk kunnen onze stemming beïnvloeden. Vermoeidheid maakt ons prikkelbaar en weinig verdraagzaam tegenover de patiënten. Meestal is het juist de verkeerde patiënt, die wij met een onvriendelijk woord bejegenen. Een tweede factor van belang voor de affectieve beïnvloeding van onze houding is, wat de patiënt voor ons betekent en of wij een directe sympathie of antipathie voelen opkomen bij de eerste kennismaking.

Tenslotte speelt de intermenselijke relatie of zoals Leary zegt, de „interpersonal reflex” een rol. Het is van belang te weten, dat het individu steeds weer bij de andere mensen die hij ontmoet, hetzelfde reactiepatroon probeert op te wekken. De arts moet erop bedacht zijn, dat een patiënt, die vertelt steeds in het leven achtergesteld te zijn, verlaten door zijn vrienden, bedrogen door zijn vrouw, ook bij de arts een negatieve reactie zal proberen op te wekken. Men zou zich dan af dienen te vragen: „Hoe krijgt deze patiënt de mensen zover, dat ze hem dusdanig bejegenen?”

Elke ziekte leidt tot een psychologische regressie, een tijdelijke terugkeer tot een infantiele houding van afhankelijkheid en zoeken naar veiligheid en steun. Velen weten deze gevoelens te compenseren of op anderen te projecteren, doch in een of andere vorm is deze regressie steeds terug te vinden. (Voor collegae, die zelf nog nooit ziek zijn geweest beveelt schrijver het boek *When doctors are patients* — Pinner and Miller, 1952) aan. Er zijn drie manieren om op deze verschijnselen te reageren. Allereerst de begrijpende, tolerante houding, die ongetwijfeld de beste is en is gebaseerd op het zich bewust zijn van eigen gevoelens, en de betekenis, die de ziekte voor de mens heeft. Reageert de arts afwijzend, dan wil hij daar als het ware mee zeggen: „Ik zou zelf graag zo afhankelijk willen zijn, doch kan mijzelf zelfs niet toestaan deze gevoelens bewust te beleven”. Deze houding is even funest voor de patiënt als de laatste mogelijkheid, die van de bevordering van verdere regressie en afhankelijkheid. Door het vergroten van het contrast wil de arts zichzelf meer volwassen, onafhankelijk en rijp tonen tegenover de arme, kleine infantiele patiënt. Een voorbeeld van het laatste is de arts, die de patiënt steeds op een vaderlijke toon blijft toespreken of onnodig aandringt om meer voor de patiënt te doen, dan waarom deze heeft gevraagd.

Indien we hebben geleerd deze gevoelens niet alleen te onderkennen, doch ook te gebruiken bij onze behandeling, dan leren we pas op de juiste wijze onze probleempatiënten behandelen. De chronische klager met steeds wisselende symptomen en lange reeksen geneesmiddelen, onnodige fysische therapie, korte onvoldoende onderzoeken, wordt dan niet meer voortdurend afgewezen, doch door de arts uitgenodigd eens op een rustig ogenblik te komen praten over zichzelf, zijn huidige omstandigheden, zijn werk, zijn sexuele moeilijkheden enzovoort. Alleen op deze wijze leert de patiënt het verband te zien tussen zijn symptomen en zijn emoties. In deze arts-patiënt relatie is geen plaats meer voor medicamenten, die verdreven zijn door het gesprek. Het bewust hanteren van de eigen gevoelens zal de arts nimmer hinderen in zijn werk, doch kan alleen de patiënt ten goede komen. E. van Westreenen

## BOEKBESPREKING

*Dr E. V. W. Vercruyse. Het ontwerpen van een sociologisch onderzoek. Uitgangspunten en richtlijnen. 192 bladzijden, prijs gebonden f 15,50. Van Gorcum en Comp. n.v., Assen.*

In dit boek, het proefschrift van de schrijver (Leiden, juni 1960, promotor: prof. dr F. van Heek), uitgegeven als no. 35 in de serie „Bouwstenen voor de kennis der maatschappij”, wordt een onderwerp behandeld, dat behalve sociologen ook veel huisartsen zal interesseren. Nog onlangs schreef Van Es — (1960) huisarts en wetenschap 3, 267 — „Een van de grootste moeilijkheden — en naar mijn mening de meest essentiële — die zich bij het verrichten van een sociologisch onderzoek door een huisarts voordoet is wel deze, dat de sociologie voor de huisarts in het algemeen een gesloten boek is.” De vraag is echter welk deel van dit gesloten boek voor de huisarts van belang kan zijn.

Sommigen menen, zonder nadere precisering, dat *de* sociologie als vak in de medische opleiding moet worden geïntegreerd. Dit lijkt zeer ruim geformuleerd. Zonder in discussie te treden welk deel van de sociologie de huisartsengeneeskunde een bredere basis zou kunnen geven, komt het mij voor dat bestudering van de methodiek van de empirische sociologie, zoals deze in het proefschrift van dr Vercruyse wordt behandeld, nuttig kan zijn.

Het boek bestaat uit twee delen. Deel I bespreekt de uitgangspunten; eigenlijk is hier sprake van een doordenken van de beginselen. Deel II behandelt het eigenlijke onderzoeksontwerp. Om een indruk van de inhoud te geven noem ik van dit deel de diverse hoofdstukken: het ontwerpen van een sociologisch onderzoek; de formulering van de probleemstelling; typen van onderzoek; definiëring en indicering; waarnemingseenheden, selectie en aantal; technieken van waarneming; ordening en analyse.

De auteur geeft, tot beter begrip van zijn betoog, verschillende voorbeelden uit de sociologische literatuur. In het woord vooraf zegt de schrijver dat de tekst inspanning van de lezer eist en inderdaad is het geen boek dat men „in één ruk” uitleest. Het is echter helder en scherp geformuleerd en prettig om te lezen. G. J. Bremer

## HET LEZEN WAARD

Voor de huisarts is het van belang op de hoogte te blijven van de opvattingen, die er ten aanzien van belangrijke problemen in Nederland bestaan. Het „Nederlands Gesprekcentrum” geeft publikaties uit, waarin deskundigen van diverse levensovertuiging deze opvattingen hebben geformuleerd. Verschillende van deze publikaties behandelen een onderwerp dat de medicus practicus moet interesseren, onder andere: Publikatie no. 8: Conceptieregeling; Publikatie no. 17: Geestelijke Volksgezondheid; Publikatie no. 19: Helpen in deze tijd. Prijs f 1,50 per stuk; donateurs van het „Nederlands Gesprekcentrum” ontvangen de publikaties gratis.

## NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

### VAN DE REDACTIECOMMISSIE

Dr F. J. A. Huygen te Lent is benoemd tot docent in de faculteit der geneeskunde van de r.k. universiteit te Nijmegen voor het geven van onderwijs in de sociale geneeskunde van het gezin.

Deze benoeming van de vice-voorzitter van het Genootschap moge aanleiding zijn hierbij even stil te staan en zich te realiseren, dat nu een praktizerend huisarts als universitair

docent werkzaam zal zijn. Ieder die meent, dat ook de huisarts bijdragen kan leveren voor de wetenschappelijke vorming van de medische student zal het toejuichen, dat de jongste medische faculteit in ons land een dergelijk besluit heeft genomen.

De ongewoon veelzijdige gaven van Huygen zijn met deze benoeming nu ook officieel erkend.

De redactiecommissie biedt docent en faculteit gaarne haar gelukwensen aan. H.