

zichte van het tijdstip van kunstmatig breken iets conservatiever gedragen. Zij breken de vliezen namelijk vaker bij een ontsluiting van acht tot tien cm dan in de grotere praktijken het geval lijkt te zijn. Groot zijn de onderlinge verschillen echter niet en een duidelijke richting is niet waarneembaar.

Op deze telkens aan de dag tredende verschillen tussen jongere en oudere artsen, stads- en plattelandsartsen, collegae met een kleine en collegae met een grote verloskundige praktijk, hopen wij te zijner tijd in een afzonderlijk hoofdstuk terug te komen.

Sociale status van de kraamvrouw. In een vroegere mededeling — (1962) huisarts en wetenschap 5, 10 — is reeds vermeld, dat met betrekking tot het breken van de vliezen geen noemenswaardige verschillen tussen de onderscheiden maatschappelijke groeperingen zijn gevonden.

Samenvatting. Bij ongeveer de helft van de kraamvrouwen bleken de vliezen kunstmatig te zijn gebroken, bij multiparae wat vaker dan bij primiparae. Voorzover kunstmatige vliesbreuk werd toegepast, gebeurde dit in ruim 70 procent van de gevallen bij een ontsluiting van acht of meer cm en slechts in acht tot negen procent bij een ontsluiting van minder dan zes cm.

Men krijgt de indruk dat bij bevallingen, waarbij op het moment van de geboorte uitsluitend de gynaecoloog aanwezig is, de vliezen relatief vaak spontaan breken. Indien zij echter kunstmatig zijn gebroken, is dit relatief vaak bij een geringe ontsluiting gebeurd en wel met het doel de bevalling kunstmatig in te leiden.

Vroeg kunstmatig breken (bij minder dan zes cm ontsluiting) werd in de stad vaker gevonden dan op het platteland; de oudere arts breekt de vliezen vroeger dan zijn jongere col-

Tabel 8. Percentage gebroken vliezen naar verloskundige praktijkgrootte en ontsluitingsgraad. Gestandaardiseerd naar pariteit van de vrouw, leeftijd van de arts en afstand tot het ziekenhuis. Huisarts bij de geboorte aanwezig.

| Ontsluiting | Verloskundige praktijkgrootte uitgedrukt in aantal bevallingen per jaar | | |
|-----------------|---|-------|------------|
| | tot 29 | 30-59 | 60 en meer |
| < 6 cm | 9,3 | 6,9 | 10,7 |
| 6— 8 cm | 17,9 | 21,4 | 18,8 |
| 8—10 cm | 72,9 | 71,7 | 70,6 |

lega. Artsen met een kleine verloskundige praktijk nemen in het algemeen een meer afwachterende houding aan dan collegae met een grotere verloskundige ervaring.

Summary. Rupture of the membranes; individual differences in the medical attitude. (Chapter from the 1958 annual study of the Netherlands Society of General Practitioners). It was found that membranes were artificially ruptured in about 50 per cent of parturients (at a higher rate in multiparae than in primiparae). In some 70 per cent of cases of artificial rupture, the membranes were ruptured at 8 cm. dilatation or more; this was done in only 8-9 per cent at less than 6 cm. dilatation. The impression is that spontaneous rupture of membranes is relatively frequent in cases attended only by the gynaecologist at the time of birth; if artificially ruptured, however, this was relatively often done at little dilatation, with the object of inducing labour. Early artificial rupture (at less than 6 cm. dilatation) is more frequent in urban than in rural areas; the older physician ruptures the membranes earlier than his younger colleague. Physicians with a small obstetric practice generally tend to a more expectant attitude than their colleagues with more extensive obstetric experience.

Enige opmerkingen over gesprekstechniek bij seksuele problemen

DOOR DR. J. A. WEIJEL, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

Alvorens op de problematiek van het praten met patiënten over seksuele onderwerpen in te gaan, zullen wij ons in het kort bezighouden met het taalgebruik. Bij geen der onderwerpen, welke men als medicus met zijn patiënten bespreekt, wordt men zich zo bewust dat het communicatiemiddel, de taal, zelf een probleem vormt.

Het „algemeen medisch beschaafd”. Het blijkt dat onze spreektaal ons in de steek laat wanneer wij in het gesprek met onze patiënten lichaamsdelen en lichaamsfuncties moeten aanduiden, welke behoren tot de genitalia of tot het distale einde van de tractus digestivus. Wij beschikken voor deze onderwerpen nauwelijks over neutrale woorden zoals arm of been en eten of slapen. Het gunstigst komen er de vrouwelijke genitalia af; eierstok, eileider en baarmoeder hebben de neutrale gevoelswaarde van elk ander zelfstandig naamwoord. Men zal echter de woorden „baarmoeder” en „schaamlippen” tevergeefs zoeken in de uitgave van 1956 van Van Dale's

Nieuw Handwoordenboek der Nederlandse taal. In deze druk staan voor het woord „schede” twee betekenissen vermeld, niet echter die van vagina. *

Wat de mannelijke genitalia betreft: „bal” voor testis bevindt zich in dezelfde groep als „baarmoeder” en „schede”. Het Nederlandse equivalent voor scrotum, alhoewel veelvuldig gebruikt, is echter met een odium belast omdat het als scheldwoord dient. Desondanks weten wij wat wordt bedoeld als wij of onze patiënten deze woorden gebruiken. Maar als een man klaagt over zijn mannelijkheid, bedoelt hij niet zijn „mannelijke leeftijd” of „flinkheid als van een man” zoals Van Dale vertelt, maar zijn penis.

Endeldarm is een neutrale aanduiding, maar in het medische spraakgebruik is het goed Nederlandse woord „aars” voor de opening, reeds vervangen door anus. Voor de ontledigingsfunctie beschikken wij niet over een gangbaar actief werkwoord; alle

* In van Dale: Groot Woordenboek der Nederlandse taal van 1961 komen deze woorden wel voor.

daarvoor gebruikelijk woorden neigen naar het vulgaire of naar het woordgebruik in de moderne literatuur. Het feit dat wij voor defaeceren en coïteren gebruik moeten maken van samengestelde werkwoorden zoals ontlasting hebben of krijgen, samenleving hebben of meer uitvoerige omschrijvingen, wijst wel op het enorme taboe dat op de cloacale functies rust. Voor urine en urineren zijn de woorden water en wateren wel geaccepteerd en ook gebruikelijk, alhoewel niet valt te miskennen dat urine geen water is, en dat het woord water ook voor zweet en tranen wordt gebruikt; het werkwoord wateren wordt overigens al enigszins als „volkstaal” aangevoeld. Wij moeten allen dagelijks ettelijke malen naar het toilet maar wij beschikken over niets anders dan omschrijvingen om zelfs de huisgenoten te doen weten dat wij ons even willen verwijderen.

Het hierboven geschetste verschijnsel dat tussen patiënt en arts moeilijkheden bestaan om in het algemeen beschaafde taalgebruik lichaamsdelen en lichaamsfuncties aan te duiden, wijst er op, hoe sterk datgene wat wij, ook weer verhullend, met „het intieme leven” plegen aan te duiden, uit de bewuste sfeer wordt weggehouden. De vraag doet zich nu voor wat wordt verdrongen. De overvloed van vulgaire benamingen maakt het waarschijnlijk dat het vooral de met deze functies samengaanste lustbeleving is die moet worden afgeweerd. Het aanduiden van de geslachtsorganen wekt onmiddellijk de associatie met lustbelevingen op en daar wij iets dergelijks in het algemene spraakgebruik, en zeker in de situatie met de patiënt moeten vermijden, nemen wij onze toevlucht tot woorden, die neutraal tot deftig of geleerd klinken. Zo vermijden wij ook woorden als naakt en bloot, daar ze prikkelender werken dan het meer neutrale „ontkleed”.

Het is in dit artikel de bedoeling alleen de problematiek van het algemeen medisch beschaafd taalgebruik aan te stippen; op zichzelf zou het echter interessant zijn — ook historisch — na te gaan hoe het instrument van ons gesprek, onze taal, een weerspiegeling is van de diepere problematiek, die op dit gebied heerst.

* * *

Het gesprek over seksuele problemen komt tot stand omdat de patiënt zich tot de arts wendt met een klacht. Deze kan het seksuele gebied direct betreffen. Het is echter ook mogelijk dat pas bij nader onderzoek blijkt dat de oorspronkelijke klacht op dit terrein thuishoort. Dit leidt tot twee vormen van gespreksituatie, die wij als directe en indirecte vorm kunnen onderscheiden.

Het directe gesprek. In het directe gesprek meldt de patiënt een door hemzelf waargenomen en dus bewustgeworden stoornis. Deze bewustwording zal gewoonlijk niet de vorige dag hebben plaatsgevonden; aan het presenteren van de klacht, het moment K volgens Bremer's recente dissertatie, is een min of meer langdurige premedische periode vooraf-

gegaan. Maar bij het formuleren van de klacht is geen verdringing opgetreden van het seksuele aspect, enerzijds omdat dit zelf het concrete probleem is, anderzijds omdat de patiënt, of de patiënten als het een echtpaar is, inzien dat verdringing wel uitstel doch tegelijkertijd voortduren van de narigheid medebrengt.

Een echtpaar, zij 28 jaar, hij 35 jaar oud, wordt door de huisarts gezonden omdat er in de negen jaar dat dit huwelijk bestaat, nog geen immissio penis heeft plaatsgevonden. De vrouw heeft zich met allerlei rationalisaties verzett en de man heeft dit steeds geaccepteerd, totdat een onacceptabele handeling van de vrouw hem, met haar, naar de huisarts doet gaan. De premedische periode duurde hier dus negen jaar.

Het concrete probleem is van seksuele aard; het is bewust, het wordt wel ontweken maar niet gemaskeerd, doch de vrouw weigert er iets aan te laten doen. Het symptoom is gebaseerd op twee dieper liggende problemen: waarom weigert de vrouw de immissie en waarom accepteerde de man dit zo lang?

In een dergelijke concrete situatie, waarbij de angstige, schuchtere vrouw haar problematiek aan een haar onbekende specialist moest voorleggen, kwam van het spontaan vertellen weinig terecht. Er moest gevraagd worden en de arts besefte dan met hoeveel voorzichtigheid hij zijn vragen moet stellen wil hij de patiënte niet nog angstiger maken. Men moet daarbij rekening houden met de taaldifferentiatie welke nu eenmaal bestaat in het onderlinge verkeer der maatschappelijke lagen en met het verschillend taalgebruik in verschillende streken, in de stad en op het platteland. Men kan tegenover eenvoudige mensen geen academische termen gebruiken; soms moet men volkstaaluitdrukkingen bezigen, welke men dus ook moet kennen. Een wat nerveuze jongeman, die binnenkort gaat trouwen, stelt men meer op zijn gemak met het bezigen van de uitdrukking „naar bed gaan” dan met de term coïteren, terwijl de eerstgenoemde uitdrukking volkomen misplaatst is wanneer een oudere heer met een overeenkomstig trouwprobleem zou komen. De jongeman begrijpt dat de dokter, omdat deze de meer populaire uitdrukking gebruikt, net zo'n man is als hijzelf, terwijl de oudere patiënt, die zich toch al vaak schaamt op zijn leeftijd nog te willen coïteren, zich als een losbandige zou voelen getypeerd. In het gebruik van de term „naar bed gaan”* beoefent men zelfs al therapie; door het „lossere” gezegde te gebruiken toont men de jongeman dat hij er terecht met zijn dokter over is komen praten. Hij wordt niet uitgelachen als groen of onhandig, maar hij wordt geaccepteerd. Als er straks in het huwelijk moeilijkheden zouden komen is het niet waarschijnlijk dat de jonge echtelieden uit angst en gêne blijven berusten in een onbevredigende toestand. Zij zullen naar hun huisdokter gaan: met onze dokter kun je gewoon over deze dingen praten. In het hierboven genoemde geval was er echter amper sprake

* Overigens zelf een merkwaardig voorbeeld van een eufemisme door middel van een pars pro toto.

van een gesprek. Als ik iets vroeg kwam als antwoord: „dokter zegt het”, een gesprekscontact werd niet opgebouwd.

Men ziet gewoonlijk dat het gesprek in de directe situatie in drie fasen verloopt. De eerste fase bestaat uit het moeizame begin, waarin de patiënt met allerlei aanloopjes en excuses zijn klacht voor de dokter tracht te formuleren. Hierbij wordt vaak de bekende uitdrukking „met permissie” gebruikt, ter aanduiding dat de patiënt zijn woorden of het onderwerp vrij onwelvoeglijk vindt, maar toestemming vraagt er toch over te spreken.

De tweede is de middenfase, waarin de arts nadere gegevens moet pogen te verkrijgen en de door de patiënt gebruikte formuleringen medisch moet omzetten in een ziektebeeld, een diagnose. In dit onderzoeksgesprek is de keuze van de woorden reeds van therapeutische waarde en bij het geleidelijk transponeren van lekentaal in dokterstaal maakt men het verschijnsel ook voor de patiënt neutraler. Zeer vaak hebben patiënten met seksuele problemen het gevoel dat zij de enigen zijn die onder zulke rare kwalen gebukt gaan. Blijkt hun klacht voor een deskundige een bekende, zelfs een gewone kwestie te zijn, dan verdwijnt al direct een deel van de spanning.

Het onderzoeksgesprek gaat geleidelijk over in de derde, meer therapeutische fase, waarin men de patiënt in een voor hem begrijpelijke taal een conclusie moet meegeven waarmee hij zijn nut kan doen. Dit laatste pleegt nogal eens tegen te vallen. Wanneer het contact in het gesprek goed schijnt en de patiënt de indruk geeft het te hebben begrepen, blijkt enige zittingen later dat een en ander geheel anders is opgevat dan door de arts werd bedoeld. Dit ligt veelal in de afweer van de seksualiteit zelf, maar soms ook in het gebruik van die woorden, die voor ons artsen wel gebruikelijk zijn, maar die niet tot het vocabulaire van de patiënt behoren.

Wanneer men in de tweede gespreksfase nader informeert naar seksuele gewoonten, moet men zeer omzichtig zijn in zijn woordkeus. Men moet er daarenboven op bedacht zijn dat de patiënt door halve antwoorden te geven de arts in een situatie kan manoeuvreren, waarbij informeren overgaat in al te concreet vragen. Dit is te voorkomen door de patiënt hiermede te confronteren en hem op zijn schaamte te wijzen. Men moet hem dan herinneren aan het feit dat een dokter nu eenmaal veel met deze dingen heeft te maken.

Al hebben wij het nu vooral gehad over de ontoereikendheid van de taal en de schaamte van de patiënt, ook de dokter moet ontspannen zijn en zo vrij tegenover deze materie staan, dat hij bij iedere patiënt of het nu een jong meisje of een oude man is, de juiste toon en de juiste benamingen kan vinden.

Wanneer de arts op seksueel gebied zelf problemen heeft zal hij minder onbevungen staan tegenover de patiënten met eenzelfde problematiek. Dit geldt natuurlijk ook voor problemen op andere ge-

bieden, bijvoorbeeld kinderloosheid, ziekte van hemzelf of van zijn familieleden. Wanneer de arts zelf seksuele problemen heeft, zal hij geneigd zijn zich af te sluiten voor de analoge problemen van zijn patiënten. Deze bemerken spoedig dat hun dokter er nooit op ingaat, zodat zij hem er tenslotte niet meer mee lastig vallen. Dit is geheel overeenkomstig de situatie van het kleine kind dat seksuele vragen stelt, geen of een ontoereikend antwoord krijgt, zich met een kluitje in het riet voelt gestuurd en dan maar het zwijgen er toe doet.

* * *

Dit alles geldt voor psychische problematiek in het algemeen en voor de seksuele in het bijzonder. Alleen een arts die op dit gebied niet door frustaties, eigen problemen of ontoereikende kennis wordt gehinderd, kan onbevungen en onbevooroordeeld zijn patiënten helpen. Aan de opleiding van de arts ontbreekt in dit opzicht voorsnog wel het een en ander. Of de patiënt een seksueel probleem durft te brengen hangt af van de ervaringen, welke hij met zijn arts heeft opgedaan. Kan hij naar hem toegaan, zal de dokter hem niet uitlachen, zal hij het geheim echt bewaren? De patiënt beoordeelt de dokter voordat hij de stap onderneemt, de arts-patiëntrelatie is hierbij van doorslaggevende betekenis.

In de tweede fase van het gesprek kan men het beste rustig zitten luisteren naar wat de patiënt vertelt. Hier is een nog iets grotere passiviteit van de arts nodig dan bij het luisteren naar andere klachten. Men zou er zelfs toe neigen te stellen dat de gesprekstechniek tot doel zou moeten hebben de patiënt steeds helderder te laten formuleren. Dit bereikt men door te vragen of te stipuleren: „U bedoelt dus . . .” De patiënt moet dan recapituleren en preciezer formuleren. Hierbij mag men hem natuurlijk niet door een al te grote passiviteit maar aan laten modderen. Men dient hem nu en dan met een woord of een zinswending te helpen om tot een duidelijker formulering te komen. Vooral bij seksuele problemen moet men ervoor waken geen rigide normen toe te passen voor wat normaal en abnormaal is. Is men te passief in het gesprekscontact dan heeft de patiënt de neiging het zwijgen als een veroordelend zwijgen op te vatten. Is men te actief dan loopt men het gevaar dat men de eigen normen te nadrukkelijk toepast, over de nuanceringen van de patiënt heen loopt en niet doordringt tot wat de seksualiteit in de belevingswereld van de patiënt betekent. Niet wat de seksualiteit is of behoort te zijn moet duidelijk worden, maar: hoe beleeft de patiënt zijn seksuele leven. Hij komt immers omdat de gangbare moraal hem in de steek laat. De moraal kan niet in alle variaties voorzien. De arts is er om uit te leggen, te interpreteren, begrip te kweken, spanningen weg te nemen en op te voeden.

De indirecte situatie. Beslist moeilijker is het wanneer een klacht wordt gepresenteerd, welke

ogenschijnlijk niets met seksualiteit heeft te maken. Wanneer, meestal na verloop van tijd, blijkt dat er belangrijke seksuele problemen zijn, welke vermoedelijk of zeker de oorzaak van het klagen vormen, dan moet de arts het initiatief nemen tot een diepergaand gesprek. In een dergelijke situatie zijn dus meer fasen te onderscheiden. Eerst wordt door de patiënt in de premedische periode onbewust een geheel andere procedure gevolgd. Er vindt conversie plaats van de eigenlijke klacht: in plaats van met het seksuele probleem komt de patiënt met klachten over hoofdpijn of rugpijn of met klachten op gynaecologisch gebied. Dergelijke klachten eisen een nauwkeurig onderzoek, waarbij de patiënt dus langdurig in contact staat met zijn arts, voor uitslag van het onderzoek weer moet terugkomen, enzovoort.

Het doel van het klagen is tweërlei: het opheffen van de klacht, want ook een geconverteerde klacht wordt als onaangenaam gevoeld, en een specifieke aanleiding om contact te hebben met de arts, teneinde deze de kans te geven het werkelijke probleem te ontdekken. Niet de patiënt moet het formuleren, doch de dokter. „Dokter zegt het”. Deze taak kan men niet uit de weg gaan; de arts moet spreken waar de patiënt zwijgt. Hij moet formuleren wat de patiënt niet tot uitdrukking heeft kunnen brengen. Dit is dus een geheel andere gespreksituatie. Er is een dubbele vertaalmoeilijkheid. Eerst moet de oneigenlijke klacht worden herleid tot de eigenlijke en daarna is er de reeds geschetste gespreksmoeilijkheid omdat patiënt en dokter de voor dit doel slecht bewerkte taal moeten hanteren. Ik wees er reeds op dat ondanks een gunstige gespreksituatie de patiënt onbewust maar toch sterk er toe neigt de bedoelingen en de woorden van de arts fout te interpreteren; in de tweede gespreksituatie komt daarenboven nog de neiging de oneigenlijke klacht steeds weer naar voren te schuiven: de afweer met het symptoom.

* * *

Voor de seksuele problematiek geldt nog meer dan voor andere psychische problemen, dat de behandeling van de weerstand subtiel moet geschieden. Dit kan alleen wanneer de arts minder weerstand, minder neiging tot verdringing heeft dan de patiënt; dit is de kern van de problematiek van deze gespreksituaties. De arts moet deskundig zijn op het gebied van de seksuele problematiek, welke hem wordt gepresenteerd. Deze deskundigheid kan hij verwerven door het lezen van boeken. Maar hij moet ook onbevangen over deze materie kunnen spreken en dat leert hij allerminst uit boeken. Hiertoe moet hij tijdens de opleiding bekend worden gemaakt met de verschillende klachten, symptomen en ziektebeelden, welke patiënten hem kunnen presenteren op zijn spreekuur. Dit kan hem bij de psychiatrie, de medische psychologie en bij de gynaecologie worden geleerd. Deze onbevangenheid tegenover het seksuele kan een arts verkrijgen tijdens zijn opvoe-

ding en als deze tekort schiet, door de wijze waarop zijn leermeesters hem de betreffende stof bijbrengen. Verder heeft recente ervaring geleerd dat groepsbesprekingen de bevangenheid tegenover vele psychologische en zeer zeker seksuologische problemen van de dagelijkse praktijk sterk doen verminderen.

Het is echter niet alleen de weerstand welke men moet opmerken en behandelen, waarbij moraliseren zorgvuldig moet worden vermeden. Men moet in de gesprekken over seksualiteit ook vermijden alles wat met seksualiteit te maken heeft als „gewoon” te typeren. Er is door de opstand tegen het taboe op de seksualiteit een neiging geweest om al het seksuele nu maar als even openbaar en natuurlijk voor te stellen als eten en drinken. Dit is beslist niet juist: het seksuele leven is wel natuurlijk, maar niet openbaar. Het blijft behoren tot het zeer persoonlijke, intieme leven van twee mensen. Als het hun aan techniek ontbreekt, kunnen en moeten wij hen adequaat voorlichten, maar seksualiteit is meer dan techniek alleen. Het gaat ook om de liefdesverhouding tussen twee mensen, dus om een psychologisch fenomeen.

Ook de geestelijke omgang tussen twee echtelieden eist een zekere techniek. Om slechts één aspect te noemen: na een aantal huwelijksjaren ziet men het gesprek tussen de echtelieden verdorren, de vrouw heeft het druk met de kleine kinderen, de man is bezig zich een carrière op te bouwen. Dan is het de taak van de medicus het gesprek van de echtelieden weer op gang te brengen. Hierbij moet men het initiatief niet aan de echtelieden ontnemen. Men kan het beste één partner uitvoerig zowel over de lichamelijke als over de geestelijke aspecten instrueren en hem of haar dan adviseren dit zelf uit te werken of het zojuist gevoerde gesprek met zijn of haar partner door te praten. Psychiaters geven er de voorkeur aan met één partner te spreken. Het zal in de huisartspraktijk niet altijd mogelijk zijn deze regel te volgen. Het praten met twee partijen over hun gemeenschappelijke probleem schept voor de arts echter een dubbele loyaliteit. Men raakt gauw verstrikt in de rationalisaties van beide partijen zodat men gaat mee-ageren. Om dit te voorkomen en de intimiteit van het gevoelsleven zoveel mogelijk te handhaven, verdient een gesprek met één partner de voorkeur.

Vrouwen vinden het onaangenaam over hun seksuele leven met de arts te praten, omdat praten sterk geassocieerd is met doen. Men helpt de patiënte dan door dit zelf in het begin van het gesprek in te vlechten: „het is vervelend met een andere man over deze dingen te praten, het lijkt wel of men roddelt over z'n echtgenoot”. Zo formuleert de arts wat de patiënte voelt. Als de man later ook voor een gesprek komt kan men, eveneens in het begin, een soortgelijke opmerking inlassen.

Een frequent probleem is de jaloezie van de niet aanwezige partner. Ook dit moet worden besproken. Soms is het onvermijdelijk dat men de partner één of zelfs verschillende keren ontvangt. Hierbij her-

haal ik wat reeds hierboven is gezegd: men moet erg oppassen niet te gaan mee-ageren. Men moet voorkomen dat de echtelieden ruzie krijgen over wat zij aan de dokter hebben verteld.

In het algemeen moet men zuinig zijn met raadgevingen. Het gesprek met de arts moet ertoe leiden om binnen de beslotenheid van het huwelijk tot de verwerkelijking van een stuk eigen leven te komen. Indien ons gesprek zo ontspannend werkt dat het echtelijke samenzijn een nieuwe stimulans krijgt, is ons doel bereikt.

* * *

Een zekere bescheidenheid past ons. Het lichamelijke en het geestelijke liefdesleven stoelt op sterke instinctieve impulsen. Freud, zo vertelt Reik, heeft hierover gezegd: in de belangrijke beslissingen in ons persoonlijk leven, moeten wij gestuurd worden door de diepe innerlijke behoeften van onze aard. De patiënt komt niet met de diepe innerlijke behoefte zelf, hij weet deze vaak niet; hij weet veelal niet dat zijn diepste wensen vaak tegenstrijdig zijn aan zijn openlijke gedrag. Hij zou bijvoorbeeld door zijn vrouw bemoederd willen worden of hij zou zijn vrouw geheel willen beheersen als een bezit. Maar hij komt meestal met een klacht welke resulteert uit de aanwezigheid van velerlei krachten, bewuste, half-bewuste en onbewuste, uit verschil-

lende richtingen. De enige doelstelling van ons gesprek is voor de patiënt een nieuwe weg te openen, hem terug te voeren naar het laatste kruispunt waar hij een verkeerde richting is ingeslagen. Hij zal de weg terug, zelf moeten gaan, hij moet zelf er toe komen samen met zijn partner een betere weg te zoeken. Maar het is onze taak het werkelijke probleem gedurende het gesprek voor de patiënt dusdanig te etaleren, dat hij, zijn probleem zelf inziend, het zelf gaat oplossen.

Samenvatting. Na erop te hebben gewezen hoe het beschaafd taalgebruik de arts in de steek laat bij het spreken over de seksualiteit wordt een onderscheid gemaakt hoe seksuele problematiek aan de dokter wordt gepresenteerd: direct als klacht over seksuele dysfunctie of indirect, als achtergrond van een lichamelijke klacht zoals rugpijn of hoofdpijn. De arts moet zelf ontspannen kunnen spreken. Deze ontspanning bereikt hij door kennis van zaken en vrijheid van vooroordeel ten opzichte van andermans en eigen seksuele leven.

Summary. Some remarks on the technique of discussing sexual problems. It is pointed out that civilized usage offers the general practitioner no adequate idiom in discussing sexuality. A distinction is then made according to the manner in which sex problems are presented to the physician: directly, in the form of complaints about sexual dysfunction, or indirectly, as background to a discussion of a physical symptom such as backache, etc. The physician must be able to discuss these things in a relaxed manner. He can achieve this by a good understanding of the subject and freedom of prejudice concerning his patient's and his own sex life.

*Beloop en prognose van reumatische gewrichtsaandoeningen, in hoofdzaak reumatoïde arthritis**

DOOR DR. J. J. DE BLÉCOURT, LECTOR IN DE REUMATOLOGIE TE GRONINGEN

Deze inleiding vormt een soort brug tussen de symptomatologie van de verschillende reumatische gewrichtsziekten en een bespreking van de therapie.

Het is reeds duidelijk geworden dat er zich in de symptomatologie grote variaties voordoen en dat men vaak niet verder kan komen dan een waarschijnlijkheidsdiagnose, waarbij men de differentiële diagnose ten opzichte van verschillende andere ziekten, die een kleiner of groter deel van eenzelfde symptomen-combinatie kunnen tonen, niet uit het oog mag verliezen.

Wanneer wij nu het beloop van de verschillende reumatische gewrichtsaandoeningen nagaan, blijkt dat ook geval voor geval zeer uiteenlopend te kunnen zijn. Wij willen ons in hoofdzaak bepalen tot de reumatoïde arthritis, daarna zullen enkele korte opmerkingen worden gemaakt over acuut reuma, spondylitis ankylopoëtica en arthritis deformans.

In *figuur 1* zijn vier mogelijke beloopsvormen

schematisch aangegeven. De graad van de activiteit van het proces gedurende een bepaalde periode wordt aangegeven door een getrokken lijn. De horizontale stippellijn geeft de grens aan van de klinische activiteit zoals die met onze betrekkelijk grove hulpmiddelen nog kan worden aangetoond. Des te hoger de getrokken lijn zich boven de stippellijn verheft, des te groter is de activiteit van het proces.

Als activiteitssymptomen noemen wij hier onder meer: pijn en zwelling van de gewrichten, temperatuursverhoging, gewrichtsverlies, verhoogde bezinkingssnelheid der rode bloedlichaampjes, anemie en het ontstaan van (nieuwe) noduli.

Naast de activiteit van het ziekteproces gedurende een bepaalde periode is, vooral in verband met de prognose, het al of niet ontstaan van irreversibele destructieve gewrichtsafwijkingen van grote betekenis. In tegenstelling met verschillende andere ziekteverschijnselen kunnen deze destructies zich niet of slechts in zeer geringe mate herstellen.

In het algemeen kan men verwachten dat, naar mate het proces langer in een actieve fase heeft ver-

* Huisartsencursus Reumatische gewrichtsaandoeningen in de praktijk. Boerhaave-cursus, oktober 1962.