

huisarts en wetenschap

maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap



Redactiecommissie: A. Hofmans, voorzitter, Rotterdam; Mevrouw H. G. Frenkel-Tietz, Amsterdam; Dr. K. Gill, Zwammerdam; Dr. H. Lamberts, Rotterdam; S. van der Kooij, Voorschoten en Dr. H. G. M. van der Velden, Nijmegen.

Secretariaat: Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht telefoon 030-516741.

Nederlands Huisartsen Genootschap: Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht, telefoon 030-516741.

Nederlands Huisartsen-Instituut: Mariahoek 4, Utrecht, telefoon 030-319946.

Uitgever: Uitgeverij. Kruij B.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-16241*; postgiro 142554.

Advertenties: In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend aan de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie en kunnen zonder opgaaf van reden worden geweigerd.

Abonnementen: f 36,— + f 1,44 btw = f 37,44 per jaar; voor studenten f 18,— + f 0,72 btw = f 18,72; voor het buitenland f 38,—; losse nummers f 3,60 + f 0,14 btw = f 3,74.

Adreswijziging: Leden van het N.H.G. uitsluitend aan Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht. Niet-leden aan Uitg. mij. Kruij B.V., Bussum.

Druk: Verweij, Mijdrecht, telefoon 02979-1251*.

17de JAARGANG
No. 3 - MAART 1974

Inhoud:	blz.
G. J. Bremer: Kinderloosheid in de huisartspraktijk	85
C. P. Schouwstra: Groepswork met adipositas-patiënten	93
M. Saan: Ervaringen met Depo-Provera (prikipil) in een huisartspraktijk gedurende 1542 vrouwenmaanden	96
P. H. J. M. Heydendaal, F. J. A.	

Huygen en J. M. G. Persoon: Onderzoekingen rond een pseudo-groepspraktijk (IV)	99
P. J. Schiethart: De wegwerpwerker	106
J. P. C. Moors: Anticonceptie en kleine seksuologie	110
Referaten	113
Boekbesprekingen	114
Nota bene	115
Nascholing door middel van multiple choice vragen	115
Literatuurinformatie	116
Berichten	116
Doorlopende agenda	119
N.H.I.-rubriek	120
Jaarverslag 1973 Commissie Praktijkvoering	122
Samenstelling N.H.G.-bestuur, commissies, studiegroepen en centra in 1974	123
Aanvullende ledenlijst	127
Prijzlijst N.H.G.-uitgaven	128
Naaldbanden „huisarts en wetenschap” 1974	128

Kinderloosheid in de huisartspraktijk

DOOR DR. G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP

Wie geen lieve kinders heeft, weet voorwaar niet dat hij leeft.

Jacob Cats

„’t Is maar beter stille dingen stil te laten.”

A. Roland Holst

bestudeerd. Mij is slechts het artikel van *Jensen* bekend*. Kinderloosheid is niet alleen medisch-psychologisch een interessant thema, ook de menselijke problematiek die bij kinderloze echtparen wordt aangetroffen verdient de volle aandacht van de

huisarts. Deze heeft bij kinderloze echtparen een duidelijke taak.

TERMINOLOGIE

Plate en Hellinga beginnen hun boekje „Het onvruchtbare huwelijk” met enkele definities. Zij noemen een huwelijk, waarin geen conceptie tot stand komt, een onvruchtbaar of steriel huwelijk. In een kinderloos huwelijk kan de vrouw wel zwanger zijn geweest maar de graviditeit(en)

INLEIDING

Het is merkwaardig dat het probleem van de kinderloosheid in het huwelijk door huisartsen zo weinig is

* Noot bij de correctie. Na het schrijven van dit artikel, publiceerde Huygen in dit tijdschrift: Het kinderloze huwelijk gezien door een huisarts: zes lessen - (1973) huisarts en wetenschap 16, 449-456.

eindigde(n) in een geboorte van een niet levensvatbare vrucht.

Deze definities zijn ontstaan in de kliniek. Past men ze toe op een populatie buiten een bekend patiëntenbestand dan blijkt dat de zaak ingewikkelder ligt. Wat bijvoorbeeld te denken van een huwelijk dat werd voltrokken nadat de vrouw het climacterium had bereikt? Is dit een steriel huwelijk? Bovendien zal men de tijdsduur erbij moeten betrekken: hoelang moet een huwelijksrelatie bestaan voor men kan spreken van een steriel huwelijk? De term „onvruchtbaar” of „steriel” huwelijk is bovendien niet bepaald een tactisch en vriendelijk gekozen benaming.

Het woord onvruchtbaar heeft bij Van Dale vijf betekenissen: 1. weinig of geen vruchten voortbrengend: een onvrucht-

Samenvatting. Bij het vermelden van de frequentie van kinderloosheid in een populatie dient men tevens op te geven op welke wijze men tot deze frequentie is gekomen.

In onze maatschappij wordt weinig rekening gehouden met kinderloze echtparen.

Bij het vermelden van de verschillende oorzaken van kinderloosheid in een populatie dient men tevens op te geven op welke wijze het onderzoek heeft plaatsgevonden.

Het probleem kinderloosheid kan door patiënten op verschillende wijze aan de huisarts worden gepresenteerd.

Op de patiëntenkaart van de vrouw dient haar huwelijksdatum te worden vermeld.

Echtscheidingen komen in kinderloze huwelijken meer voor dan in huwelijken met kinderen. Dit zegt niets over de kwaliteit van kinderloze huwelijken.

De arts moet weten dat kinderloosheid op een bepaalde procesmatige wijze kan worden verwerkt.

Het onderzoek wegens kinderloosheid dient in de huisartspraktijk volgens een bepaald schema te verlopen.

De huisarts moet enige literatuur betreffende het kinderloze huwelijk als voorlichtingsmateriaal voor zijn patiënten ter beschikking hebben.

Aan het verwijzen van echtparen wegens kinderloosheid dienen bepaalde eisen te worden gesteld.

De huisarts moet de problemen kennen die zich kunnen voordoen bij adoptie en kunstmatige inseminatie.

bare landstreek; 2. niet voortbrengende wat het in de regel voortbrengt, loos: een onvruchtbare stengel; 3. ongeschikt, niet in staat tot voortplanting, steriel, infertiel: Sara was onvruchtbaar, zij had geen kind, Genesis 11:30; 4. niet baten, ijdel: een onvruchtbare discussie; 5. niet veel voortbrengend: een onvruchtbaar of steriel krijgt daardoor iets van vruchteloos, dat is „vergeefs” of „tevergeefs”.

FREQUENTIE

Een slechte definiëring van de gebruikte begrippen, maar vooral de moeilijkheid ook goed omschreven termen in de praktijk toe te passen, doet soms „onvruchtbare” discussies ontstaan omtrent vóórkomen van de verschillende vormen van kinderloosheid. Zo vermelden *Plate en Hellinga*: „De frequentie van het steriele huwelijk wordt zeer verschillend opgegeven en varieert in de gepubliceerde statistieken tussen 6 en 20 procent”. Zij verwijzen hierbij naar de dissertatie van *Kok*.

Op mijn verzoek aan het Centraal Bureau voor de Statistiek om inlichtingen betreffende kinderloosheid kreeg ik het volgende antwoord: „Blijkens de uitkomsten van de Volkstelling 1960 was rond 17 procent van de destijds aanwezige huwelijken kinderloos. Voor eerste huwelijken bedroeg dit percentage 13,9 en voor niet eerste huwelijken 50. Uiteraard geven deze percentages slechts een samenvattend beeld van de kinderloosheid. De hoogte ervan is onder andere mede bepaald door het feit dat een deel van de gestelde huwelijken slechts korte tijd heeft bestaan en om deze reden nog geen kinderen ter wereld had gebracht. Schakelen wij deze invloed uit dan blijkt, dat voor de eerste huwelijken, die in 1960 reeds 10 jaar of langer bestaan hebben, het percentage kinderloze huwelijken schommelt rond 10” (*Centraal Bureau voor de Statistiek*).

Sterk uiteenlopende percentages worden gevonden wanneer bij de bepaling daarvan de uitgangspunten verschillen. Zo is het gevonden percentage steriele huwelijken afhanke-

lijk van: 1. de definities van de termen die men gebruikt; 2. de populatie die men onderzoekt; 3. de wijze waarop de gegevens worden verkregen; 4. de bronnen waaruit de gegevens worden geput; 5. de persoon die het onderzoek verricht.

Ad 1. Hoe moeilijk het is een sluitende en toepasbare definitie te geven blijkt uit het volgende: In onze praktijk* is nagegaan hoeveel kinderloze echtparen als patiënt zijn ingeschreven. Het bleek dat op 1 januari 1969 in 210 gevallen één man en één vrouw in een huwelijksrelatie bij elkaar woonden. Hiervan behoorden 82 echtparen tot de zogenaamde familiale restgroep: de kinderen hadden bij deze oudere echtparen de ouderlijke woning verlaten. Geen kinderen hadden 13 echtparen omdat het huwelijk was voltrokken na het climacterium van de vrouw. Tenslotte waren 115 echtparen „kinderloos”.

Bij nadere analyse van deze groep bleek onder andere dat sommige echtparen zó kort waren gehuwd dat dit de kinderloosheid kon verklaren, dat sommige vrouwen zwanger waren, dat vrij veel echtparen, ondanks een reeds jaren bestaand huwelijk, nog steeds anticonceptie toepasten.

Bijna vijf jaar later, op 1 augustus 1973, bleek dat van deze 115 kinderloze echtparen 18 echtparen naar elders waren vertrokken, 52 echtparen één of meer kinderen hadden en 45 echtparen nog steeds kinderloos waren. Van deze 45 kinderloze echtparen hadden zes vrouwen totaal elf mislukte zwangerschappen doorgemaakt. Volgens de definitie van *Plate en Hellinga* was er dus bij 39 echtparen sprake van steriliteit. Voor zover mijn informatie dat toeliet geloof ik te mogen zeggen dat deze „steriliteit” vijfmaal gewenst was.

Men kan de kinderloosheid ook op een andere wijze kwantificeren. *Van Hall* schrijft: „Binnen twee maanden blijkt 60 procent van de vrouwen

* Tot 1 januari 1971 werkte ik alleen in deze praktijk, na die datum samen met H. J. W. Brinkman.

zwanger geworden te zijn, na één jaar 90 procent. In de loop van het tweede jaar ontstaat nog slechts een zwangerschap bij 10 procent van de resterende vrouwen, een totale toename dus van 1 procent. Op grond van deze gegevens wordt algemeen aangenomen dat de frequentie van onvruchtbaarheid ongeveer 10 procent is”.

Gerekend is hierbij de tijd na de huwelijksluiting en bij „regelmatige onbeschermd coïtus”. Deze laatste uitspraak, bij „regelmatige onbeschermd coïtus”, wil zeggen dat het „materiaal”, waarbij de observaties zijn verricht, geselecteerd is omdat in een ongeselecteerde populatie nimmer aan deze voorwaarde is voldaan. Bovendien berusten deze waarnemingen op retrospectief onderzoek, gedaan in een bepaalde tijd en bij een bepaalde populatie. Tegenwoordig, zo is mijn indruk, stellen zeer veel echtparen de geboorte van hun eerste kind veel langer uit.

Voor zover mij bekend is in Nederland een prospectief onderzoek nimmer verricht, bijvoorbeeld een onderzoek dat een antwoord tracht te geven op de vraag met welke voortplantingsproblemen de huisarts wordt geconfronteerd bij echtparen vanaf hun eerste huwelijksdag.

Schaepman-van Geuns geeft weer andere getallen: „De kans op zwangerschap daalt vanaf het 25ste jaar geleidelijk en na het 40ste jaar meer. De kans op een kinderloos huwelijk is voor een vrouw tussen 20 en 24 jaar ongeveer 6 procent, voor een vrouw tussen 35 en 39 jaar 31 procent:

Ad 2. Het gevonden percentage steriele huwelijken is eveneens afhankelijk van de onderzochte populatie. Om slechts enkele voorbeelden te geven: In een bevolkingsgroep, waarin een gedwongen huwelijk de gewoonste zaak ter wereld is, zal het percentage kinderloze huwelijken veel lager zijn dan in een bevolkingsgroep waar een gedwongen huwelijk relatief zeldzaam is. Waarschijnlijk hiermee samenhangend blijkt de frequentie van kinderloosheid uiteen te lopen

bij populaties met verschillende godsdienstige overtuiging. Ook bestaat er een duidelijke samenhang met het beroep van de echtgenoot. Zo is bijvoorbeeld het percentage kinderloze huwelijken bij administratief personeel veel hoger dan bij grondwerkers (*Schellen*).

Ad 3. Ook de wijze waarop de gegevens worden verkregen bepaalt de hoogte van het gevonden percentage steriele huwelijken. Een schriftelijke enquête met een betrekkelijke geringe respons zal andere gegevens opleveren dan een door een vertrouwd persoon afgenomen persoonlijk interview.

Ad 4. Ook de bronnen waaruit de gegevens worden geput bepalen de gevonden uitkomsten. Men kan bijvoorbeeld zijn gegevens ontleen aan schriftelijke enquêtes of interviews dan wel aan een onderzoek van een bevolkingsregister. In dit laatste geval komt bijvoorbeeld een groot aantal niet voldragen zwangerschappen niet aan het licht.

Ad 5. Tenslotte is ook de persoon die het onderzoek verricht van invloed op de gevonden uitkomst. Het probleem van de kinderloosheid, een probleem waar zoveel strikt persoonlijke en intieme zaken bij ter sprake komen, wordt uiteraard met een huisarts anders besproken dan met een onbekende enquêteur van een damesweekblad.

Rekening houdend met al deze verschillende omstandigheden is het geen wonder dat de percentages, waarmee de frequentie van steriele huwelijken wordt aangegeven, zo uiteenlopen. Het zal bovendien duidelijk zijn geworden dat het geen zin heeft een percentage op te geven als daarbij niet tevens wordt vermeld op welke wijze men tot deze uitkomst is gekomen.

Op 1 augustus 1973 waren in onze praktijk 45 echtparen — gehuwd in de vruchtbare periode van de vrouw — nog kinderloos na een huwelijksduur van tenminste 4½ jaar. Vijf van

deze echtparen waren gehuwd op een tijdstip dat de vrouw 35 jaar of ouder was. Bij navraag bleek dat van deze huwelijken er drie gewenst kinderloos zijn gebleven. Van de 40 andere huwelijken was mij dat van twee echtparen bekend. Totaal gaat het dus om 40 blijvend ongewenst kinderloze echtparen op een praktijkbevolking van 4200 mensen. Voor geheel Nederland zou dat neerkomen op ongeveer 130.000 echtparen die ongewenst kinderloos blijven.

KINDERLOOSHEID EN DE MAATSCHAPPIJ

Met deze toch niet kleine groep wordt fiscaal en in ander opzicht weinig rekening gehouden. Het kinderloze echtpaar valt in een hoog belastingtarief en de nalatenschap wordt wegens het ontbreken van directe nakomelingen zwaar belast met successierechten. Ook bij de toewijzing van huizen komen kinderloze echtparen achteraan: echtparen met kinderen hebben vaak voorrang. De kerken houden eveneens met hen weinig rekening. Zo wordt in de *Katechismus* de kinderloosheid niet ter sprake gebracht, integendeel, men gaat ervan uit dat er kinderen komen. Het desbetreffende hoofdstuk heet dan ook: „Gezin en huwelijk”, in plaats van omgekeerd!

In een *Gezondgezin*-pamflet staat: „Het zou goed zijn als geestelijken bepaalde standaard-uitdrukkingen bij doopbedieningen en gezinsdiensten kritisch wilden bezien op hun mogelijke kwetsende inhoud jegens kinderlozen. Meer pastorale aandacht juist voor kinderlozen is geen luxe. Kerkgaande kinderlozen onttrekken zich niet zelden aan doopdiensten of zitten bij voorkeur achteraan”.

Vooral tegenwoordig, nu de gehele wereldbevolking wordt voorgehouden geboorten te beperken, wordt kinderloosheid vaak beschouwd als een door het echtpaar gewenste toestand. Dit geeft in gesprekken soms aanleiding tot pijnlijke misverstanden.

Wat een onvruchtbaar huwelijk voor mensen in een andere cultuur

kan betekenen beschrijft *Meuwissen* in zijn dissertatie: *Huwelijks-onvruchtbaarheid, een onderzoek in Ghana* (1965): „Steriliteit is de meest afschuwelijke ramp die een echtpaar kan overkomen. De kinderloze man en nog meer de kinderloze vrouw worden niet bejegend met medelijden, maar met hoon en beledigingen. Zij worden bespot en uitgelachen. Zij hebben niemand om hen een handje te helpen. Niemand zal hun zetel naar een openbare bijeenkomst dragen; zij zullen zelfs geen uitnodiging ontvangen eraan deel te nemen. Naar hun mening wordt niet gevraagd. Zij genieten geen respect, noch van de kant van hun familie noch van de dorpsgemeenschap; zij worden door jong en oud geminacht. Suïcide schijnt meermalen het einde te zijn van deze vorm van „uitstoting”.

DE OORZAAK

Ook betreffende de oorzaken van kinderloosheid, respectievelijk steriliteit, vindt men zeer uiteenlopende gegevens. Dit behoeft niemand te verwonderen. Vrijwel alle onderzoeken gaan uit van polikliniek- of ziekenhuispopulaties: per definitie een geselecteerde groep. Om slechts een voorbeeld te geven: wanneer de verwijzende huisartsen hun patiënten zelf zo volledig mogelijk onderzoeken zullen specialisten tot geheel andere conclusies komen dan wanneer de huisartsen zonder meer „alles” verwijzen. Reeds het „materiaal” dat geneeskundige hulp inroept is al een selectie (*Bierkens*).

Van de in onze praktijk voorkomende 45 kinderloze echtparen waren vijf echtparen (vrijwel zeker) gewenst kinderloos; deze echtparen waren dan ook nooit medisch onderzocht om een oorzaak van hun kinderloosheid op te sporen; 21 echtparen nooit medisch onderzocht, althans dit was ons niet bekend; 19 echtparen uitvoerig onderzocht; bij acht echtparen was er geen oorzaak voor de kinderloosheid ge-

vonden; bij zeven echtparen lag de oorzaak bij de vrouw en bij vier echtparen lag de oorzaak bij de man.

Het gaat mij er bij deze getallen niet om de diverse oorzaken tegen elkaar af te wegen doch duidelijk te maken dat een klassificatie van de oorzaken in de werkelijkheid veel moeilijker is dan op papier. Het komt erop neer dat slechts bij 11 van 45 kinderloze echtparen de oorzaak van de kinderloosheid duidelijk vaststond.

Omdat men vroeger bepaalde vooroordelen had werd de man als mogelijke oorzaak van de kinderloosheid maar vergeten. Tegenwoordig wordt, bij onvoldoende gegevens, „de gulden middenweg” gekozen: in een-derde van de gevallen ligt de oorzaak bij de man, in een-derde bij de vrouw en in een-derde bij beide partners (*Van Hall*). Systematisch onderzoek van de man vond vóór 1950 zelden plaats. Publikaties van oudere datum zijn dus — wat betreft kwantitatieve gegevens over de oorzaak van kinderloosheid — weinig betrouwbaar (*Van Luyn*).

DE PRESENTATIE IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Het probleem kinderloosheid kan in de huisartspraktijk op verschillende wijze worden gepresenteerd. In de eerste plaats kan een echtpaar het probleem zonder meer aan de huisarts voorleggen. In de meeste gevallen komt de vrouw het eerst, soms komen man en vrouw samen. Deze directe presentatie vindt uiteraard plaats nadat de echtelieden al geruime tijd geslachtsgemeenschap hebben gehad. Meestal hebben zij ook al iets over hun probleem gelezen, neemt de vrouw een menstruatiekalender mee of vertellen zij dat zij al enige tijd tevergeefs geslachtsgemeenschap hebben gehad in de „vruchtbare periode”. Met andere woorden: er heeft ook hier een premedische periode bestaan die sterk in duur kan uiteenlopen. Daarom geloof ik dat de huisarts geen strak schema moet hanteren wat betreft het begin van de behandeling

van de kinderloosheid. *Plate en Hellinga* schrijven: „In ons land wordt algemeen aanvaard, dat men pas tot therapie van een steriel huwelijk overgaat als normaal geslachtsverkeer (zonder anticonceptie) heeft plaatsgehad: gedurende 3 jaar, indien de vrouw jonger is dan 30 jaar; gedurende 2 jaar, indien de vrouw ouder is dan 30 jaar”.

In de tweede plaats kan het probleem kinderloosheid in gecamoufleerde vorm worden gepresenteerd. Bij sommige mensen zijn de remmingen zodanig, dat een directe presentatie tot de onmogelijkheden behoort. In deze gevallen wordt, al of niet bewust, een andere klacht geuit in de hoop dat de arts uit zichzelf het werkelijke probleem ter sprake zal brengen (het maskersymptoom; *Bremer 1 - 1960*). De kinderloosheid kan zich dan presenteren in de vorm van hoofdpijn, buikpijn, rugklachten, enzovoort.

Voor de huisarts is het niet zo moeilijk het gecamoufleerd gepresenteerde probleem op het spoor te komen. Vrijwel altijd gaat het om jonggehuwden en veel jonggehuwden hebben hun problemen op het gebied van de contraceptie. Deze problematiek ligt als gespreksonderwerp veel minder in een taboesfeer dan vroeger. Via het contraceptieprobleem naar het probleem van de ongewenste kinderloosheid: het is slechts één stap!

Als geheugensteuntje is het raadzaam altijd op de patiëntenkaart van de vrouw de huwelijksdatum te noteren. Enkele voorzichtige vragen: „Hoelang bent u nu getrouwd?” of „Hoelang gebruikt u nu al de pil?” brengen het werkelijke probleem soms al aan de oppervlakte.

In de derde plaats kan het probleem kinderloosheid als moeilijkheid op seksueel gebied — vaginisme en impotentie — worden gepresenteerd.

Zoals reeds is geschreven waren er op 1 januari 1969 in totaal 115 kinderloze echtparen in onze praktijk. Op 1 augustus 1973 waren 18 echtparen naar elders vertrokken. Van de 45 echtparen, die op laatstgenoemde datum nog kinderloos

waren, hadden er vijf mij geconsulteerd over seksuologische moeilijkheden, van de 52 echtparen die op die datum wel één of meer kinderen bezaten waren er zeven met dergelijke moeilijkheden bij mij geweest. De drie belangrijkste moeilijkheden waren: vaginisme (5 keer), impotentie (4 keer) en fimosis (2 keer).

Het is niet zo wonderlijk dat kinderloze echtparen vooral vaginisme en impotentie presenteerden, want juist deze moeilijkheden verhinderen de coïtus en dus de bevruchting. Het is geen uitzondering als een echtpaar de huisarts pas consulteert na een jaren bestaand vaginisme waardoor al die tijd nog nooit een normale coïtus heeft plaatsgevonden. Het is duidelijk dat bij deze echtparen niet alleen de vrouw de „schuldige” is (*Musaph*).

Tenslotte komt het voor dat het probleem van de kinderloosheid nimmer aan de arts als zodanig wordt gepresenteerd. Dat dit, ook tegenwoordig, lang niet zeldzaam is moge onder andere blijken uit de publicatie van *Bierkens*. Van de 155 kinderloze echtparen, die zijn enquête invulden, had 32 procent zich nooit tot een arts gewend. In onze praktijk waren van de 45 kinderloze echtparen er 26 nooit met dit probleem bij de huisarts geweest. Een verdere differentiatie binnen deze groep is niet goed mogelijk. Vijf echtparen waren — waarschijnlijk — gewenst kinderloos. Ongetwijfeld bevinden zich in deze groep van 45 echtparen verschillende „virgin women” (*Musaph*).

Een enkele maal heb ik getracht bij sommige van deze echtparen het probleem van de kinderloosheid voorzichtig ter sprake te brengen. Vaak stootte ik hierbij op sterke afweer. Sommige oudere mensen gaven als verklaring dat het vroeger niet zo de gewoonte was bij kinderloosheid een arts te consulteren. Het werd blijkbaar niet als een médisch probleem ervaren.

KINDERLOZE ECHTPAREN EN HUN OMGEVING

In een cultuur, waarin kinderen ter

wereld brengen als belangrijkste functie van de vrouw wordt beschouwd, zal een echtpaar de kinderloosheid anders ervaren dan in een, waarin dat veel minder uitgesproken het geval is. Hoe ook, ongewenste kinderloosheid zal vrijwel altijd en overal als een ernstige insufficiëntie worden ervaren.

In het Oude Testament kan Sara haar aanvankelijke kinderloosheid moeilijk verwerken (Genesis 15 en 16). Rachel, de vrouw van Jakob, zegt tegen haar echtgenoot: geef mij kinderen; zo niet, dan sterf ik (Genesis 30:1). Als zij tenslotte zwanger wordt zegt zij: God heeft mijn smaad weggenomen (Genesis 30:22). Ook nu nog wordt kinderloosheid, het „grote verdriet” als smaad beleefd, dat is — zie van Dale — een bejegening die iemands eer, goede naam of aanzien aantast (*Gezond Gezin*, 1972).

Het heeft op deze plaats geen zin de wijze, waarop kinderloosheid door echtparen kan worden beleefd, uitvoerig te beschrijven. Er is op dit gebied, zoals *Bierkens* schrijft, weinig onderzoek verricht.

In het algemeen heeft de omgeving met een kinderloos echtpaar weinig medegevoel. Integendeel, deze echtparen worden soms cru bejegend en zijn nogal eens het mikpunt van spot. Tijdens verjaardagen, trouwerijen of doopplechtigheden wordt door familie tactloos informatie ingewonnen. „Nog steeds niet gelukt, Piet?”. De echtgenoot wordt dikwijls zonder meer als impotent beschouwd.

HET HUWELIJK VAN KINDERLOZE ECHTPAREN

De kinderloosheid beïnvloedt uiteraard ook de onderlinge relatie tussen de echtelieden. Echtscheiding vindt ongeveer tweemaal zo frequent plaats bij kinderloze huwelijken als bij huwelijken waar kinderen zijn. Hiervoor noemt *Nevejan* de volgende factoren: „Ten eerste vindt echtscheiding vooral plaats in de beginjaren van het huwelijk, ten tweede valt het besluit tot echtscheiding lichter en ten derde kan kinderloos-

heid op zichzelf al een reden zijn om te gaan scheiden”. Het is echter niet juist om hieruit af te leiden dat kinderloze huwelijken minder gelukkig zouden zijn dan huwelijken met kinderen. Het is niet aangetoond dat er een verband bestaat tussen „huwelijkssatisfactie en kinderloosheid” (*N.I.S.S.O.*).

De frequentie van echtscheiding is wel een zeer ruwe maat om de kwaliteit van huwelijksrelaties te beoordelen. Andere maatstaven zijn echter moeilijk aan te leggen. Wel zijn er veel studies verricht betreffende psychische factoren die — binnen het huwelijk — van invloed zouden kunnen zijn op de fertiliteit — (*Bierkens*). De moeilijkheid is altijd dat met goede controle-groepen moet worden gewerkt, wil men kunnen bewijzen dat bepaalde factoren werkelijk van invloed zijn. De mensheid zou een goede toekomst tegemoet gaan wanneer er slechts kinderen zouden worden geboren uit tussen ideale mensen gesloten ideale huwelijken.

De dichter *Karel Jonckheere* heeft in verschillende gedichten de problematiek beschreven die zich in de relatie tussen de gehuwde man en vrouw zonder kinderen kan voordoen.

DE VERWERKING VAN DE KINDERLOOSHEID

Ieder echtpaar, ieder kinderloos echtpaar, heeft een eigen geschiedenis. Het probleem van de kinderloosheid wordt in het verloop van deze geschiedenis anders ervaren: het verdriet wordt tenslotte verwerkt, men leert er — ieder op zijn eigen wijze — mee te leven. Ondanks deze individuele verschillen kan er worden gesproken van een proces, van een ontwikkelingsgang welke het echtpaar doorloopt en waarin een aantal fasen is te onderscheiden. Niet ieder kinderloos echtpaar zal dit proces op eendere wijze doorlopen. Soms is er in het geheel geen sprake van verwerking, maar vindt een echtscheiding plaats of wordt het verdriet nauwelijks in het bestaan geïnte-

greerd. Men kan bij een normaal seksueel gedrag, in dit proces van verwerking de volgende fasen onderscheiden (*Mansvelt*):

1. Meestal enige tijd na hun trouwdag besluit het echtpaar dat een kind welkom is en men gaat een geboorte plannen. Liefst na de vakantie, in het voorjaar enzovoort.

2. Als deze planning niet vrij snel gelukt besluit men „de natuur maar zijn gang te laten gaan” en men heeft geslachtsgemeenschap zonder enige planning. Een kind is „altijd” welkom.

3. Wanneer ook nu na enige tijd geen zwangerschap optreedt gaat het echtpaar zich wat ongerust maken. Men leest wat over vruchtbare en onvruchtbare dagen, soms maakt de vrouw een temperatuurcurve, soms wordt er alleen in de vruchtbare periode gecoïteerd. Wanneer er duidelijke stoornissen zijn, bijvoorbeeld menstruatiestoornissen, wordt nu reeds een arts geconsulteerd.

4. Het echtpaar overweegt een arts te consulteren. Het voorstel gaat in de meeste gevallen uit van de vrouw. De man protesteert eerst nog wat. Er wordt nog enige tijd afge wacht . . . men kan nooit weten . . .

5. Het echtpaar bezoekt de huisarts. Meestal eerst de vrouw. Soms weigert de man in het begin, maar meestal laat hij zich tenslotte ook onderzoeken. De periode van het medische onderzoek begint. Een onaangename periode waarin de aandacht van het echtpaar sterk gericht is op het functioneren van de geslachtsorganen. Elke menstruatie gaat met tranen gepaard.

6. Als de huisarts het probleem niet kan oplossen wordt tot verwijzing naar een specialist besloten. Soms is het dan al duidelijk wie de „schuldige” is. In een enkel geval ontstaan er spanningen die, ook in een wat later stadium, tot echtscheiding aanleiding kunnen geven.

7. Als het duidelijk is geworden

dat de kinderloosheid een feit is tracht het echtpaar zich aan de bestaande toestand aan te passen. De vrouw besluit te blijven werken of gaat weer werken. Soms wordt, tegen beter weten in, de hulp ingeroepen van paranormale genezers. Soms bezoekt men andere, „zeer bekende” specialisten, vaak buiten de huisarts om.

8. Er ontstaat nu enige distantie ten opzichte van de eigen kinderloosheid. Het echtpaar gaat in de bestaande toestand berusten. Men ontdekt dat het kinderloos zijn ook enige voordelen heeft. Bezoeken aan dokters worden gestaakt. In een aantal gevallen overweegt men adoptie of, wanneer de oorzaak bij de man ligt, kunstmatige inseminatie.

Het is duidelijk dat deze indeling een schematische indeling is. Sommige fasen kunnen elkaar overlappen, sommige duren kort. Soms stukt het ergens. Zoals wij reeds hebben gezien zijn er bijvoorbeeld nogal wat kinderloze echtparen die nimmer een arts consulteren.

Het is van belang dat de arts dit procesmatige verloop kent. Bij zijn contacten met de patiënten dient hij zich steeds te realiseren tot hoever de verwerking heeft plaatsgevonden. Het heeft bijvoorbeeld geen zin over adoptie te gaan praten als de kinderloosheid nog niet volledig is geaccepteerd. De arts dient te „beginnen waar de cliënt is” (*Kamphuis*). Ook juridisch heeft men met dit verwerkingsproces rekening gehouden. Een van de voorwaarden voor adoptie is (*Art. 228g B.W.*) „dat de adoptanten tenminste vijf jaren voor de dag van het verzoek met elkander zijn gehuwd” (*Nota*).

Het tijdsbestek, waarbinnen het beschreven proces zich kan afspelen, kan sterk uiteenlopen. Soms, wanneer de medische „diagnose” spoedig duidelijk is, heeft een echtpaar zich reeds na een of twee jaren geheel met de kinderloosheid verzoend. Soms bezoekt een kinderloos echtpaar tien of twaalf jaar na hun trouwdag nog regelmatig een kwakzalver of

dergelijke. In de meeste gevallen duurt de premedische fase niet langer dan één of anderhalf jaar.

HET GENEESKUNDIG ONDERZOEK

Het onderzoek door de huisarts moet (*Van Hall*) systematisch en volledig zijn en met voortvarendheid worden uitgevoerd. Het is gewenst een gesprek te hebben zowel afzonderlijk met de vrouw, als met de man als met man en vrouw samen. Tijdens deze gesprekken moet de arts voldoende informatie krijgen betreffende de relatie tussen de echtelieden en antwoord op de vraag of er op normale wijze geslachtsgemeenschap plaatsvindt. Over de specifieke gynaecologische anamnese en het gynaecologisch onderzoek behoeft ik hier niet uit te weiden. De vrouw dient een basale temperatuurcurve aan te leggen. Aan de hand van het temperatuurverloop gedurende twee of drie cycli kan worden beoordeeld of er een ovulatie plaatsvindt.

Bij de man dient eveneens een onderzoek plaats te vinden van de geslachtsorganen. Tevens moet de huisarts het sperma onderzoeken. Dit kan het beste gebeuren door middel van de Sims-Huhner test omdat men dan tevens weet of de coïtus op normale wijze wordt uitgevoerd. Ook kan men sperma onderzoeken dat de vrouw post coïtum uitperst. Een nauwkeurige sperma-analyse door de huisarts heeft geen zin: de hoofdzaak is dat de huisarts weet dat de coïtus normaal plaatsvindt en of er een azoöpermie of een oligospermie bestaat of dat het sperma normaal lijkt. Verder behoeft de diagnostiek in de huisartspraktijk niet te gaan.

De op deze wijze verkregen gegevens vormen voldoende basis voor een verder gesprek met het echtpaar en geven de nodige informatie die voor een goede verwijzing nodig is. Of een verwijzing inderdaad direct moet plaatsvinden kan eerst worden besproken. Wanneer de huisarts geen duidelijke afwijkingen heeft kunnen aantonen wil het echtpaar de zaak

soms eerst even aankijken. In een groot aantal gevallen blijkt een goed steriliteitsonderzoek de beste behandeling te zijn (*Blijham, Van Hall*). Soms is er reeds sprake van een zwangerschap vóór de „behandeling” ook maar is begonnen. Het is dan ook moeilijk te bewijzen dat een bepaalde therapie resultaat heeft gehad.

Wanneer de huisarts op het gebied van het onderzoek actief is zal het patiëntenmateriaal, dat hij verwijst, zodanig zijn geselecteerd dat specialistische behandelingen niet zo vaak resultaten te zien geven.

Van de 97 echtparen die in onze praktijk op 1 januari 1969 kinderloos waren hebben zich 27 echtparen wegens kinderloosheid tot de huisarts gewend. Binnen betrekkelijk korte tijd was bij zes vrouwen sprake van een zwangerschap. Verwezen werden 21 echtparen. In deze groep werden vier vrouwen zwanger. Bij 17 echtparen had behandeling geen resultaat. In alle tien „succesvolle behandelingen” was meer sprake van een zwangerschap ná of tijdens de behandeling dan dankzij de behandeling.

VOORLICHTING AAN DE PATIËNTEN

Het is nuttig dat de huisarts in zijn patiëntenbibliotheek enkele boekjes heeft welke hij aan de patiënten kan uitlenen. Op het gebied van de kinderloosheid, adoptie en kunstmatige inseminatie hebben wij de volgende literatuur ter beschikking (*Bremer, 1962 en 1967*).

Levie, L. H. Kunstmatige inseminatie bij de mens. Wetenschappelijke Uitgeverij n.v., Amsterdam, 1966; 126 pagina's.

Nota, J. A. Adoptie. Hoe kunnen wij een kind aannemen? Uitgeverij De Toorts, Haarlem, 1969; 47 pagina's.

Raboch, J. Kunstmatige bevruchting en adoptie. Aula Boeken, Spectrum, Utrecht 1972; 131 pagina's.

Swaab, L. I. Het kinderloze huwelijk. F. Bohn, Haarlem, 1953; 112 pagina's.

Tevens bezitten wij enkele exempla-

ren van twee brochures, uitgegeven door de Nederlandse Vereniging voor Pleeggezinnen (Administratieadres: Mevr. W. van Pesch-Voet, Koekangerveldweg 82, Koekange): „Wij willen een kind; Vademecum van aspirant pleegouders” 24 pagina's en „Wij willen een „buitenlands” kind. Gids voor interlandelijke adoptie” 40 pagina's.

Het Gezondgezin-pamflet No. 3: „Kinderloosheid” een uitgave van de Protestantse Stichting voor Verantwoorde Gezinsvorming, Duinweg 23, Den Haag, is een goede brochure om in het begin uit te reiken.

Echtparen die adoptie overwegen of het in huis nemen van een pleegkind, doen er verstandig aan lid te worden van de Nederlandse Vereniging voor Pleeggezinnen. Deze vereniging geeft een mededelingenblad uit met veel informatie voor aspirant pleegouders.

HET VERWIJZEN NAAR DE SPECIALIST

De volgende spelregels zouden ten aanzien van het verwijzen opgesteld kunnen worden (*Bremer, 1964*):

1. Zowel de man als de vrouw moet door de huisarts voldoende zijn onderzocht zodat de verwijzing zo gericht mogelijk kan plaatsvinden. De gevonden afwijkingen bepalen soms naar welke specialist of naar welk team van specialisten moet worden verwezen. Het onderzoek dat de huisarts verricht dient na drie of vier maanden te zijn afgesloten.

2. Het echtpaar moet zo goed mogelijk worden voorgelicht omtrent de diverse specialistische onderzoekstechnieken en behandelingsmogelijkheden. De genoemde literatuur kan daarbij van dienst zijn.

3. Het echtpaar moet zo nu en dan bij de huisarts terugkomen om te vertellen hoever het onderzoek is gevorderd en om problemen te bespreken. Tijdens deze gesprekken ontvangt de huisarts soms informatie die nader overleg met de specialist

nodig maakt. Deze contacten dienen er vooral voor het specialistische onderzoek niet tot in het oneindige te laten duren. Bovendien wordt het „zwerfen” van het echtpaar — het gaan van de ene specialist naar de andere — hierdoor enigszins voorkomen.

In onze praktijk bevindt zich een echtpaar — ziekenfondsleden — dat tien jaar lang onder behandeling is geweest bij negen verschillende specialisten. De man is tweemaal geopereerd, de vrouw heeft achttien maal tevergeefs een kunstmatige inseminatie met donorsperma ondergaan. Zij hebben meer dan 7000 gulden aan paranormale genezers betaald. De man had een azoöspermie; de vrouw, bij wie „alles goed” was, bleek bij laparoscopie (na tien jaar) endometriosis te hebben.

4. Tijdens de gesprekken met het echtpaar dient de huisarts soms met tact te anticiperen op mogelijke toekomstige ontwikkelingen: het beëindigen van de behandeling door de specialist, de mogelijkheden van adoptie enzovoort.

5. Tenslotte moet de huisarts op de hoogte zijn van de mogelijkheden van en de problematiek betreffende adoptie en kunstmatige inseminatie (*Levie, Nota*). Slechts in dat geval kan de huisarts zijn patiënten op de juiste wijze voorlichten en is er sprake van voldoende nazorg.

Gedurende de twintig jaar dat ik in Nieuwkoop huisarts ben werden in onze praktijk 17 pleegkinderen door elf echtparen aangenomen. In een aantal gevallen is de adoptie officieel uitgesproken. Het bleek dat het eerste pleegkind pas in huis kwam nadat het kinderloze echtpaar gemiddeld negen jaar was gehuwd.

TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

De problemen rond de menselijke vruchtbaarheid zijn voor de mensheid belangrijk. De ontwikkeling van de kennis op het gebied van contraceptie

en behandeling van kinderloosheid gaat voort. Hier en daar leest men over ontwikkelingen die lijken op science fiction: diepvries sperma waarmee ook na sterilisatie van de man nog bevruchting kan plaatsvinden, spermabanken, extracorporele bevruchting (Kremer). De huisarts moet op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen. Ter lezing kan worden aanbevolen het Yearbook of obstetrics and gynecology dat elk jaar uitkomt en waarin een hoofdstuk staat over „Infertility”.

SLOTOPMERKINGEN

Bij de behandeling van kinderloosheid of steriliteit blijven vragen vaak onbeantwoord.

Van een kinderloos echtpaar blijkt de man een ernstige oligospermie te hebben. Behandeling heeft volgens de specialist geen zin. Na een half jaar is de vrouw zwanger.

Wetenschappelijk gesproken zal men „onbekende factoren” zoveel mogelijk moeten uitsluiten wanneer men bijvoorbeeld de behandelingsresultaten van steriliteit onderzoekt. Vaderschapsonderzoek - bloedgroep-onderzoek - zal in alle succesvol behandelde gevallen nodig zijn om te bewijzen dat inderdaad behandeling van de man tot bevruchting van de vrouw heeft geleid.

Hoe weet de medicus zeker dat een huwelijk inderdaad gewenst kinderloos is? Wat moet men ervan denken als een echtpaar, dat zogenaamd gewenst kinderloos is, nimmer een advies betreffende anticonceptie heeft gevraagd? Misschien is hier wel sprake van een „virgin woman”?

Ook bij een onderzoek in de huisartspraktijk en als de huisarts meent de patiënten goed te kennen, blijven

sommige gebieden „terra incognita” omdat de arts niet alle gebieden mag en kan betreden. Vandaar het motto van A. Roland Holst aan het begin van deze bijdrage: „’t Is maar beter stille dingen stil te laten”.

Summary. Childlessness in general practice. Reports on the incidence of childlessness in a population should specify the manner in which this incidence was calculated.

— *Our modern society tends to make little allowance for childless couples.*

— *Listing the various causes of childlessness in a population, one should specify the method of investigation used.*

— *Patients have different ways of presenting the problem of childlessness to the family doctor.*

— *The woman's file card should specify the date of her marriage.*

— *Divorce is more frequent in childless marriages than in those with children. This is not reflection on the quality of childless marriages.*

— *The physician ought to know that childlessness can be assimilated in a certain process-like manner.*

— *Examinations made in view of childlessness should follow a certain pattern of sequence in a general practice.*

— *The general practitioner should have some literature on the childless marriage available for the information of his patients.*

— *Referrals of couples in view of childlessness should be subject to certain criteria.*

— *The general practitioner should know the problems which can arise in the case of adoption and artificial insemination.*

Bierkens, P. B. (1973) Ned. T. Geneesk. 117, 770.

Blijham, H. Psychosomatische factoren in het steriele huwelijk. Academisch proefschrift, Groningen, 1960.

Bremer, G. J. (1960) huisarts en wetenschap 3, 143.

Bremer, G. J. (1962) huisarts en wetenschap 5, 341.

Bremer, G. J. (1967) huisarts en wetenschap 10, 303.

Bremer, G. J. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Academisch proefschrift, Utrecht, 1964.

Centraal Bureau voor de Statistiek. 13de Algemene Volkstelling, deel 6: Bestaande huwelijken en vruchtbaarheid van deze huwelijken. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1969.

Gezond Gezin. „Verhaal over het grote verdriet”, 11, 54 (1972).

Gezond Gezin. G.G.-pamflet no 3. uitgave P.S.V.G., 's-Gravenhage, z.j.

Hall, E. V. van (1973) Ned. T. Geneesk. 117, 776.

Jensen, P. (1966) J. Coll. Gen. Practit. 11, 150.

Jonckheere, K. Verzamelde gedichten. Stols, 's-Gravenhage, 1956.

Kamphuis, M. Wat is social casework? Samsom, Alphen aan den Rijn, 1970.

Katechismus. De nieuwe katechismus. P. Brand, Hilversum, 1966.

Kok, P. C. Diagnostiek en therapie van het steriele huwelijk. Academisch proefschrift, Leiden, 1952.

Kremer, J. Vruchtbaarheid en ouder-schap. Openbare les, Utrecht, 1973.

Levie, L. H. Inseminatio artificialis. Stafleu, Leiden, 1973.

Luyn, W. L. van. Over het steriele huwelijk. Academisch proefschrift, Utrecht, 1951.

Mansvelt, H. F. M. Adoptief-ouders aan het woord. Samsom, Alphen aan den Rijn, 1968.

Meuwissen, J. H. J. M. Huwelijks-onvruchtbaarheid; een onderzoek in Ghana. Academisch proefschrift, Nijmegen, 1965.

Musaph, H. Vaginisme. Erven F. Bohn, Haarlem, 1965.

Nevejan, M. en anderen. Echtscheiding. P. Brand, Bussum, 1969.

N.I.S.S.O. Onvruchtbaarheid en huwelijks-satisfactie. Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek, Zeist, 1971.

Nota, J. A. De adoptie, G. Kluwer, Deventer, 1970.

Plate, W. P. en G. Hellinga. Het onvruchtbare huwelijk. Stafleu, Leiden, 1966.

Schaepman-Van Geuns, E. J. Praktische verloskunde. Erven F. Bohn, Amsterdam, 1973.

Schellen, A. M. C. M. (1962) huisarts en wetenschap 5, 86.