

Seksueel gedrag en hartinfarct

Een medisch micro-sociaal probleem

DR. K. GILL, HUISARTS TE ZWAMMERDAM

Coitus omnia curat

De titel „Seksueel gedrag en hartinfarct” is ongewoon, want normaal worden deze twee zaken niet met elkaar in verband gebracht. Het past in het huidige huisartsgeneeskundige denken en handelen om deze „verzwegen” complicaties van bekende ziekten juist wel onder de aandacht te brengen. De auteur toont aan, zowel uit literatuuronderzoek als eigen retrospectief onderzoek in zijn praktijk, dat er op dit gebied nog veel te verbeteren valt. Door de categorale behandeling in het ziekenhuis te laten volgen door een integrale benadering in de thuissituatie, kan de huisarts een waardevolle bijdrage leveren in de primaire preventie van seksueel dysfunctioneren. Het artikel eindigt met een aantal praktische richtlijnen voor een dergelijke benadering van de hartinfarctpatiënt.

Inleiding

Seksualiteit – of zo men wil intimiteit – bij hartpatiënten is een vergeten onderwerp. *Green* releveert dat in het overzicht van *Hellerstein* en *Friedman* van drie en dertig leerboeken over cardiologie nog geen duizend woorden betrekking hebben op seksuele activiteiten van hartpatiënten. Deze constatering roept een aantal vragen op:

- Bestaat er een tekort aan relevante informatie? Het is bijna niet denkbaar, temeer als *Vinken* in zijn oratie stelt dat de geneeskunde, op de scheikunde na, de omvangrijkste wetenschappelijke literatuur voortbrengt.
- Rangschiikt de arts in het kader van de revalidatie seksueel gedrag na hartinfarct onder de „self-care”, omdat hij de kwestie triviaal acht?
- Is de arts geneigd de boot af te houden omdat hij niet beschikt over een genuanceerd antwoord voor deze „population at risk”? Deze groep van patiënten is immers allerminst homogeen door de grootte van het infarct, de mate van angina pectoris, de leeftijd, de duur van het huwelijk, het beroep, het cholesterolgehalte in het bloed, de rookgewoonte, de angst voor recidief en het tijdstip van hervatting van de seksuele activiteiten.
- Vermijdt de patiënt angstvallig een gesprek uit vrees een aantal restricties te zullen vernemen, die een optimaal functioneren in de weg staan?
- Van de kant van de patiënt zou even-

eens de vraag kunnen worden verwacht of het eventuele nadeel van een coitus à priori is vast te stellen, zodat advies een „scientific judgement” is, dat berust op gedegen informatie.

Tegenover deze vragen kan worden gesteld dat de patiënt recht heeft op een gezondheidszorg, met name op een gesprek dat een advies bevat, waarbij is voldaan aan de eisen van kennis en ethiek. De arts moet beschikken over een kader waarbinnen hij kan adviseren zonder vrees aansprakelijk te worden gesteld voor gebrek aan deskundigheid, waarbij hij begrip toont voor de acute ontluistering van het leven door het hartinfarct. Deze overwegingen geven te zien dat de problematiek verder reikt dan het electrocardiogram, de cholesterolspiegel en de rookgewoonte. Voorts zal blijken dat de voorspelbare risico's mede worden bepaald door het seksuele gedragspatroon vóór het hartinfarct en de omstandigheden waaronder de erotiek wordt bedreven.

Doel

Doel van deze bronnenstudie is om na te gaan in hoeverre een literatuuronderzoek ons verder brengt met de vragen, die in de inleiding zijn gesteld. Wij leven in een tijd van screenen en prioriteiten. Moderne economen, aldus *Vinken*, hebben ingezien dat er zoiets als menselijk kapitaal bestaat en dat informatieverzorging moet worden beschouwd als een waardevolle investering.

In een vorig onderzoek* is uitvoerig stilgestaan bij het seksueel gedrag in de graviditeit en de postnatale periode. Voor de geslachtsfysiologische aspecten van de coitus wordt naar die publikatie verwezen. Diverse dimensies van het leven worden door een hartinfarct beïnvloed. Des te meer zullen dimensies in de postinfarct periode verschralen als moeilijkheden in de seksuele relatie worden verzwegen, verstoord of gebagatelliseerd. De dynamiek van de revalidatie zal gericht moeten zijn op een ontplooiing van het seksueel gedrag van onze patiënt. Dat is mogelijk als de arts een modus vivendi, beter nog een modus operandi vindt om de patiënt met gevoelens van angst, onzekerheid en „home-coming depression” te helpen. Onder seksueel gedrag wordt verstaan „die handelingen en gedragingen, welke leiden tot lustbeleving aan de erotogene zones en daarmee het algemeen welbevinden kunnen bevorderen” (*Hoekstra*). In deze studie geldt voor de diagnose hartinfarct de definitie van *Meyler* in de dissertatie van *Van Maanen*. Hartinfarct is een pathologisch-anatomische diagnose en betekent letterlijk versterf van hartspierweefsel. Het ontstaat door een ernstige, blijvende (langer dan 20-30 minuten durende) coronairinsufficiëntie. De klinische diagnose berust meestal op de symptomen, die een gevolg zijn van het versterf van hartspierweefsel, zoals e.c.g.-veranderingen, enzymstijgingen, koorts, leukocytose, etcetera.

Literatuuronderzoek

Ethologisch gezien is er nog weinig bekend over seksueel gedrag na hartinfarct. In een persoonlijke mededeling aan *Green* verklaarde *Masters* nog geen gelegenheid te hebben gehad op dit gebied enig onderzoek te verrichten. *Hellerstein* en *Friedman* rapporteren over een electrocardiografische elektromagnetische tape-recording monitoring (Holter type) gedurende seksuele activiteit ten huize van patiënten in de postinfarct periode. De gemiddelde leeftijd bedroeg 48,5 jaar. De seksuele activiteiten werden gemiddeld na veertien weken hervat. De patiënten waren voorzien van twee elektroden in de vijfde intercostaalruimten. Bijna 42 procent van de respondenten maakte melding van een of meer verschijnselen gedurende de coitus. Ruim dertig procent bemerkte een tachycardie, terwijl twintig procent een angina pectoris of equivalenten daarvan waarnam. De maximale tachycardie bleek aan het orgasme te zijn gerelateerd en duurde niet langer dan tien tot vijftien seconden. Impotentie werd niet waargenomen. De cardiovasculaire verschijnselen in de vorm van ST-depressies in het

* huisarts en wetenschap (1975) 18, 237.

elektrocardiogram waren gedurende de coïtus vergelijkbaar met de ST-dalingen tijdens beroeps werkzaamheden. De onderzoekers zijn van mening dat de arts een aantal overwegingen dient te betrekken in het gesprek met de patiënt, omdat herstel van de seksuele activiteiten afhangt van:

1. de erotische lustbeleving in de periode voor het hartinfarct
2. de implicaties van de leeftijd
3. de gezondheid, de attitude en de beslissingen die de partner neemt
4. de facetten, die verband vertonen met de persoonlijkheid, zoals de emotionele reactie op het hartinfarct. „Iedere arts weet”, aldus *Van der Zijl*, „dat lichamelijke ziekten of ingrepen, ondanks de somatische genezing, nogal eens tot hypochondrie of hysteriform gedrag, alsmede tot depressies aanleiding kunnen geven”
5. de cardio-vasculaire toestand vóór het infarct en de mate van herstel van de functie van de hartspier
6. het resultaat van de medicamenteuze therapie en de fysieke reconditionering.

Deze overwegingen geven aanleiding bij enkele punten wat langer stil te staan. Natuurlijk bestaat er vóór het infarct een individueel verschil in het beleven van plezier in het seksueel samenzijn en in de duur en intensiteit van lustbeleving na seksuele prikkels. *Frenken* heeft berekend dat van de 2,34 miljoen Nederlandse paren tot 54 jaar 960.000 vrouwen en 600.000 mannen seksualiteit als min of meer problematisch beschouwen. Twaalf procent van de mannen en vijf procent van de vrouwen hebben een situationele anorgasmie en zijn daarover ontevreden. De arts zal de kunst moeten verstaan deze gegevens in het adviserend gesprek te betrekken, omdat deze groepen mensen een geringe, zo niet een afwijzende voorlichtingsbereidheid zullen tonen.

Ten aanzien van de persoonlijkheid en de karakterstructuur van hartpatiënten stellen *Jenkins en anderen* dat eerezucht, ongeduld, energie, haast en agressie veelal het gedrag – het zogenaamde type A gedrag – van het „coronary type” bepalen. Deze gedragskenmerken met overmatig roken, geringe lichaamsbeweging, hypertensie, overgewicht, linker ventrikel hypertrofie en een verhoogde cholesterolspiegel worden gerekend tot de oorzakelijke factoren bij hartinfarct. Reeds eerder wees *Groen* op het verband tussen de persoonlijkheidsstructuur en het hartinfarct. Deze persoonlijkheidskenmerken geven een extra accent aan het adviesgesprek en maken het er door de veelal ingewortelde levensgewoonten niet gemakkelijker op.

Het menselijk type A gedrag is misschien,

vanuit ethologisch standpunt gezien, te vergelijken met de beschrijving die de psychoanalyticus *Storr* geeft van de bevindingen van *Carrighar*. In de dierenwereld kan overbevolking de oorzaak zijn dat dieren sterven aan stress-ziekten ten gevolge van een toenemende onderlinge agressie. Dit fenomeen, waarbij een hartziekte ontstaat, is waargenomen bij een bepaalde hazensoort en talrijke andere diersoorten.

De liefdesdood

Behalve de angst voor reïnfarcering en potentiële stoornissen bestaat nog altijd de angst voor de acute dood, de liefdesdood, de coital death. Deze uiterst zeldzame gebeurtenis is in 1963 nauwkeurig door *Ueno* onderzocht. Deze Japanse onderzoeker vond bij 5559 gevallen van plotse linge dood in 0,6 procent een patiënt met een hartziekte. Van deze vierendertig sterfgevallen trad in tachtig procent de dood in gedurende een buitenechtelijk contact.

Het hart in orgasme

Onder deze titel publiceerden ruim vijf en twintig jaar geleden *Klumbies en Kleinsorge* een artikel over de invloed van orgasme op het hart. Vanwege het toentertijd heersende taboe was de tekst in het Latijn gesteld. *Halhuber en Halhuber* beschrijven seksuele activiteit na hartinfarct als een bewegingstherapie. De vasocongestie in het bekken beschouwen zij als een onbloedige aderlating. Vijf tot acht weken na het herstel is hervatting van de seksuele activiteit weer toegestaan, zo nodig toegespitst op een individueel programma. Om het zelfvertrouwen te herwinnen kan worden begonnen met masturbatie, die minder belastend is dan de peno-vaginale coïtus. Vermoeidheid, copieuze maaltijden, alcohol en emoties dienen te worden vermeden. Bij kortademigheid, ritmestoornissen en angina pectoris adviseren de auteurs houdingsvariëaties. Zij houden een pleidooi voor het ongevaaragd advies en zijn van oordeel dat man en vrouw - fysiologisch gezien - gelijk reageren op seksuele stimulatie.

Kent refereert in zijn artikel „When to resume” aan andere auteurs en adviseert hervatting van de seksuele activiteiten twaalf weken na het hartinfarct voor de „asymptomatische” en zestien weken voor de „symptomatische” patiënt. Hij waarschuwt, waarschijnlijk op grond van de publikatie van *Ueno*, voor nieuwe en onbekende partners.

Het retrospectief onderzoek van *Bloch en anderen* heeft betrekking op honderd Zwitserse patiënten, die elf maanden na hun infarct systematisch werden onder-

vraagd en waarbij tevens naar de seksuele activiteiten vóór het infarct werd geïnformeerd. Het onderzoek betreft 88 mannen en 12 vrouwen, variërend in leeftijd van 28 tot 71 jaar. Terwijl bijna alle patiënten hun dagelijkse activiteiten hadden hervat, verminderde de frequentie van seksuele activiteiten voor vrijwel alle leeftijdsgroepen van 5,2 naar 2,7 per maand. Er was geen correlatie aantoonbaar tussen werkcapaciteit en coïtusfrequentie. Mensen die zich fysiek fit voelden vertoonden niet meer seksuele activiteiten dan zij die zich minder fit voelden, maar de frequentie als van ouds hadden hervat. De voornaamste redenen voor een daling van de frequentie waren onder andere geen belangstelling, depressie, angst, wens van de echtgenote, angst voor de liefdesdood, vermoeidheid, angina pectoris en impotentie. De auteurs zijn van oordeel dat de meeste redenen van psychologische aard zijn en zij wijzen op de belangrijke rol die de arts van de patiënt daarbij kan vervullen.

Green stelt dat seksualiteit de patiënt vanaf het begin van de aandoening bezighoudt. Een gesprek over seks zal derhalve, zodra de patiënt stabiel is, kunnen plaatsvinden. Omdat het thans met voldoende klinische gegevens mogelijk is een redelijk veilige prognose te maken ten aanzien van de seksuele tolerantie, zijn zowel de „communication gap” tussen arts en patiënt als de „information gap” voor de dokter ten detrimente van de patiënt. Conditietraining heeft een gunstige invloed op de seksuele tolerantie.

De vrouwelijke hartpatiënt

Volgens *Wagner* wordt de vrouw in de meeste publikaties over erotische activiteit na hartinfarct, ten onrechte in samenhang met overprotectie beschreven en zelden als patiënte beschouwd. In het kader van onze androcentrische maatschappij (*Gill*) een niet verwonderlijk fenomeen. *Wagner* betreurt dat, ondanks het feit dat 14 miljoen Amerikanen een hartaanval hebben, waarover uitgebreide literatuur bestaat, onderzoek over de specifieke begeleiding bij de seksuele aanpassing van hartpatiënten spaarzaam is. Wij praten en schrijven over zwemmen, tennissen, dansen, tuinieren, fietsen en trapklimmen. Wij beschikken over standaardvoorschriften met betrekking tot roken, gewichtsvermindering en cholesterolarm dieet. Maar wij zwijgen over de seksuele mogelijkheden na hartinfarct. Wat zal de stilgezegen abstinente aan frustraties en conflicten opleveren?

De extragenitale respons

Gill releveerde reeds de extragenitale respons in de plateaufase en de orgasti-

sche fase, namelijk hyperventilatie, tachycardie en verhoging van de bloeddruk. De frequentie van de ademhaling kan daarbij oplopen van 30 tot 60 bewegingen per minuut en de hartfrequentie van 110 tot 180 slagen per minuut. De systolische druk geeft verhogingen van 40 tot 80 millimeter kwik, de diastolische verhoging schommelt tussen 20 en 50 millimeter kwik. Deze fysiologische reacties kunnen aanleiding geven tot een overbelasting van de linker ventrikel, hetgeen onder bepaalde omstandigheden kan leiden tot angina pectoris, infarctering of fatale aritmieën.

Kushnir vergelijkt 32 patiënten met primaire ventrikelfibrillatie na het eerste hartinfarct met 95 patiënten zonder deze complicatie. Hoewel deze groepen na vier maanden een verschil vertonen in hervatting van de seksuele activiteit, is na tien maanden de invloed hiervan verdwenen. Ten aanzien van de werkhervatting en de psychische revalidatie geeft de groep met ventrikelfibrillatie een vertraging te zien. De onderscheiden leeftijd hierbij blijkt 58 jaar te zijn.

Nalbantgil wijdt, naar aanleiding van Green's artikel, een beschouwing aan het analgetisch effect van seksuele activiteit. Op grond van met de Holtermonitor verkregen electrocardiogrammen tijdens de coïtus, meent deze Turkse collega dat patiënten met een oud hartinfarct, ST-dalingen en tachycardie geen precordiale pijn vertonen; dit in tegenstelling tot patiënten met een geringe ST-daling en een geringe tachycardie, die wel pijn aangeven. *Nalbantgil* brengt het feit dat de „pijnloze” patiënt, die tijdens zijn erotische bezigheid geen waarschuwing krijgt, in verband met het optreden van de coïtale dood. Green gelooft niet in de pijnloze „death in the saddle”.

Een redactioneel artikel (*Editorial*) is doorgaans gekenmerkt door een kernachtige formulering en werkt menigmaal als een katalysator. Onder de titel „Coïtus and Coronaries” wordt in de *British Medical Journal* gesteld:

- Seksuele activiteit neemt af met de leeftijd, vooral bij hartpatiënten.
- Impotentie na hartinfarct is beschreven, maar is waarschijnlijk een niet algemeen verschijnsel.
- In een onderzoek vertoont de helft van de patiënten klachten tijdens de coïtus, maar deze geven zelden aanleiding de activiteit te stoppen.
- De electrocardiogramveranderingen tijdens de coïtus vertonen overeenkomst met het electrocardiogram bij matige inspanning.
- De emotionele invloed is niet te verwaarlozen. In dat opzicht staan de buiten-

echtelijke samenleving en een groot leeftijdsverschil in een kwade reuk.

Ten aanzien van het adviesgesprek is de redactie van mening dat

- iedere casus op zijn eigen merites dient te worden beoordeeld,
 - de patiënt en de levenspartner uitvoerige inlichtingen dienen te krijgen,
 - over het algemeen een abstinentieperiode van een maand voldoende is, maar dat het advies afhankelijk is van het herstel en het inspanningselektrocardiogram,
 - fysieke inspanning de seksuele activiteit verbetert,
 - bij symptomen, betablokkers het stijgen van de bloeddruk en de hartfrequentie kunnen verminderen, zonder dat de kwaliteit van het orgasme verandert.
- Het komt erop neer dat een begrijpende aandacht van de dokter („supportive hearing”), de patiënt verder helpt dan zwijgen.

Moet het?

Deze studie zou de indruk kunnen wekken dat het „allemaal zo nodig moet”, dat er

moet worden gestreefd naar een volledig herstel van de seksuele activiteiten van vóór het infarct, zelfs met de hemodynamische consequenties van de jeugdige partners. Er kan evenwel waarde schuilen in het aandragen van de gedachte dat het „niet meer moet” en dat het relationele element in de verhouding van twee mensen veelal niet wordt geschaad als de partners tegenover elkaar erkennen c.q. bekennen, dat de seksuele aspecten van de relatie – althans voorlopig – blijven rusten. Deze gang van zaken is als een betere te beschouwen dan het doodzwijgen van de nieuw ontstane situatie. En wat de erotiek en de liefde betreft, zij kunnen bij de sluimerende seksualiteit tot grote bloei komen.

De praktijk

De praktijk leert, aldus *Wolf Bleek*, dat „the view that sex is a normal activity does not, however, result in complete openness about sexual affairs”. Deze uitspraak kan volledig worden onderschreven. Ik heb in

Tabel I. Lacunes in seksuele voorlichting aan patiënten met een hartinfarct (N=34).

Jaar	Leeftijd tijdens infarct	♂	♀	Cardioloog	Internist	Gesprek	Boekje	Film
1953	40		+	+		—		
1963	52	+		+		—		
1964	56		+	+		—		
	43	+			+	—		
1966	40	+		+		—	—	
1967	55	+			+	—	—	
1968	54	+		+		—	—	
	34	+		+		—	—	
1969	61	+			+	—	—	
1970	64	+			+	—	—	
1972	70	+			+	—	—	
1973	68		+		+	—	—	
	71		+		+	—	—	
	49	+		+		+	—	
	62 ¹	+			+	—	—	
	42	+			+	—	—	
	71	+			+	—	—	
1974	69		+		+	—	—	—
	78	+			+	—	—	+
	49	+			+	—	—	—
1975	56	+			+	—	—	—
	73	+			+	—	—	—
	65	+		+		—	+	+
	46	+			+	—	—	—
1976	59	-	+		+	—	+	—
	46	+		+		—	—	+
	60	+		+		—	—	—
	45	+		+		—	—	—
	52	+		+		—	+	+
	65	+		+		—	—	+
	59	+			+	—	+	+
	61	+		+		—	—	—
1977	51 ²		+		+	—	+	+
	49		+		+	—	+	—
Totaal		26	8	14	20	1	6	7

¹ Zelf om voorlichting gevraagd. Het advies luidde: „zijligging toepassen, kalm aan doen, het ontwikkelt zich zelf wel”.

² Zelf naar het boekje gevraagd. Weet van de film niets meer. Was te nerveus.

de praktijk retrospectief onderzocht op welke wijze bij de prevalentie populatie met een hartinfarct voorlichting over seks is gegeven. *Tabel I* geeft de situatie weer over de afgelopen vierentwintig jaar. Alvorens wij deze tabel beoordelen moeten de volgende geschiedkundige feiten in overweging worden genomen.

1964. „Keerpunt hartinfarct, de leefwijze erna”, uitgegeven door Boehringer Ingelheim. Er wordt in dit voorlichtingsboekje over de slaap, de maaltijden, genotmiddelen, op reis gaan en het dagelijks werk gesproken. Over seksuele activiteiten wordt niets vermeld. Er wordt in het vooruitzicht gesteld dat de Nederlandse Hartstichting een uitgebreide studie maakt over de revalidatiemogelijkheden. Binnen redelijke tijd zal de huisarts hierover mededelingen ontvangen.

1969. „Keerpunt hartinfarct, een nieuw begin”. In het hoofdstuk seksuele contacten staat het volgende: „Deze kan men in de eerste veertien dagen na thuiskomst beter vermijden en daarna, spelenderwijs, geleidelijk hervatten. In het algemeen zal de behoefte eraan, althans in de eerste maanden, minder zijn dan voorheen en het is van belang dat beide partners op de hoogte zijn. Zoals reeds vermeld, kan het zijn dat er bij seksuele contacten beklompingen op de borst optreden en dan valt te overwegen vooraf één van de reeds genoemde nitroglycerinepreparaten, waaronder Nitrobaat, te gebruiken”.

1974. „Vraagbaak voor infarctpatiënten, het antwoord op 200 vragen van alle dag”, uitgegeven door Excerpta Medica en de Nederlandse Hartstichting. Tegelijk verschijnt het audiovisuele voorlichtingsprogramma: „Het hartinfarct – begin van een ander leven”, dat aan een groot aantal ziekenhuizen ter beschikking wordt gesteld. De tekst in de „Vraagbaak” luidt: „Geslachtsverkeer na het hartinfarct is toegestaan zo gauw men daar weer behoefte aan heeft. Indien dit niet leidt tot pijn in de hartstreek is het bepaald niet nodig geslachtsverkeer op een andere manier te hebben dan men vóór het hartinfarct gewend was. Een gemiddelde coïtus kan vergeleken worden met de krachtsinspanning die nodig is om een keer snel de trap op te lopen. Voor de zekerheid kan men vóór de gemeenschap een nitrobaat-tablet onder de tong laten smelten. Het komt voor, dat mannen vóór het optreden van het hartinfarct enige tijd impotent zijn geweest. Dit heeft meestal niets te maken met een lichamelijke afwijking, maar komt veelal voort uit psychische spanningen. Na het hartinfarct kan dit verschijnsel verdwenen zijn”. Het triviale plaatje, dat de „Vraagbaak” met deze tekst meegeeft, zou wellicht voor de Japanse onderzoeker

Ueno een aardige illustratie zijn bij zijn onderzoek over de liefdesdood. Het wordt hier met toestemming van Excerpta Medica en de Nederlandse Hartstichting afgedrukt.

1975. De Nederlandse Hartstichting schenkt aan ruim 180 van de 248 ziekenhuizen een toestel met cassette, om met behulp hiervan de infarctpatiënten voor hun ontslag secundaire preventie te kunnen aanbieden. Excerpta Medica is zo vriendelijk geweest deze audiovisuele presentatie voor mij te vertonen. Ten opzichte van de ruime informatie over voeding, beweging en roken wordt de intimiteit wat summier behandeld. Met name wordt niet op de mogelijkheid van een gesprek met de behandelend arts gewezen. Directies van ziekenhuizen zou ik willen adviseren er nog eens op toe te zien dat de beelden vergezeld gaan van een gesproken tekst. Een mijner patiënten zag met haar partner deze voorlichting als een stomme film en miste daarbij de explicateur van voorheen.



*Tabel II. Geraamde cijfers voor Nederland voor het totaal aantal ontslagen ziekenhuispatiënten, die ten gevolge van hart- en vaatziekten en een acuut myocardinfarct in 1975 werden opgenomen.**

Leeftijdsgroep in jaren	Totaal aantal ontslagen ziekenhuispatiënten		Hart- en vaatziekten		Acuut myocardinfarct	
	M	V	M	V	M	V
0	59.706	51.496	465	357	—	—
1- 4	64.581	47.413	354	352	—	—
5- 9	48.646	36.828	259	316	—	—
10-14	27.654	21.114	419	293	—	—
15-19	30.349	35.605	624	417	2	1
20-24	34.707	64.587	976	880	5	2
25-29	33.163	88.552	1.717	1.671	36	6
30-34	28.398	61.535	1.890	2.400	120	23
35-39	28.222	47.937	2.582	2.554	328	33
40-44	29.075	44.031	3.920	3.173	829	122
45-49	32.117	43.322	6.123	3.960	1.549	214
50-54	36.624	42.293	8.608	4.600	2.353	370
55-59	36.596	33.787	9.558	4.696	2.629	525
60-64	39.901	35.055	10.712	6.136	3.017	945
65-69	38.289	35.913	10.527	7.312	2.827	1.261
70-74	34.558	35.119	9.749	8.571	2.413	1.488
75-79	25.006	29.329	7.053	7.982	1.590	1.337
80-84	14.875	17.952	4.213	5.051	828	749
≥ 85	8.237	9.825	2.176	2.598	322	327
Totaal	650.704	781.684	81.925	63.319	18.848	7.403

* Op grond van de in 1975 aan de Stichting Medische Registratie deelnemende ziekenhuizen, betrekking hebbende op 83 procent van alle in Nederlandse ziekenhuizen opgenomen patiënten.

Bij de beoordeling van *Tabel I* blijkt dat het gesprek met de patiënt er bijzonder slecht afkomt. In 1975 komt de niet individuele voorlichting met lectuur en film moeizaam op gang; dat is elf jaar na het verschijnen van de eerste voorlichtingslectuur.

Risico's

Het is de vraag of het hervatten van seksuele activiteiten die nadruk moet krijgen, zoals deze studie zou kunnen suggereren. „Coronary-candidates” ontvangen immers ook geen adviezen. Zo hebben *Van Hemel en Robles de Medina* in een electrocardiografisch onderzoek van jonge mannen van 15 tot 23 jaar aangetoond dat 8,1 procent als grensgeval en 1,6 procent als abnormaal moest worden beschouwd. In het epidemiologisch onderzoek van *De Soto-Hartgrink* werd bij 8,7 procent in de leeftijdsgroep van 40 tot 49 jaar één afwijking gevonden. Voorts zou men zich kunnen afvragen of de lokalisatie van het infarct een relatie vertoont met eventuele risico's. Omdat op den duur de lokalisatie voor de verrichtingen van de patiënt geen betekenis heeft (*Lie*), wordt van een vermelding hiervan afgezien.

Macrosociaal

De kwantitatieve gegevens van een huisartspraktijk geven maar ten dele een indruk van de problematiek die in deze studie aan de orde is.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek verschafte de gegevens van het totaal

aantal ontslagen ziekenhuispatiënten ten gevolge van een acuut myocardinfarct (nummer 410 van de classificatie van ziekten voor de medische registratie in ziekenhuizen, H-ICDA) over 1975 (Tabel II). Deze Tabel II geeft te zien dat de Nederlandse artsen in 1975 bij ruim 26.000 patiënten, variërend van 15 tot 85 jaar, een voorlichtende taak ten aanzien van seks na hartinfarct konden vervullen. Diverse andere aspecten, zoals de verschillen in absolute aantallen tussen mannen en vrouwen en de verschuiving bij de vrouwen naar een latere leeftijd, laten wij hier rusten. De variatiebreedte in leeftijd van 15-19 jaar tot 85 jaar verschilt aanzienlijk met die in Tabel I, waarin de leeftijd bij een hartinfarct zich beweegt tussen 34 en 78 jaar.

Beschouwing

Huisartsen kunnen bijdragen tot een verheldering van de werkelijke problemen, door de categorale behandeling in het ziekenhuis te laten volgen door een integrale behandeling thuis. Het is al bijna vijf en twintig jaar geleden dat *Querido* in zijn „Inleiding tot een integrale geneeskunde” hierop heeft gewezen. Het klinisch handelen berust veelal op de in de kliniek geregistreerde gegevens en veel minder op de gegevens omtrent de psychologische en sociale gesteldheid van de patiënt. Deze lacunes moeten worden aangevuld om tot een vollediger oordeel over de patiënt en tot een grotere doelmatigheid van het therapeutisch handelen te komen. *Querido* eindigt met een pleidooi de patiënt als persoon te interpreteren en hij is van oordeel dat de integrale benadering het geestelijke eigendom kan zijn van de algemene arts die zijn patiënt en diens gezin „kent”. In deze context kan de huisarts, die een goede, open relatie met zijn patiënt heeft, diens gezondheid bevorderen. Hij dient zich ervan te overtuigen of het „exit interview” heeft plaats gehad. Ook al is dit het geval geweest, dan kan de huisarts een „weer thuis” interview houden met de logistieke aspecten die op deze beschouwing volgen. De hart „disease” wordt dan ten minste geen hart „illness” (*Van Es*).

Dit literatuuronderzoek en het retrospectief onderzoek in een huisartspraktijk hebben laten zien dat er nog wat te verbeteren valt. De schade van een iatrogene abstinentie of „self care” wordt bepaald door het daaruit voortvloeiende dysfunctioneren en de onlustgevoelens. De inter-individuele verschillen nopen ons de operationele inhoud van aspecten zoals gevaar, nadeel, risico en agorafobie te peilen. Alleen een gesprek maakt een dialoog met de patiënt en de partner mogelijk,

alsmede een herhaalde uitleg en een herhaalde geruststelling. Gezien het cumulatieve effect van een hartinfarct bij een reeds gestoorde erotische belangstelling c.q. interactie, is het initiatief van een voorzichtige benadering gewenst. De angst voor het beleven van seksuele gevoelens, kan volgens *Musaph*, zich chronisch uiten in een gedrag, waarbij geen plaats is voor de normale seksuele gevoels- en gedragspatronen. Waarschijnlijk weten wij meer van het fysiologisch gedrag van de mens in de ruimte of diep onder water, dan van zijn gedrag tijdens de stress waaraan hij onderhevig kan zijn in zijn slaapkamer (*Van Maanen*).

Logistiek

De logistiek is puntsgewijs samen te vatten:

- Zodra de labiele periode na het hartinfarct voorbij is, kan het gesprek over seksuele activiteiten worden begonnen. Dit geldt zowel voor de man als voor de vrouw.
- De nadruk moet vallen op het vrijwillige karakter van deze interventie.
- De seksuele heroriëntering houdt gelijke tred met de lichamelijke en geestelijke revalidatie en dient er niet als een appendix bij te bungelen.
- De arts zet het gesprek bij de volgende contacten voort en krijgt daarmee een indruk van de erotische lustbeleving in de periode vóór het hartinfarct.
- De partner wordt zo spoedig mogelijk bij het gesprek betrokken.
- Extravaginale bevredigingsvormen en houdingsvarianties kunnen onderwerp van gesprek zijn.
- Grote leeftijdsverschillen en buitenechtelijke contacten kunnen worden belicht in het kader van recent wetenschappelijk onderzoek.
- „Het moet niet allemaal” kan in woorden van gelijke strekking aan de patiënt duidelijk worden gemaakt.
- De minder op het individu gerichte voorlichtingslektuur kan een goede aanvulling betekenen of tot vragen aanleiding geven.

Samenvatting. De menselijke seksualiteit, aldus Bierkens, heeft het karakter van een uitbundige functionele weelde. Als een patiënt na een hartinfarct zijn seksuele problematiek met angst en onzekerheid alléén moet verwerken, kan deze stress ertoe bijdragen dat de „disease” een „illness” wordt. Geschriften en audiovisuele middelen ter voorlichting alleen, zijn te algemeen om de patiënt daarbij te helpen. De mogelijkheid van een ongevaarde dialoog met relevante en op het individu afgestemde informatie moet worden benut vanaf het moment dat de stabiele fase van de herstelperiode is begonnen. De patiënt raakt dan reeds iets

van zijn patiëntenrol (dat is hulpvrager) kwijt en wordt al meer cliënt (dat is degene die wordt gehoord). Het ont-individualiserend effect van het hartinfarct, dat patiënten leven doet verschrompelen en in elkaar krimpen, krijgt door het gesprek weer perspectief. Deze gang van zaken wordt beschouwd als primaire preventie van seksueel dysfunctioneren en als een mogelijkheid de uitbundige weelde van de seksualiteit te behouden.

Summary. Sexual behaviour and myocardial infarction. According to Bierkens, human sexuality has the characteristics of abundant functional luxury. When a patient is left to himself to cope with his sexual problems in anxiety and uncertainty after a myocardial infarction, this stress can help turn the disease into an illness. Publications and audiovisual information alone are too general to be of use to the patient. The possibility of an unrequested dialogue with relevant, individualized information, should be utilized as soon as the stable phase of the recovery period commences. At that time the patient is already giving up his role of patient (i.e. claimant to help), in favour of the role of client (i.e. a person who is heard). The patient's life, shrunken as a result of the de-individualizing effect of the myocardial infarction, is given a new perspective in the dialogue. This procedure is regarded as primary prevention of sexual dysfunction and as a possibility to save the abundant luxury of sexuality.

- Bierkens, P. B. in *Fertiliteitsstoornissen onder redactie van E. V. van Hall en J. Wildschut*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1977.
- Bleek, Wolf. *Sexual relationship and birth-control in Ghana*. Academisch proefschrift, Amsterdam, 1976.
- Bloch, A. en anderen (1975) *Amer. Heart J.* 90 (4), 536.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Harten vaatziekten. Een statistische verkenning*. 1976 (met een persoonlijke aanvulling daarop).
- Editoria (1976) *Brit. Med. J.* I, 414.
- Es, J. C. van (1976) *Med. Contact* 31, 1357.
- Frenken, J. *Afkeer van seksualiteit*. Academisch proefschrift, Utrecht, 1976.
- Gill, K. (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 237.
- Green, A. W. (1975) *Amer. Heart J.* 89 (2), 246.
- Groen, J. J. en anderen. *Het acute myocardinfarct, een psychosomatische studie*. De Erven Bohn, Haarlem, 1965.
- Halhuber, C. en M. J. Halhuber (1974) *Herz. Kreisl.* 6, 591.
- Hellerstein, H. K. en E. H. Friedman (1970) *Arch. intern. Med.* 125, 987.
- Hemel, N. M. van en E. O. Robles de Medina (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 93.

Epidemiologische notities

- Hoekstra, R. C. De ontwikkeling van deviaties en variaties psychoanalytisch bezien. In: De seksuele ontwikkeling van kind tot volwassene, deel II. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij b.v., Leiden, 1976.
- Jenkins, D., S. Zyzanski en R. Rosenmann (1976) *Circulation* 53, 342.
- Keerpunt hartinfarct, de leefwijze erna. Boehringer Ingelheim, 1964.
- Keerpunt hartinfarct, een nieuw begin. Boehringer Ingelheim, 1969.
- Kent, S. (1975) *Geriatrics* 30, (8), 151.
- Klumbies, G. und H. Kleinsorge (1950) *Med. Klin.*, 952.
- Kushnir, B. en anderen (1975) *Brit. Med. J.* IV, 609.
- Lie, K. I. Acute myocardial infarction in the coronary care unit. Academisch proefschrift, Amsterdam, 1974.
- Maanen, G. van. Een longitudinaal onderzoek naar de risicofactoren van ischaemische hartziekten bij 40-jarige mannen. Academisch proefschrift, Utrecht, 1977.
- Musaph, H. Het gesprek. Achtste herziene en vermeerderde druk. De Erven Bohn, Haarlem, 1972.
- Nalbantgil, I. (1976) *Amer. Heart J.* 91 (3), 406.
- Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. H. E. Stenfert Kroese, Leiden, 1955.
- Soto-Hartgrink, M. K. de. Epidemiologie van ischaemische hartaandoeningen. Academisch proefschrift, Groningen, 1968.
- Storr, A. Agressie bij de mens (tweede druk) J. A. Boom en zoon, Meppel, 1970.
- Ueno, M. (1963) *Jap. J. Legal. Med.* 17, 333.
- Vinken, P. J. Informatie genereert informatie. *Excerpta Medica*, Amsterdam, 1976.
- Vraagbaak voor infarctpatiënten, het antwoord op 200 vragen van alle dag. *Excerpta Medica* en de Nederlandse Hartstichting, 1974.
- Wagner, N. N. Sexual activity and the cardiac patient. In R. Green, *Human Sexuality*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1975.
- Zijl, L. B. M. van der. De huisarts en de (psycho)seksuele problematiek van het jonge kind en de jeugdige. In: De seksuele ontwikkeling van kind tot volwassene, deel II. Stafleu's wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij b.v., Leiden, 1976.

Ontleend aan het Epidemiologisch Bulletin van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Rotterdam, september en oktober 1977 en aan Overzicht nummer 1, 13e jaargang van de aangegeven gevallen van infectieziekten Staatstoezicht op de Volksgezondheid, afdeling infectieziekten van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid.

Influenza

Er zijn géén aanwijzingen gevonden dat het „swine” influenzavirus in 1977 vaste grond onder de (menselijke) voeten heeft gekregen; wèl is het virus (HswN1) geconstateerd onder varkens in Italië. Voor zover bekend komt het in de Nederlandse varkensstapel niet voor. In ons land wordt getracht door systematisch serologisch onderzoek van varkenssera een indruk te verkrijgen of – al of niet klinisch manifest – varkensinfluenza ook in Nederland voorkomt.

In de berichtgeving van de W.H.O. wordt melding gemaakt van het (her)verschijnen van een vroegere stam, namelijk A (N1N1), die in de periode 1947-1957 in de wereld circuleerde. Op 7 december 1977 berichtte de Minister voor Volksgezondheid van de U.S.S.R. aan de W.H.O. dat deze stam werd geïsoleerd bij patiënten lijdend aan klinische influenza. Behalve deze stam werd ook de reeds bekende stam A/Victoria/3/75 en A/Texas/77 gevonden. In de U.S.S.R. heerst momenteel matig veel influenza. Eensluitende berichten werden ook onlangs ontvangen uit Hong-Kong.

Uit het feit dat A (N1N1) stammen sedert 1957 niet meer hebben gecirculeerd, mag men concluderen dat de ziekte thans voornamelijk onder jongeren tot twintig jaar zal heersen daar de oudere bevolkingsgroep reeds vroeger contact met de A (N1N1) stam had en dus in meerderheid over residuele immuniteit beschikt.

Er is vooralsnog geen enkele aanwijzing dat het in Nederland voor het seizoen 1977-1978 geadviseerde immunisatiebeleid verandering behoeft. Bovendien bevinden zich in de groep 0-20 jarigen relatief weinig personen voor wie het doormaken van influenza een extra risico met zich brengt.

Gastro-enteritis

In de vorige Epidemiologische notities vermeldden wij dat over de etiologie van gastro-

enteritis steeds meer bekend wordt. Vestigden wij toen vooral de aandacht op de rol van rotavirussen, thans noemen wij een „nieuwe” bacteriële oorzaak en wel *Campylobacter*.

Het griekse woord „campylos” betekent gekromd staafje. Het betreft hier micro-aerofiele vibriënen, die om bepaalde bacteriologische redenen niet tot het geslacht *Vibrio* worden gerekend, maar tot het aparte geslacht *Campylobacter*. In de veterinaire wereld staat *Campylobacter* foetus reeds lang bekend als de oorzaak van besmettelijk „verwerpen”, vooral van runderen en schapen*. Transmissie bij deze dieren vindt plaats via het voer of gedurende de coitus. Ook kent men bij kalveren een ziekte die „winterdysenterie” of „autumndiarrhoea of calves” wordt genoemd. Dit ziektebeeld wordt – naar men aanneemt – verwekt door een andere vertegenwoordiger van het geslacht *Campylobacter* namelijk *C. jejuni*.

Ook bij de mens blijkt *Campylobacter jejuni* aanleiding te kunnen geven tot gastro-enteritis. Naast *C. jejuni* wordt ook nog *C. coli* beschreven.

Het is thans mogelijk in het bacteriologisch-epidemiologisch laboratorium van de G.G. & G.D. Rotterdam (hoofd: dr. J. R. J. Bänffer) bij gastro-enteritis – naast de „klassieke” pathogene darmbacteriën als *salmonellae*, *shigellae* en *yersinia* – óók *Campylobacter* aan te tonen. Behalve door isolatie is het ook mogelijk door serologisch onderzoek een stijging van agglutinines aan te tonen.

Skirrow** beschreef onlangs de klinische verschijnselen van een infectie met *Campylobacter*. De meeste patiënten hebben eerst een periode van koorts (1-3 dagen), hoofdpijn, pijn in de extremiteiten en koliekachtige buikpijn. Ná deze weinig specifieke verschijnselen volgt dan diarrhoea, soms peracut, soms geleidelijk. De ontlasting

* *Vibrio foetus*, thans dus *Campylobacter foetus*, is daarnaast pathogeen voor hamsters, cavia's en, in zeldzame gevallen, de mens.

** Skirrow, M.B. (1977) *Brit. med. J.* II, 9.