

dentis is niet tevreden over de toegepaste anticonceptiemethode, ruim 13 procent heeft zelfs emotionele weerstanden. Dit geldt met name ten aanzien van het condoom en het pessarium.

Summary. Female students and contraception.

Toward the end of 1981 an inquiry into the use of contraceptives was held among the females consulting the student physicians of the University of Amsterdam (N=463; response 92.6 per cent). During the year preceding the inquiry only 3.5 per cent of the respondents had had no sexual contacts; 94.4 per cent had experience with contraceptives. Some 25 per cent of the respondents had used the morning after pill once or several times. One out of nine respondents had had an induced abortion.

The principal methods of contraception used at the time of the inquiry by heterosexually or bisexually active female students were: the pill (52.7 per cent), an IUD (17.1 per cent), a condom (10.7 per cent), a diaphragm (6.8 per cent), total abstinence (5.0 per cent), periodic abstinence (1.8 per cent), withdrawal (1.1 per cent) and sterilization (0.7 per cent). Female student contraceptive practice was found to be characterized by prolonged use of the pill, emphasis on condom and diaphragm and virtually no sterilization. Entirely unreliable contraceptive techniques were rarely used. Some 30 per cent of the respondents were dissatisfied with the method of contraception used, and at least 13 per cent had emotional resistances. This applied in particular to condom and diaphragm.

¹ Meijman F, Nemere S, Waal J van der, Ketting E. Anticonceptie en kindervens. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26: 172-80.

² Meijman FJ. Spreekuurregistratie in de studentengezondheidszorg. Een aanzet tot probleemsigalering. *Tijdschr Soc Geneesk* 1982; 60: 535-43.

³ Ketting E. Permanente registratie abortus Nederland. Verslag over het jaar 1980. Den Haag: Stimezo, 1982.

⁴ Faberij de Jonge I, Harmsen IR, Cyrus-Gooswit L. Anticonceptie is moeilijker dan men denkt. Deel I. Zeist: NISSO, 1976.

⁵ Luiten A. De VU-student en seksualiteit. Amstelveen: Vormingscentrum VU, 1980.

⁶ Sips AJBI. Veranderingen in geboorteregeling [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1980.

⁷ Ketting E. De teloorgang van de pil. Zeist: NISSO, 1981.

De huisarts en de vrouw met een knobbeltje in haar borst

Communicatie in het teken van de angst*

DR. J. GENDERS-BAZELMANS**

Borstkanker staat reeds vele jaren in het middelpunt van de belangstelling. In de psychologische literatuur over dit onderwerp wordt echter vrijwel alleen aandacht geschonken aan de in emotioneel opzicht negatieve gevolgen die het lijden aan kanker en het ondergaan van de therapie met zich kunnen meebrengen. Te weinig aandacht wordt geschonken aan de periode die voorafgaat aan het stellen van de diagnose. Dit is opmerkelijk, aangezien diverse onderzoekers hebben vastgesteld dat het merendeel van de borstkankerpatiënten deze periode beleeft als de meest angstige en onzekere tijd van de hele behandeling.

Inleiding

Geen enkele patiënte en ook geen enkele arts is gelijk aan een ander en pasklare richtlijnen zijn dan ook niet mogelijk. In feite is zelfs elk contact tussen een patiënte en haar huisarts een unieke en op zichzelf staande situatie. De wijze waarop de patiënte reageert op het ontdekken van een afwijking in haar borst, is het uitgangspunt voor de opvang door degene die zij consulteert. Kennis van de subjectieve beleving van de situatie door de patiënte is daarom van het aller-grootste belang.

De ontdekking

Veelal is het de vrouw zelf die een afwijking in haar borst ontdekt. Van den Berg raakt naar mijn mening de kern van de zaak als hij zegt: „De vrouw, die, terwijl zij zich wast, „het knobbeltje in haar borst” voelt, legt de zeep uit haar handen en zegt zich de ontstellende tijding, dat de dood zich toegang heeft verschaft tot haar bestaan”.² Het zijn met name de laatste woorden die naar mijn mening het kernprobleem weergeven omdat – dit in tegenstelling tot de symptomen van andere vormen van kanker – vrijwel iedere vrouw weet dat

een knobbeltje in de borst kán betekenen dat zij kanker heeft.

Aangezien er nog steeds veel mensen aan kanker sterven, wordt kanker als vanzelfsprekend verbonden met doodgaan. Vandaar dat de angst voor deze ziekte zo reëel is, en ten gevolge daarvan ook zo moeilijk te bestrijden. Naar mijn mening wordt dit zeker niet veranderd door naar voren te brengen dat toch ongeveer 50 procent van de kankerpatiënten zeer goede overlevingskansen heeft. Als patiënt, of als potentiële patiënt, maakt juist die andere 50 procent je zo angstig. Vandaar dat statistische gegevens zelden houvast zullen geven.

Hoewel de cijfers voor het mammacarcinoom waarschijnlijk gunstiger liggen, betekent een afwijking in de borst voor veel vrouwen toch een grote bedreiging van haar existentie en de meest voorkomende reactie op een dergelijke bedreiging is angst. Men kan er daarom van uitgaan dat bijna elke vrouw die met een knobbel in de borst bij de huisarts komt, in meerdere of mindere mate bang is. Angst kan aanstekelijk werken, waardoor het angstige gedrag van de vrouw gevolgen kan hebben voor het gedrag van de arts. Daarnaast kan de arts zijn eigen angsten hebben, bijvoorbeeld om fouten te maken in diagnostisch opzicht. Een en ander zal ook in de hand worden gewerkt door zaken die de arts van buitenaf krijgt opgedrongen. Ik denk in dit verband bijvoorbeeld aan de inmiddels berucht geworden berisping van een huisarts door het College van Medisch

* Naar een voordracht voor de Boerhaave-cursus *Vorderingen in de geneeskunde*, Leiden, 16-17 december 1982.

** Als klinisch psychologe verbonden aan het St. Elisabeth Ziekenhuis te Leiderdorp. Schrijfster promoveerde in 1982 op het proefschrift *Chirurgen en hun patiënten met borstkanker*.¹

Tuchtrecht te Eindhoven; men hoeft er *Medisch Contact* van het begin van dit jaar maar op na te slaan.

Het contact en de communicatie tussen de arts en zijn patiënte staan derhalve in het teken van de angst.

Bepalende factoren

Door welke factoren worden de angst van de vrouw en de intensiteit daarvan bepaald?

Allereerst is dit afhankelijk van de persoonlijke geneigdheid van de vrouw om met angst te reageren op als bedreigend ervaren gebeurtenissen. Dit wordt, onder meer door Spielberger, *trait anxiety* genoemd. Daarnaast onderscheidt hij de *state anxiety* ofwel de toestandsangst.³ Is de angstdispositie een relatief stabiel kenmerk van de persoon, de toestandsangst fluctueert met de situatie waarin iemand zich bevindt. Afhankelijk van de mate waarin de huisarts de patiënte en haar omstandigheden kent, zal hij geïnformeerd zijn over haar angstdispositie.

De mate van toestandsangst wordt onder meer bepaald door de angst die de vrouw heeft voor kanker in het algemeen. Deze wordt door directe of indirecte ervaringen met deze ziekte opgebouwd, zoals het in eigen omgeving meegemaakt hebben van (borst)kanker. Uiteraard zal de angst toenemen, wanneer er sprake is geweest van een slecht beloop. Navraag naar deze ervaringen dient daarom een onderdeel van de anamnese te zijn.

Angst voor kanker bestaat vaak al zonder dat zich symptomen voordoen. Bij sommigen neemt dit zelfs fobische vormen aan. Door het ontdekken van een afwijking in de borst, en daarmee het besef mogelijk aan kanker te lijden, krijgt deze „angst-op-afstand” realiteitswaarde. De toestandsangst zal ook toenemen, wanneer de vrouw zich realiseert wat de mogelijke therapeutische consequenties zijn van borstkanker. Bovendien kan ook de plaats waar de afwijking zich bevindt, aanleiding zijn voor een versterkte emotionele reactie. De borst heeft immers een speciale betekenis.

Hoe betekenisvol borsten voor een vrouw zijn, is afhankelijk van vele – met name persoonsgebonden – factoren zoals de ervaringen die in het vroege leven zijn opgedaan met de moederborst, de ontwikkeling van de borsten in de puberteit en de reactie van de omgeving daarop. Ook de wijze waarop de partner de borsten waardeert, dient hier te worden genoemd. Met klem wil ik wij-

zen op de misvatting dat de reactie op het (mogelijke) verlies van een borst altijd geringer wordt met het ouder worden; de verwerking hiervan is zeer individueel. Het komt voor dat vrouwen die in de overgang zijn, in psychisch opzicht meer uit balans raken door een amputatie dan jonge vrouwen. Toch is het mijn ervaring dat bij vrijwel alle vrouwen de angst voor kanker op de voorgrond staat. Dit houdt niet in dat zij dit ook openlijk zullen kunnen of durven bekennen.

Vaststellen angst

Hoe kan de huisarts de angst van een patiënte vaststellen?

Een al te eenvoudig antwoord hierop is: door ernaar te vragen. De praktijk leert dat op een direct gestelde vraag naar de aanwezigheid van angst vaak een ontwijkend, ontkennend, dan wel onjuist antwoord wordt gegeven. Dit wordt naar mijn mening vooral veroorzaakt door het feit dat veel patiënten ervan uitgaan dat artsen alleen geïnteresseerd zijn in somatische gegevens, als ook door het feit dat veel artsen deze vraag nooit stellen. Wat post of wat profer is, weet ik niet, maar naar mijn mening zijn voor dit fenomeen beide partijen verantwoordelijk.

Het is een gelukkige bijkomstigheid dat patiënten wel veel indirecte signalen geven over hun emotionele toestand. Wij hoeven maar naar de gelaatsuitdrukking te kijken of te letten op andere gedragsuitingen van angst zoals op het puntje van de stoel zitten, of een nerveuze manier van praten. Daarnaast is angst te herkennen via diverse fysiologische reacties zoals een snelle pols, transpireren, trillen of klachten over een slechte eetlust of slapeloosheid. Wanneer de huisarts zich daarom te veel concentreert op het afnemen van de medische anamnese en met name op het noteren hiervan, mist hij zeer vele en belangrijke aanwijzingen die hem ervan op de hoogte kunnen brengen, of en in hoeverre zijn patiënte bang is. Kijk daarom naar de patiënte en niet alleen naar haar borst en oksel. Luister niet alleen naar wat zij u vertelt, maar schenk ook aandacht aan de wijze waarop zij dit doet. Denkt zij aan kanker en durft zij het woord „kanker” te noemen?

Aangezien vooral gevoelens op non- of extraverbale wijze worden overgebracht, is dit actieve luisteren en kijken van groot belang. Volgens de Engelse psychiater Maguire zijn echter maar weinig artsen in staat deze signalen op te

vangen en er adequaat op te reageren. Hij is tot deze conclusie gekomen, onder meer op basis van een omvangrijk onderzoek naar de communicatie tussen chirurgen en patiëntes, te weten 450 vrouwen die voor de eerste maal met een borsttumor op de chirurgische polikliniek kwamen. Zowel voor als na het consult werd hun verzocht een vragenlijst in te vullen. Aan de hand hiervan kon de onderzoeker vaststellen of de patiëntes door het contact met de chirurg al dan niet angstiger waren geworden.

De meeste vrouwen waren vóór het consult zeer angstig en zij toonden dit ook duidelijk in hun gedrag. Een vierde deel van hen bracht dit zelfs verbaal naar voren met uitlatingen als: „Ik word gek van angst” of „Ik slik zenuwtabletten”. Wat Maguire nu vond, is dat de chirurgen slechts in 5 procent van de gevallen reageerden op deze duidelijke signalen; tegen een kwart van deze patiëntes werd gezegd dat er op dit moment nog niets was om zich zorgen over te maken. Bij de overige 70 procent van deze patiëntes werd er in het geheel niet op gereageerd en achteraf vertelden de chirurgen dat zij niets aan deze vrouwen hadden gemerkt.

Een vergelijkbaar onderzoek onder huisartsen is bij mijn weten niet verricht, maar ik vraag mij af of dit een geheel ander beeld zou geven.

Ook uitstelgedrag kan een – indirect – signaal van angst zijn. Over uitstelgedrag spreekt men gewoonlijk wanneer patiënten langer dan drie maanden wachten met het invoeren van medische hulp, nadat zij bepaalde afwijkingen hebben ontdekt. Gezien de algemene bekendheid van de mogelijke symptomen van borstkanker, vind ik persoonlijk dat hierbij reeds van uitstelgedrag gesproken kan worden bij een tijdsverloop van één à anderhalve maand. Het is hier niet de plaats om op alle mogelijke oorzaken van uitstelgedrag in te gaan.⁵ Belangwekkend is naar mijn mening wél, dat uitstelgedrag niet alleen iets kan zeggen over de angst van (of de verdringing door) de patiënte, maar tevens over de kwaliteit van de relatie tussen de huisarts en zijn patiënten. Vandaar dat een huisarts bij het constateren van uitstelgedrag door een of meer van zijn patiënten, zich naar mijn mening dient af te vragen of hijzelf hiervan een van de oorzaken kan zijn geweest. Het is mijn eigen ervaring dat patiëntes als reden voor dit uitstel noemen: ik heb weinig vertrouwen in mijn huisarts; ik word altijd zo onpersoonlijk behandeld; ik heb het gevoel niet se-

rius te worden genomen; ik durf niet zo goed bij hem aan te kloppen of: ik ben in het verleden al eens weggestuurd met de mededeling dat ik niet zoveel damesbladen moest lezen. Aangezien een van de eerste vragen aan de patiënte waarschijnlijk is: „Wanneer hebt u deze afwijking voor het eerst bemerkt?“, geeft het antwoord de huisarts tegelijkertijd inzicht in het eventuele uitstelgedrag van zijn patiënte.

Het eerste consult

Bij het eerste contact staan er voor de arts, globaal gesproken, drie wegen open:

- hij is ervan overtuigd dat er niets aan de hand is en kan de patiënte geruststellen;
- hij komt tot de conclusie dat er wel een afwijking is, maar dat deze niet kwaadaardig is;
- hij kan nog geen diagnose stellen en wil verder onderzoek laten verrichten, dan wel de patiënte naar een chirurg verwijzen.

- *Niets aan de hand.* U kunt de patiënte geruststellen. Het logische gevolg van uw bevindingen dient te zijn, dat u ook geen vervolgspraak maakt. Wanneer u in dit geval zegt dat u patiënte over een paar weken toch nog eens wil zien, zal zij deze ambivalentie aanvoelen en waarschijnlijk ongerust of bang blijven; u overtuigt haar er niet van dat er werkelijk niets aan de hand is. Overigens zal deze situatie bij de diagnostiek van mamma-afwijkingen in de praktijk niet vaak voorkomen.

- *Afwijking niet kwaadaardig.* U zult uw patiënte na een bepaalde tijd weer willen terugzien. Wanneer u dit met haar bespreekt en daarbij tevens zegt wat de reden is voor de gewenste controle, zal de patiënte naar alle waarschijnlijkheid iets minder bang bij u weggaan. De opmerking „houdt u de borst in de tussentijd zelf maar in de gaten“ is correct doch onvolledig, wanneer u het bij deze opmerking zou laten, dan wel patiënte alleen een folder hierover meegeeft. Ervaringen hebben namelijk geleerd dat een aantal vrouwen haar eigen borsten niet kan of niet durft te onderzoeken. De techniek van het zelfonderzoek van de borsten is door u of door uw assistente over te dragen, doch de psychologische weerstanden van de patiënte blijven vaak versluierd. Het taboe van het betasten van het eigen lichaam kan in bepaalde gevallen hiervan de oorzaak zijn; het feit echter

dat er een kans bestaat dat men bij dit onderzoek juist datgene zal vinden waar men bang voor is, lijkt mij een frequenter voorkomende reden. Vandaar dat met name bij angstige vrouwen de kans gering geacht moet worden dat het advies, zelf regelmatig de borsten te onderzoeken, wordt opgevolgd. In feite is het juist, patiënten zelf verantwoordelijkheid te geven bij het waken over de eigen gezondheid, maar gelet op de ervaringen, dient de huisarts bij het geven van een dergelijk advies eerst na te gaan of de patiënte hiertoe ook werkelijk in staat is.

- *Verder onderzoek of verwijzing is nodig.* In deze situatie kunt u nog geen uitsluitel geven en derhalve kunt u de angst van de patiënte nog niet wegnemen. Deze zal daarentegen waarschijnlijk nog toenemen, aangezien de dreiging van de mogelijke diagnose „kanker“ dichterbij komt. De onzekerheid duurt voort. Dit zal voor uzelf een onprettige situatie zijn, doch u moet beseffen dat voor de meeste patiëntes nu de periode van de grootste angst aanbreekt.

In deze situatie van onzekerheid schuilt het gevaar dat de huisarts al te bemoedigende woorden gebruikt of een te optimistische voorstelling van zaken geeft. Zijn bevindingen, of zijn vermoeden van de diagnose, moeten de basis vormen voor de hoeveelheid informatie die hij de patiënte geeft. Het is beter de eigen onzekerheid uit te spreken dan de patiënte gerust te stellen nog voordat men weet of dit terecht is. Het is een misvatting te denken dat patiënten „onnodig ongerust worden gemaakt“, wanneer er met hen wordt gesproken over zaken die mogelijk in het verschiet liggen. De patiënten zijn al ongerust en het is voor velen juist een geruststelling te weten dat er serieus op de situatie wordt ingegaan.

Over het tijdstip van het verrichten van de diagnostische onderzoeken dan wel de verwijzing naar de chirurg, geldt in principe dat de meeste vrouwen zo snel mogelijk de onzekerheid beëindigd willen zien. Het in deze situatie betrachten van haast is, gezien de huidige inzichten, niet zozeer op medische dan wel op psychologische gronden van belang. Het is goed dat de vrouw weet dat er geen paniektoestand hoeft te ontstaan; sommige vrouwen hebben er behoefte aan enkele dagen tot rust te komen om zodoende weer enige greep op de situatie te krijgen. Wanneer het alleen de arts is die op spoed aandringt, zal de patiënte het gevoel krijgen dat het

slecht met haar is gesteld. Daarom is overleg hierover gewenst en kan het voor de patiënte meest gunstige tijdstip worden bepaald.

Aangezien de zekerheid van de diagnose kanker vaak nog beter wordt verdragen dan de onzekerheid, dient de huisarts de uitslagen van onderzoeken zo snel mogelijk aan zijn patiënte mede te delen. In groepspraktijken dient ervoor te worden gezorgd dat de patiënte in het verdere beloop steeds met dezelfde arts te maken krijgt.

Bij de keuze van de chirurg dient de huisarts zich niet alleen te laten leiden door diens technische competentie, maar ook door diens persoonlijke aandacht en zorg voor zijn patiënten. Een goed contact tussen de chirurg en de huisarts is bovendien van groot belang voor het uitwisselen van gegevens. Het is raadzaam dat de huisarts, telefonisch dan wel schriftelijk, de chirurg op de hoogte brengt van zowel medische als psychosociale gegevens, zoals de mate van angst van patiënte, het vóórkomen van kanker in de naaste omgeving van patiënte en eventuele problemen in de persoonlijke sfeer. Deze voorkennis kan voor de chirurg een belangrijke steun zijn bij zijn aanpak.

Verdere adviezen

De huisarts doet er verstandig aan, de patiënte aan te raden de partner of een ander vertrouwd persoon mee te nemen naar de polikliniek. Wanneer hij dan bijvoorbeeld zegt „Twee horen meer dan een, met name als je gespannen bent,“ zal dit advies niet verkeerd worden geïnterpreteerd. Wanneer de patiënte zegt niemand te hebben die hiervoor in aanmerking komt, heeft de huisarts tegelijkertijd informatie over het mogelijk ontbreken van emotionele steun vanuit de naaste omgeving. Indien dit het geval is zal hij extra aandacht aan deze patiënte moeten besteden.

Verder kan de huisarts de patiënte vragen hem op te bellen wanneer zij bij de chirurg is geweest. Dit geeft hem de gelegenheid haar te blijven volgen. Hij weet dan wat er staat te gebeuren, en vooral hoe patiënte op een en ander reageert.

Adequate informatie kan de angst van de patiënte verlichten. Hiervoor is onder meer nodig dat de huisarts op de hoogte is van de werkwijze van de chirurg, de gang van zaken in het ziekenhuis en de wijze waarop bepaalde onderzoeken plaatsvinden. Voor een patiënte is het afschuwelijk om in tijden van spanning informatie te krijgen die

niet in overeenstemming is met de werkelijkheid, laat staan daar strijdig mee is. De huisarts kan de patiënte al enigszins op de hoogte brengen van hetgeen haar mogelijkwijs te wachten staat. Bedenk hierbij wel dat de patiënte door haar emotionele toestand niet alles kan onthouden. Geef daarom niet te veel informatie ineens, herhaal belangrijke zaken en laat medische termen achterwege. Wanneer er een goede relatie bestaat, zal de patiënte zich vrijer voelen op de informatie in te gaan dan wel aanvullende vragen te stellen.

De huisarts dient zich te realiseren dat ook hij non-verbale signalen uitzendt. Het is bekend dat patiënten erg op de gelaatsuitdrukking van hun arts letten. Wanneer zij een discrepantie ontdekken tussen wat de huisarts zegt en wat hij toont, zal de ongerustheid vrijwel zeker toenemen. Het is goed zich te realiseren dat vrijwel alles wat hij in deze benauwde situatie zegt, op een goudschaaltje wordt gewogen.

Met betrekking tot het verlichten van de angst heeft Maguire een belangrijke constatering gedaan. Het bleek dat als de chirurg wél expliciet informeerde naar de reden van de angst, de meeste patiënten dit ook naar voren durfden te brengen. Juist deze patiënten waren na het consult duidelijk minder bang dan ervoor, in tegenstelling tot de vrouwen tegen wie de chirurg had gezegd zich nog geen zorgen te maken.⁴

Wij hebben reeds opgemerkt dat de meeste vrouwen niet uit zichzelf en in directe zin over hun angst durven praten. Vandaar dat het de taak van de huisarts is hierbij het voortouw te nemen. Hij kan dit doen door tegen de patiënte te zeggen dat het heel begrijpelijk is dat zij angstig is en dat hij beseft wat de onzekerheid voor haar moet betekenen. Dit is naar mijn mening de emotionele steun die zij op dit moment nodig heeft. Tranquillizers zijn hier niet op zijn plaats. Soms lijken zij trouwens eerder te worden voorgeschreven voor de rust van de arts dan ten behoeve van de patiënte. Een borstkankerpatiënte drukte dit als volgt uit: „Ik krijg nu wel de tranquillizer, maar u de tranquillity”. De huisarts moet een gesprek over de angst van de patiënte daarom niet uit de weg gaan met het motief: er staat toch nog niets vast. Op dit moment is de patiënte angstig en het praten erover zal hierin verlichting geven.

Zoals reeds gezegd, bestaan er niet alleen angstgevoelens bij de patiënte. Uiteraard verkeert ook de naaste omgeving in een soortgelijke situatie. Ik denk niet dat de huisarts op dit moment van

de behandeling een specifieke begeleidingstaak heeft ten aanzien van de naaste omgeving van de patiënte. Wel is het raadzaam zijn bereidheid tot steun aan te bieden, zodat hiervan zo nodig gebruik kan worden gemaakt.

De huisarts zelf

Over de eventueel bij uzelf bestaande angst heb ik reeds kort gesproken. Wat er in uzelf leeft, kunt u ook het beste zelf naar voren brengen. Het is jammer dat dit nog zo sporadisch gebeurt. Er is moed voor nodig, wat dit betreft, eerlijk tegenover jezelf te zijn en te durven bekennen dat je soms bang bent. Sta daarom eens stil bij uw eigen emoties. Tracht tevens informatie te krijgen over de wijze waarop u met uw patiënten omgaat. De feed-back hierover kan het beste worden gegeven door uw patiënten zelf. U zult er dan wel open voor moeten staan en er naar moeten vragen, maar zowel uw patiënten als u zullen er wel bij varen.

Al lezende hebt u zich wellicht gerealiseerd hoe weinig tijd u in feite in de praktijk hebt om tijdens het spreekuur aan uw patiënten te besteden. Toch geloof ik dat de meeste van mijn adviezen niet veel extra tijd vergen, aangezien zij verweven kunnen worden in het contact dat u met de patiënten hebt. Voor patiënten die erg angstig zijn, dan wel in moeilijke persoonlijke omstandigheden verkeren, zult u wél extra tijd moeten vrij maken, maar ik denk dat zij hier ook recht op hebben.

¹ Genders-Bazelmans J. Chirurgen en hun patiënten met borstkanker [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1982.

² Berg JH van den. Psychologie van het ziekbed. Nijkerk: Callenbach, 1952.

³ Spielberger CD. Understanding stress and anxiety. New York: Harper & Row, 1979.

⁴ Maguire P. The psychological and social sequelae of mastectomy. Edinburgh: Oliver & Boyd, 1976.

⁵ Bazelmans J. Uitstelgedrag bij patiënten met (borst)kanker. Ned Tijdschr Geneeskd 1975; 119: 1793-9.

Tijdschriften van wetenschappelijke huisartsenorganisaties

Allgemeinmedizin General Practice, Societas Internationalis Medicinae Generalis, Bahnhofstrasse 22, A-9020 Klagenfurt, Oostenrijk.

Australian Family Physician, 70 Jolimont Street, Jolimont, Victoria, 3002, Australië.

Le Medicin de Famille/de Huisarts, Rue du Tabellion 76, 1050, Brussel, België.

Huisarts Nu, Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen, Grote Hondstraat 18, 2000 Antwerpen, België.

Canadian Family Physician, 4000 Leslie Street, Willowdale, Ontario, Canada.

The Family Physician, PO Box 16250, Tel Aviv, Israël.

Hong Kong College of General Practitioners, PO Box 10651, GPO, Hong Kong.

The Family Practitioner, Room 1, NMA House, 5th Floor, 124 Jalan Pahang, Kuala Lumpur 02-14, Maleisië.

The Finnish Association of General Practitioners, Ruoholahdenkatu 4, 00180 Helsinki, Finland.

Transactions of College of General Practitioners of Sri Lanka, 147 Galle Road, Dehiwela, Sri Lanka.

New Zealand Family Physician, PO Box 1, Owaka, South Otago, Nieuw-Zeeland.

Journal of the Royal College of General Practitioners, Alford House, 9 Marlborough Road, Exeter, EX2 4TJ, United Kingdom.

Journal of Pakistan Medical Association, PMA House, 39 Garden Road, Karachi-3, Pakistan.

Philippino Family Physician, R-508 Dua Mercedes Building, Quiapo, Manila, Filippijnen.

Le Médicin du Quebec, 1440 St. Catherine St. West, Suite 1100, Montreal, Quebec. H3G 1R8 Canada.

Newsletter, PO Box 2270, Bulawayo, Rhodesië.

Singapore Family Physician, The Alumni Medical Centre, 4A College Road, Singapore 3.

Elan, PO Box 27399, Sunnyside, Pretoria, Zuid-Afrika.

American Family Physician, American Academy of Family Physicians, 1740 West 92nd Street, Kansas City, Missouri, 64114, USA.