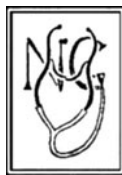


huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

Specialisering tot huisarts met of zonder universiteit*

DOOR PROF. DR G. M. H. VEENEKLAAS

Wij gaan er van uit dat het huisartsenvak een specialisme is. Hoe komt het dat dit pas zo kortelings is ontdekt? Daarvoor zijn verschillende redenen aan te geven, terwijl ook enkele omstandigheden kunnen worden duidelijk gemaakt, die er toe hebben bijgedragen, dat de toestand is geworden zoals hij nu is. Alvorens deze vragen te beantwoorden wil ik eerst de aandacht vragen voor een aantal punten.

1 *Enkele aspecten van het huisarts zijn.* De huisarts is genoemd de „family doctor” en dat is hij zeker meer dan enige andere medicus; hij is ook wel genoemd de *huisarts* en ook dat is hij meer dan iedere andere arts; dan is hij wel genoemd de „general practitioner”, ook dat klopt; zelfs is hij genoemd de „personal doctor”, hetgeen niet minder juist is. In tegenstelling tot andere medici lijkt mij, dat hij naast de ziekte het meest van allen ook de zieke in het oog houdt, behandelt, bijstaat en helpt. Naast de ziekte komt hij wellicht meer dan de meeste andere medici in aanmerking om de mens, het individu, in zijn patiënten te kennen.

Als men het individu wil kennen naast de lichamelijke kanten, die men reeds leerde kennen tijdens zijn opleiding, komt men terecht bij de psychologische en psychiatrische vakken. Maar men kan alleen een individu zijn tegen de achtergrond van de grote maatschappelijke gebeurtenissen; men moet daarom ook kennis hebben van het grotere milieu in onze samenleving en van het kleinere milieu, het gezin. Wat voor de huisarts geldt, geldt ook voor andere artsen, zij het in mindere mate. Zo gezien zou hieruit kunnen volgen, dat de arts geschoold dient te zijn in deze genoemde vakken.

* Voordracht, gehouden op de huisartsencursus „Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte” te Nijmegen, april 1961.

Wenden wij ons dan tot onze Alma Mater, waar onze scholing pleegt plaats te vinden. Dat de universiteit een taak heeft bij de scholing van toekomstige artsen is onomstreden. De medische faculteiten zien in, dat meer scholing op de zo juist genoemde terreinen voor de aanstaande artsen nodig is en aan de totstandkoming van dit onderwijs wordt de hand gelegd. Ik zou daaraan thans geen aandacht willen besteden, omdat u al afgestudeerd bent, en mij derhalve willen bepalen tot de problemen van de nascholing en de vraag willen bespreken, of de universiteiten daarbij wel of niet zouden kunnen of moeten worden ingeschakeld. Wij spreken zo gemakkelijk in enkele zinnen over psychologie, psychiatrie, sociologie, over onderwijs en nascholing in deze vakken. Het is echter zeer goed te begrijpen, dat dit heel moeizaam op gang komt. Ik moge u een enkel voorbeeld noemen om dit te verduidelijken.

2 *Het overwegen van de betekenis van het begrip ziekte in ons medisch denken.* Als men een medisch boek of tijdschrift leest, wordt daarin de ziekte steeds uitvoerig besproken en ontleed. De patiënt wordt er niet of nauwelijks in genoemd. Ook in onze ziekenhuizen en in onze onderlinge relaties spreken en denken wij over ziekten en gevallen. Wij zijn geconditioneerd geraakt om onze gedachten vrijwel geheel te laten beheersen door de betekenis van de ziekte. Zozeer is dit het geval, dat dit zelfs plaats vindt als wij proberen de patiënt een ogenblik als mens te zien. Ook dan doet de patiënt zich in de eerste plaats en bij voorkeur aan ons voor als een ontleedbaar geval. Daarom is het ook prettig er dan de psychiater bij te halen, zodat men verontschuldigd is zich niet als mens tegenover mens te hoeven bloot te geven. Zich bloot geven is griezelig; zelfs de gedachte wordt al geweerd.

Vandaar ook dat, als wij gewoon warm en menselijk zouden willen of moeten doen, wij dit gelukkig gewoonlijk weten te beperken tot de befaamde beoedigende klopp op de schouder.

Als men nu wenst, dat er toenemende aandacht aan de zieke zal worden besteed, moet toch wel duidelijk zijn dat er zeer veel zal moeten veranderen en zeer veel tijd zal moeten verlopen voordat dit enigszins algemeen goed kan zijn geworden, ook in de opleiding. Vergeet u niet, wij spreken nu over iets, dat de meeste mensen nog niet zien, dat wij twintig jaar geleden ook niet zagen en dat, behalve hier, alleen in Amerika bestaat.

Nu kom ik toe aan de beantwoording van mijn aan het begin gestelde vraag: waardoor is deze nieuwe toestand hier ontstaan?

3 Invloed specialisering. Nu de superspecialisatie voortschrijdt in zoveel richtingen en afmetingen en het dus voor allen moeilijker en onmogelijker wordt om gelijke tred te houden met de ontwikkeling, moet hij, die het minst gelegenheid heeft bij te blijven, zich gaandeweg meer en meer een achterblijver gaan voelen. Hij moet ook als zodanig worden gezien door degenen, die wel voortschrijden, al is het dan maar op eigen terrein. Hij heeft het minst gelegenheid bij te blijven omdat zijn werkkring hem dit amper toestaat, ook omdat hij zulk een breed veld bestrijkt en dus juist het meest zou moeten studeren om bij te blijven. Hij krijgt, zoals ieder zou overkomen, gevoelens van minderwaardigheid en insufficiëntie. Een dergelijke toestand probeert de betrokkene altijd te neutraliseren door ergens anders waarden op te doen of te ontdekken. De krachtigsten ondernemen zulke pogingen het eerst. Zo hebben wij kunnen zien, hoe in ons land de huisartsen de laatste jaren in toenemende mate hebben ontdekt dat zij wis en waarachtig wel een eigen terrein hebben en op dat terrein even wis en waarachtig nog meer waard zullen kunnen worden dan zij reeds zijn; een terrein dat helemaal van hen is, dat geen ander evenzo bezit of zich eigen kan maken: het terrein van de zieke, van de patiënt zelf. Maar er is een tweede omstandigheid, naast de invloed van de toegenomen specialisering, die er toe bijdraagt dat de huisarts zijn eigen specialisme claimt, kan en moet claimen.

4 Invloed van de toenemende ontwikkeling van de samenleving. Wij leven in een heel interessant tijdperk. De vanouds bekende doodsoorzaken zijn vergaand teruggedrongen. Wij hebben onze handen steeds minder vol met het bestrijden van grote epidemieën of van gevaarlijke infectieziekten. Nieuwe doodsoorzaken zijn hiervoor in de plaats gekomen. Als zodanig mag ik noemen de ongelukken van diverse soort en aard, die thans een van de meest voorkomende doodsoorzaken zijn. Maar deze binden onze medische handen nog niet zo. Ons werk is administratief weliswaar toegenomen, maar ook dat vult de dag niet. Er is, wat de behandeling van ernstige ziekten betreft, zeker een vacuüm ontstaan.

Daarnaast is de welvaart bijzonder sterk toegenomen en doet dit in nog steeds stijgende mate. Dit houdt in, dat er in het algemene leven buiten de medische sfeer minder aandacht nodig is voor het nemen van maatregelen om in leven te blijven. Ik bedoel hiermee dat in brede lagen voor ons allen geldt, dat er meer sociale zekerheid is, meer veiligheid en zekerheid bij ziekte en werkloosheid — vroeger hielden ziekte en werkloosheid een ernstige bedreiging van het leven in — en bovendien hoeft men minder hard te werken en kan zelfs vrije tijd nemen. Dat gebeurt ook en is onder meer officieel registreerbaar in de vrije zaterdag.

Echter, als men meer vrije tijd krijgt, is het onherroepelijk dat men meer gaat nadenken over de dingen des levens. Wij leven dus, en wellicht voor het eerst, in de periode, dat de mens op aarde bestaat in een tijd van voldoende en voldoende gespreide welvaart en voldoende en eveneens voldoende gespreide afwezigheid van dreigende doodsoorzaken. Het is geen toeval dat men in zulk een tijdsbestek de mens zelf is gaan ontdekken. Psychiatrie, psychologie, dieptepsychologie, psychoanalyse zijn dan ook alle van de laatste tientallen jaren. Hetzelfde is het geval met de sociologie. Wij kunnen ons deze luxe veroorloven. Na de dood komt nu het leven aan bod. De zo even genoemde luxe blijkt dan helemaal niet zulk een luxe te zijn. Allereerst is te constateren, dat wij, na zo lang de dood te hebben bestreden, niet goed weten hoe met het leven om te springen.

Al bestaan zij nog maar kort, toch is de verspreiding van deze jonge vakken reeds indrukwekkend. Er bestaat een snelgroeiende algemene belangstelling voor psychologische en sociologische kennis. De ontwikkeling van deze vakken en vooral de publieke belangstelling er voor maken het mogelijk en noodzakelijk dat de huisarts zijn patiënt gaat zien zoals hij bezig is te doen.

Het moge interessant zijn een ogenblik te bezien hoe dit probleem aan de overzijde van de oceaan ligt.

5 Verschijnselen in de Verenigde Staten. De Verenigde Staten zijn ons vooruit in menig opzicht. Zowel in die zin, dat de welvaart daar langer bestaat dan hier, als in de zin dat de bestudering van het individu er langer plaats vindt en er dus verder is voortgeschreden. Dit vindt zijn uitdrukking in de zeer grote vlucht welke de psychologische vakkeginds hebben genomen en ook in de algemene aanvaarding door het publiek van de psychoanalyse. Een verschijnsel, dat wij, zonder kennisneming van de psychoanalyse en zonder kennisneming van de achtergronden of eventuele uitkomsten, nogal eens weinig kritisch beoordelen.

Men heeft daar ook langer ervaring met artsen, die afstuderen en de praktijk in gaan om te ontdekken dat de praktijk eisen stelt, waaraan de opleiding niet kan voldoen. De praktijk is vaak vervelend na al het interessante dat men heeft geleerd; men is tijdens de opleiding geconditioneerd op de ziekte en men

moet in de praktijk de zieke behandelen. Men weet dan niet voldoende hoe te handelen, omdat dit hoofdstuk ontbrak op het curriculum. Ook in mijn eigen vak is dat zeer onlangs nog onderwerp van discussie en publikatie geweest. Aan het geconstateerde tekort komt men in sommige centra op twee manieren tegemoet. Men doceert psychologie aan medische studenten en men laat hen deelnemen aan zogenaamde „family care programs”. In beide gevallen heeft men ondervonden, dat de stof gretig wordt ontvangen in het begin van de studie en minder aanslaat in een later stadium, wanneer de aandacht reeds geboeid is door de exacte en klinische vakken.

6 *Welke toestand bestaat er nu in Nederland?* Er is een kleine groep huisartsen, die brandt van belangstelling om haar vak status te geven en om de kennis in psychosociale zin uit te breiden. Zo groot is het verlangen van deze huisartsen naar meer kennis en meer diagnostische en zo mogelijk zelfs therapeutische macht in deze richting, dat zij wel teleurgesteld moeten zijn dat aan dit verlangen niet terstond en duidelijk een passend antwoord kan worden gegeven. Met name de universiteiten, die wel de gehele medische opleiding voor hun rekening nemen, hebben zeker naar het gevoel van de huisartsen niet zo erg adequaat gereageerd op dit verlangen naar meer opleiding. Evenals het ongeduld van de huisartsen is deze niet spectaculaire reactie van de universiteiten goed te begrijpen. De jonge vakken, zoals psychologie en sociologie, zijn nog bezig zich een plaats aan de universiteiten te veroveren, de oudere psychoanalyse heeft daar zelfs nog geen plaats gevonden. Hun communicatie met de medische faculteiten is nog bezig te ontstaan. Hoe zou het ook anders kunnen. Zij, die de medische faculteiten vormen, zijn van hun jeugd af getraind in, en denken derhalve in de allereerste plaats in ziekte, bestudering van oorzaken en achtergronden van ziekte en bestrijding van ziekte. Teneinde hun plaats te verkrijgen en te behouden, deze waard te zijn, is het nodig, dat zij al hun aandacht besteden aan het terrein, waarop zij specialist zijn en in het eerste gelid staan. Slechts zeer toevallige of ongewone omstandigheden zullen een klinisch of theoretisch hoogleraar in de medische faculteit meer dan zijdelings of meer dan terloops in staat stellen zich nader bezig te houden of te bekwamen op het gebied van psychologie of sociologie.

Het ziet er naar uit, dat inderdaad de voornaamste weg voor regelmatige nascholing in psychosociale zin voor de huisartsen voorlopig leidt naar specialisten buiten de universiteit.

7 *Wenselijkheid van nascholing in universiteitsverband.* Ondanks de onvoorbereidheid van de faculteiten, ondanks het ongeduld van de voorhoede der geïnteresseerde huisartsen, ondanks de mogelijkheden tot uitbreiding van kennis buiten de universiteit, zou ik een lans willen breken voor een samengaan van huisartsen en universiteiten. De universi-

teiten zijn nog steeds concentraties van intellect, gespecialiseerd in verschillende richtingen. Bovendien worden in dagelijkse competitie de bekwaamheden bijgeslepen en gepolitoerd. Daarbij weten de werkers er zich geruggesteund door langbestaande onderwijs tradities. Zij hebben daardoor naast niveau een zekere „know-how”, die buiten de universiteit niet gemakkelijk te bereiken is. Het onderwijs ontvangt tenslotte in de universiteit sterke stimulerende invloeden door het verrichten van research.

Ik wil hiermede allerminst zeggen dat alle docenten goede onderwijskrachten zijn. Maar wel, dat de universiteit door haar structuur onderwijs capaciteiten bezit, die niet vergaard kunnen worden buiten universitair verband. Tenzij men zou trachten een centrum van overeenkomstig gebundelde krachten te vormen, lijkt de universiteit als opleidingscentrum niet gemakkelijk te evenaren. Daarom ben ik van mening, dat de huisartsen er niet zo slecht aan zouden doen te trachten op den duur de uitbreiding van hun psychosociale kennis, hun nascholing wel van de universiteiten te krijgen.

Daar komt nog iets anders bij. De universiteiten en met name de medische faculteiten zijn bezig zich wel degelijk te richten op twee nieuwe kanten van hun taak. Deze zijn: uitbreiding van het onderwijs in psychologische en maatschappelijke zin, en nascholing. Met deze wetenschap voor ogen blijft er nog een impediment over, namelijk het tijdstip waarop kan worden gestart. Het is duidelijk dat wij nog niet zover zijn, maar zou er veel tegen zijn de coöperatie langzaam tot stand te laten komen? Het aantal geïnteresseerde huisartsen kan dan toenemen, de faculteiten raken beter ingespeeld, maar — en dat is wel het belangrijkste — het programma krijgt de beste kans te worden gewikt, gewogen, gedige-reerd, geprobeerd en ontwikkeld. Voor deze omwenteling, zowel in de materie welke te onderwijzen is als in de nascholings procedure, zijn werkelijk wel enige jaren nodig om te geraken tot een instituut met inhoud van niveel en duurzaamheid.

Het contact tussen huisartsen en faculteiten lijkt mij daarom gewenst en aangewezen. Als ik daar misschien nog iets over zou mogen zeggen, het leggen van contacten verloopt meestal het gemakkelijkst als men niet terstond op hoog niveau een topconferentie wil beleggen maar eerst langs bekende diplomatieke kanalen het terrein verkent en zich daarbij realiseert, dat men de tijd nodig zal hebben om tot waardevolle resultaten te geraken.

8 *Grenzen en risico's van nascholingsonderwijs.* Laten wij aannemen, dat de weg hier wordt gevonden en laat ons dit deel van ons onderwerp een moment laten rusten.

Wij zijn het er dus wel over eens dat de huisarts zich bepaalde kennis eigen zal moeten maken, wil hij zich verder in de gewenste richting specialiseren. Hoe kan dit gebeuren? Voor werkelijk leren is nodig: frequente herhaling; zelfactiviteit; voldoende tijd en tijdsverloop, en leiding.

Zo kan men zich voorstellen dat voor de huisarts

een goede nascholing kan worden verkregen in een cursus, die zeker twee jaar in beslag neemt en één avond van twee uur per week vergt gedurende dertig weken per jaar, waarin de huisarts eigen activiteit ontplooit in de bespreking van literatuur en de analyse van eigen patiënten en waarbij hij wordt gecoached door een ervaren team, dat de gewenste specialisten bevat, zoals clinicus, socioloog, psycholoog en psychiater.

De genoemde desiderata lijken mij inderdaad nodig. Zo is de tijd van twee jaar niet lang, bespreking van literatuur en van eigen patiënten geboden. Leiding door verschillende specialisten is nodig om niet uit het lood getrokken te raken; daarbij is de clinicus onmisbaar, wil men arts blijven.

Zijn wij er als wij ons deze kennis eigen hebben gemaakt? Kan die kennis ook worden gehanteerd? Wij allen hebben reeds lang ontdekt, „dat de een het van huis uit kan en de ander het nooit leert”. Zo is het echter beslist niet. De meesten kunnen het een heel eind leren, hoewel moet worden toegegeven dat sommigen van huis uit meer begaafd zijn dan anderen en er verschillenden zijn die het niet ligt. Een overeenkomstige toestand doet zich echter evenzeer voor ten aanzien van de exacte vakken. Er zijn nog enkele risico's en beperkingen, waarop ik zou willen wijzen. Ik moet dan terug naar mijn inleidingszinnen. Er dreigt met toeneming van alle psychologische en sociologische kennis het gevaar, dat wij op deze gebieden partiële technici worden, zoals wij dat overigens in ons vak reeds vaak zijn. Onze tijdschriften zijn daar een goede graadmeter voor. Herhaaldelijk leest men artikelen over „patiënten”, waarin over de patiënt in het geheel niets wordt medegedeeld, maar wel en uitsluitend de getallen worden vermeld, die met verschillende meetmethoden bij zijn ziekte zijn gevonden. Op dezelfde wijze zou met toepassing van psychologische en sociologische methoden de patiënt niettemin als individu, als persoon, als mens tussen de stoelen in kunnen zakken.

Dit hangt waarschijnlijk hiermede samen, dat, ondanks de toenemende belangstelling voor de mentale en emotionele kant van ons bestaan, het toch nog zo is, dat de techniek hoogtij viert in die zin, dat technische en meestal meer spectaculaire gebeurtenissen en technische bezigheden het hoogst worden aangeslagen. Onze literatuur is technisch, onze wetenschappelijke waardering is technisch en onze bewondering is technisch. Men spreekt bijvoorbeeld over het gevaar van de atoombom. Het is wel duidelijk dat het gevaar van de atoombom op zichzelf nihil is, het gevaar ligt geheel in de menselijke geest, die de neiging tot gebruik van de atoombom wellicht niet meester zou blijken te zijn. Hoezeer men technisch georiënteerd is blijkt ook wel hieruit, dat men ter bespreking van de afwendings van de gevaren van het gebruik van de atoombom in eerste instantie technici uitnodigt.

In brede kringen van onze samenleving bestaat, gesanctioneerd door opvoeding en opleiding, minder achtung voor het psychische, het niet zo gemakkelijk

meetbare. Velen menen ook, dat zij dit zonder meer wel kennen en dat de hantering ervan een vanzelfsprekende aangelegenheid is.

Bij het zetten van stappen ter bevordering van de ontwikkeling van het specialisme huisarts moet men er mijns inziens op bedacht zijn, dat in dit opzicht geen, een gezonde ontwikkeling belemmerende factoren een rol van betekenis te spelen kunnen krijgen. En dat zou zo gemakkelijk kunnen gebeuren, omdat de technisch benaderbare ziekte zo allesomvattend is en de technisch minder goed meetbare zieke nog maar zulk een kleine plaats inneemt.

Laten wij aannemen, dat wij de nieuw verworven kennis gaan toepassen; aan weerszijden van deze kennis staat een mens, enerzijds de patiënt, anderzijds de arts. De arts wil zijn patiënt als individu zien, niet alleen als een ook psychologisch en sociologisch ontleedbaar geval. Hij wil dus onder meer emoties gaan benaderen en hanteren. Denkt u dat hij dat kan met voorbij gaan van eigen emoties? Daar is geen sprake van. Maar dan is de arts in een uiterst moeilijk parket gekomen. Hij wil bij een ander iets hanteren, wat hij bij zichzelf niet kent. Ik neem aan, dat wij onszelf inderdaad niet of slechts zeer ten dele kennen. Dit valt tenminste dagelijks waar te nemen.

Het lijkt mij een voorwaarde, dat men voor een adequate, verantwoorde benadering van de emotionele kanten van zijn patiënten op de hoogte is van zijn eigen emotionele inhoud, opbouw, structuur, of hoe men dat ook noemen wil. Met inachtneming van verschillende persoonlijke begaafdheden moet toch in het algemeen worden gezegd, dat men de emotionele achtergrond, evenals de somatische, alleen kan leren kennen of ontdekken door ontleding of analyse. Psychoanalyse dus. Ik bedoel natuurlijk niet dat alle huisartsen nu vijf jaar op de bank zouden moeten bij een analyticus. Maar een korte analyse of een andere kennismaking ermee zou voor de meest geïnteresseerden wel uiterst vruchtbaar kunnen zijn. In de praktijk blijkt dit mogelijk te zijn.

9 Belang van en mogelijkheden tot vergroting van zelfkennis. Door onbekendheid met, door onkunde, door gerucht en van horen zeggen heeft de psychoanalyse in dit deel van de wereld verre van algemene aanvaarding gekregen. Psychoanalyse wordt vrij algemeen op geheel onvoldoende gronden beschouwd als iets griezeligs, als iets, dat goed is voor psychiaters, voor bepaalde geestelijk gestoorde en voor geëxalteerde Amerikanen. Het wordt wel tijd dat wij zo wetenschappelijk en kritisch ingesteld raken, dat wij de analyse een waardige plaats inruimen en erkennen, dat men een hoge graad van gezondheid dient te bezitten om zich een psychoanalyse te kunnen veroorloven. Het wekt wellicht minder afkeuring als men zegt, dat psychoanalyse leidt tot versnelde mentale rijping, waardoor levensinzicht in enkele jaren — waar anders tientallen jaren voor nodig zijn — kan worden verkregen.

Het leven, de medemens, de ziekte en het menselijk gebeuren krijgen andere en wellicht meer wezen-

lijke aspecten door het licht der analyse van de geest, zo goed als door het licht der analyses op technisch, biochemisch en ander exact terrein. Met aanvaarding van eigen gevoelens en reacties ontstaat hanteerbaarheid daarvan, ook en juist tegenover anderen, zoals onze patiënten. Indien dit naast de medische ervaring zou kunnen worden bereikt, zou men inderdaad een balans tussen gevoel en verstand in de verhouding ten opzichte van zijn patiënten kunnen gaan inzetten, die meer berust op kennis en inzicht dan nu het geval is.

*Sociologische aspecten van de zelfmoord**

DOOR PROF. DR C. S. KRUIJT

Inleiding. Toen de Commissie tot voorbereiding van artsen cursussen te Apeldoorn mij verzocht in het kader van dit symposium een voordracht te houden over de sociologische aspecten van de zelfmoord, heb ik deze uitnodiging gaarne aanvaard. Het is namelijk mijn stellige overtuiging, dat intensieve samenwerking tussen beoefenaren van uiteenlopende wetenschappen noodzakelijk is bij het pogen verder door te dringen tot de achtergronden van complexe menselijke verschijnselen, waarvan de zelfmoord er een is.

Het is nog niet zo lang geleden, dat vele medici, psychiaters en psychologen uitermate kritisch stonden tegenover de geschriften over zelfmoord van de hand van statistici en sociologen. Omgekeerd toonden de laatsten dikwijls een ernstig gebrek aan kennis van en waardering voor de uitkomsten van het medisch-psychologisch zelfmoord-onderzoek. Deze tijd is nu gelukkig voorbij. Vrij algemeen is men in beide kringen gaan inzien, dat er tussen de psychologische en sociologische benadering geen tegenstelling behoort noch behoort te liggen. Hoewel dit een belangrijke stap in de goede richting moet worden genoemd, is het eindpunt hiermede nog niet bereikt. Dat zou pas het geval zijn, indien men tot een waarlijk interdisciplinaire aanpak van het zelfmoordvraagstuk zou besluiten. Mogelijk kan dit symposium hiertoe een bijdrage leveren.

De medisch-psychologische versus de sociologische benadering. Het meest kenmerkende verschil tussen de benaderingswijze van de socioloog en de medisch-psychologische onderzoeker is wel het feit, dat de eerste zich niet bezig houdt met het pogen antwoord te geven op de vraag, wat de enkeling tot zelfmoord drijft. Het ligt niet op zijn terrein zich te verdiepen in de persoonlijkheidsstructuur of de persoonlijke motieven en levenssituatie van de zelf-

Ik ben mij bewust dat deze consequentie voor verschillende onder u wellicht wat ver voert. Maar datgene, wat onder u huisartsen thans leeft, vraagt naar mijn mening om zulke consequenties. Overigens mag de historische ontwikkeling ons dienaangaande geruststellen. Niet alleen in Amerika, ook in Europa, zelfs in Nederland neemt het aantal analytici toe, er komen er meer in opleiding, het publiek gaat er meer begrip voor tonen. Wij artsen zullen op den duur vanzelf mee gaan doen.

moordenaar. Een dergelijke in eerste instantie meer op het individu gerichte benadering laat hij gaarne over aan deskundigen op dit gebied, aan medici, psychiaters, psychologen, enzovoort.

De socioloog beziet de zelfmoord als sociaal verschijnsel. Object van studie zijn voor hem de variaties in het zelfmoord-niveau, beschouwd naar tijd, plaats en sociale groeperingen. Concreter gezegd: de socioloog poogt te achterhalen welke factoren in het maatschappelijk leven veroorzaken, dat de ene groep van mensen een hoog, de andere groep een laag zelfmoord-cijfer heeft. Zijn belangstelling gaat verder uit naar de sociale krachten, die de zelfmoord-frequentie naar tijd of plaats bezien doen fluctueren. Welke uitwerking de maatschappelijke factoren hebben op de psyche van de individuele zelfmoordenaar laat hij, als gezegd, ter bestudering over aan anderen. Niet de achtergrond en de sterkte van de suicidale impuls in de enkele mens, doch de oorzaken van de relatieve hoogte der zelfmoord-frequentie van uiteenlopende sociale groeperingen vormen dus zijn eigenlijke studie-object.

De verschillende wijze, waarop de medisch-psychologische onderzoeker en de socioloog het zelfmoord-probleem stellen, verklaart mede waarom zij gewoonlijk een andere onderzoeksmethodiek volgen. De eerste bestudeert een reeks van individuele gevallen van zelfmoord en tracht op grond van deze „case studies” tot meer algemene inzichten te komen. In de kring der sociologen is deze werkwijze minder gebruikelijk. Daar bedient men zich bij voorkeur van de statistisch-vergelijkende methode; men vergelijkt relatieve zelfmoord-cijfers van verschillende sociale groeperingen of volgt het verloop van het zelfmoord-cijfer van een bepaalde categorie in de tijd. De aldus gevonden verschillen of veranderingen in zelfmoord-niveau worden vervolgens geconfronteerd met allerlei inzichten en gegevens van sociologische aard. Uit deze confrontatie moet blijken of, en zo ja, op welke wijze en in hoeverre de bedoelde verschillen of veranderingen sociolo-

* Voordracht, gehouden voor het Nederlands Huisartsen Genootschap, Centrum Apeldoorn en de Afdeling Apeldoorn van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst op 23 september 1961 te Apeldoorn.