

tie van ongevalsverwondingen bij motorrijders door middel van valhelmen en valbeugels, en vele andere, die toch zeker onze aandacht verdienen, onbesproken.

Discussie: Giesberger: waren de aortae, waarbij bij sectie een scheur bleek te bestaan, pathologisch anatomisch normaal of waren er al bestaande afwijkingen?

Aarts: slechts bij een gering aantal (6 van de 88) gescheurde aortae werden bestaande ziekelijke afwijkingen van ernstige betekenis gevonden in de vorm van atherosclerose. Hierbij moet worden opgemerkt dat de gemiddelde leeftijd van verkeersslachtoffers bij deze groep betrekkelijk laag was: 41 slachtoffers waren 30 jaar of jonger, slechts 17 waren 60 jaar of ouder.

Giesberger: zijn er reeds gegevens bekend over het nut of de schade van veiligheidsgordel bij ongevallen?

Aarts: in Nederland zijn hierover nog geen gegevens bekend; momenteel wordt door een overheidsinstantie een onderzoek hiernaar verricht doch de moeilijkheid is, dat men over een grote hoeveelheid materiaal moet beschikken om vergelijkbare ongevalstypen te kunnen selecteren. Men moet ongevallen met dezelfde snelheid, tussen hetzelfde type auto's, met overeenstemmend ongevalsverloop en dergelijke, onderling kunnen vergelijken om de werking van de veiligheidsgordel te beoordelen.

Van Westreenen deelt mede, dat in de Practitioner (april 1962) de conclusies van een dergelijk onderzoek worden vermeld. Het betreft hier een Zweeds onderzoek waaruit blijkt dat het nut van de veiligheidsgordel, vooral bij frontale aanrijdingen, boven iedere twijfel staat. In geen enkel geval was de gordel oorzaak van het ontstaan van verwondingen, die ook niet op andere wijze (zonder gordel) hadden kunnen ontstaan. Met nadruk wordt er op gewezen dat veel te weinig auto's zijn uitgerust met veiligheidsgordels. Het onderzoek had betrekking op slechts 382 slachtoffers met een veiligheidsgordel, die gewond werden in een totaal aantal bij ongevallen betrokken auto's van ongeveer 3500 (11 procent).

Van Westreenen: verdient de diagonaalgordel geen voorkeur boven de buikgordel?

Aarts: met betrekking tot het uit de wagen worden geslingerd, maakt het geen verschil welke gordel wordt gebruikt: elke gordel is beter dan geen gordel. Wat betreft het botsen van de slachtoffers tegen dashboard enzovoort kan voor de bestuurder mogelijk worden volstaan met de buikgordel, daar deze met de uitgestrekte armen een klap kan opvangen; voor de andere inzittenden lijkt de driepuntsdiagonaal beter. Hierover ontbreken echter ook nog exacte gegevens.

Aarts, J. H. (1963) Ongevalsletsels in het verkeer. Drukkerij H. J. de Rouwe, Rotterdam.

Ambacher, B. (1957) Les accidents de trajet. Proefschrift, Lyon.

Bauer, K. H. (1957) Ciba symposion 5, 148.

Braunstein, P. W. (1957) J. Amer. med. Ass. 163, 249.

Büttner, G. (1959) Verletzungen von Autoinsassen. Westdeutscher Verlag, Keulen.

Dijkstra, J. (1961) huisarts en wetenschap 4, 261, 305 en 339.

Gerbode, F. e.a. (1957) Surg. Gyn. Obst. 42, 975.

Gissane, W. (1961) Brit. med. J. I, 1716.

Gotten, N. (1956) J. Amer. med. Ass. 162, 865.

Kulowski, J. (1961) Clin. Orthop. 7, 243.

Laves, W. e.a. Strassenverkehrsunfall. Enke Verlag, Stuttgart.

Lob, A. (1955) Med. Klin. 55-20-875.

Meyn, S. J. (1958) Verkeerstechniek nr. 3.

Moore, M. (1958) New York State J. 58, 1704.

Severy, D. M. e.a. (1955) Controlled automobile rear-end collisions. Medical Aspects of Traffic Accidents. Sunlife Conference Montreal 1955.

Shelden, C. H. (1955) J. Amer. med. Ass. 159, 981.

Wafelbakker, J. J. Sociaal geneeskunde aspecten van verkeersongevallen. Proefschrift, Leiden.

Wielenga, G., Relatie tussen coarctatio aortae en ligamentum arteriosum. Proefschrift, Leiden.

Walter, W. en K. Loew (1956) Zbl. Verkehrsmed. 1-2-243.

Zeldenrust, J. en J. H. Aarts (1962) Ned. T. Geneesk. 106, 464.

Sociale aspecten van de toepassing van orale pregestagene stoffen*

DOOR DR J. C. VAN ES, HUISARTS TE APELDOORN

Inleiding. In deze voordracht zullen wij ons beperken tot enkele sociale aspecten, die gebonden zijn aan de werking van de pregestagene stoffen op het gebied van de beperking van de vruchtbaarheid. Deze werking kan opzettelijk worden nagestreefd, maar ook als neveneffect bij andere indicaties optreden. Het gebruik van deze stoffen kan, gewild of ongewild, demografische gevolgen met zich meebrengen.

In elk geval heeft het op de markt komen van „la pilule” de aandacht van zeer vele artsen voor bevolkingsproblemen weer eens gestimuleerd. Als wij ons willen afvragen, of de pregestagenen voor de maatschappij een aanwinst betekenen, zullen wij ons vrij uitvoerig met een aantal demografische vragen moeten bezig houden teneinde op de gestelde vraag ook in dit opzicht een enigszins gemotiveerd antwoord te kunnen geven.

De aandacht voor bevolkingsproblemen is na de tweede wereldoorlog zeker groter dan in de periode daarvoor. Symptoom daarvan is het feit, dat er in Nederland in de laatste twee jaar niet minder dan drie pocketbooks over de bevolkingsproblemen zijn verschenen. Deze aandacht is wel verklaarbaar. In de eerste plaats voelen velen, vooral in het westen van het land, aan den lijve dat de bevolkingsdruk in ons vaderland steeds toeneemt. In de tweede plaats is men door de sterk verbeterde communicatie veel deugdelijker geïnformeerd over wat elders in de wereld plaatsvindt. En als deze informatie dan bovendien nog met een zekere regelmaat in de vorm van bepaalde cijfers tot ons komt, kan dit leiden tot een gevoel van ongerustheid, hetzij over een absolute overbevolking van de aarde, hetzij over een verandering in de sterkteverhouding tussen de verschillende werelddelen.

Reeds in 1789 maakte de econoom Malthus zijn pessimistische zienswijze openbaar, dat de bestaansmiddelen op den duur onvoldoende zouden zijn voor

* Voordracht, gehouden op de vierde Apeldoornse artsensdag, 22 september 1962.

de bewoners van de aarde, die daardoor steeds op de grens van armoede en ellende zouden moeten leven. Na hem hebben optimisten en pessimisten elkaar voortdurend afgewisseld, waarbij vaak een samenhang tussen economische bloei en optimisme (of het tegengestelde) aantoonbaar was.

Met of zonder pregestagene stoffen hebben wij, artsen, zeker met overbevolking te maken, hoewel dit helemaal geen medisch begrip is. In de eerste plaats omdat wij onszelf als medeoorzaak mogen zien van de enorme groei van de wereldbevolking, zeker die van de laatste tientallen jaren. In de tweede plaats omdat wij thans voor geriatrische problemen komen te staan, die door hun omvang een novum in de geneeskunde zijn. Voorts hebben wij in toenemende mate te maken met de gevolgen van het in leven houden van „bad risks”, waarbij vooral is te denken aan zwakzinnige kinderen. In de vierde plaats dienen wij ons als arts af te vragen, of de bevolkingsdruk thans zo groot is, dat deze op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de individuen werkelijk een ongunstige invloed uitoefent. Tenslotte hebben wij met het bevolkingsprobleem te maken, omdat wij mogelijk in staat zullen zijn een bijdrage te leveren tot een oplossing ervan.

De belangstelling van sociaalgeneeskundigen en die van huisartsen kunnen elkaar hier ontmoeten, hoewel het uitgangspunt van beide groeperingen wel verschillend is. De sociaalgeneeskundigen gaan uit van de maatschappij in haar geheel en van de grote groepen, van de macro-societas en de macro-sociale geneeskunde. De huisarts heeft daarentegen meer te maken met wat wij de micro-societas en de micro-sociale geneeskunde zouden kunnen noemen. Hierin wordt de mens in zijn relatie met zijn naaste omgeving begrepen en benaderd, hetgeen — als men haar stelt naast de geneeskunde van het individu — diagnostische en therapeutische consequenties heeft. De micro-societas is echter alleen te begrijpen met een zekere kennis van de macrostructuur. Deze zullen wij daarom eerst in ogenschouw nemen.

De situatie van de wereldbevolking. In 1958 verscheen een uitgave van de Verenigde Naties: „The future growth of the world population”. Aan de hand van een aantal statistieken en berekeningen wordt getracht een voorspelling te doen over de toekomstige omvang van de wereldbevolking. In hoeverre dit met enige mate van betrouwbaarheid mogelijk is, staat nog te bezien; toch staan in dit rapport zeer belangrijke gegevens. Als men bedenkt, dat omstreeks 200.000 jaar nodig waren om de wereldbevolking tot een omvang van 3000 miljoen te laten groeien, maar dat er slechts 30 jaar nodig zullen zijn om daar nog eens 2000 miljoen aan toe te voegen, dan is het duidelijk, dat wij met een probleem van uitzonderlijke orde te maken hebben. Dit wordt nog duidelijker als wij de bestaande groeitendens, die overigens niet behoeft te blijven bestaan, tot in het absurde doortrekken. Dan zien we, dat als de wereldbevolking in hetzelfde tempo blijft toenemen,

over 600 jaar voor iedereen nog slechts 1 m² grond ter beschikking zal zijn. Dit beeld is geen toekomstbeeld dat ik u voor ogen wil houden: het is slechts een illustratie van de intensiteit van de huidige groeitendens. Wat echter wel vaststaat, is dat de wereldbevolking van 1950 tot 1960 groeide van rond 2500 miljoen tot ongeveer 3000 miljoen, dus met een jaarlijkse toeneming van 1,7 procent. Deze groei is vooral toe te schrijven aan de sterke bevolkingstoename in Zuid-Oost en Zuid-West Azië, terwijl ook de bevolking van Latijns-Amerika aanzienlijk in omvang toeneemt. Ver beneden het gemiddelde van 1,7 procent per jaar blijft alleen Europa met een gemiddelde toeneming van 0,8 procent, West-Europa zelfs van 0,7 procent. Nederland vormt een uitzondering met een toeneming van 1,5 procent per jaar. Ons land is ook het dichtst bevolkt van Europa met 350 inwoners per km²; Frankrijk heeft er 82 per km².

Het meest opvallend in de ontwikkeling van de laatste decennia is niet zozeer het feit van de groei op zichzelf, noch de mogelijke dreiging van een overbevolking, zelfs niet van de honger in grote delen van de wereld, maar — en daarop wijst vooral *Sauvy* — dat na een lange periode van quasi-stagnatie de bevolking in het grootste deel van de wereld in een stadium van snelle groei is gekomen.

Waardoor is deze snelle groei ontstaan? Men kan in de demografische geschiedenis van een bevolking een aantal fasen onderscheiden. In de eerste fase is de sterfte hoog en het geboortecijfer eveneens, wil de bevolking tenminste in stand blijven. Dit is de toestand waarin Europa zich in de middeleeuwen bevond en waarin nu nog grote delen van Afrika verkeren. In die fase is de — men zou kunnen zeggen natuurlijke — levensverwachting ongeveer 30 jaar. In de tweede fase treedt een daling van de sterfte op, waardoor de levensverwachting stijgt; aan het einde van deze fase is zij ongeveer 74 jaar. Dit is het punt, dat de Westeuropese en Noord-amerikaanse bevolking ongeveer heeft bereikt. In deze fase treedt, vroeger of later, een geboortedaling op. In West-Europa werd de daling van het sterftcijfer vrij spoedig gevolgd door een daling van het geboortecijfer. In Rusland en Japan zette deze daling veel later in. In Azië is de toestand thans zo, dat de sterfte wel daalt, maar dat het geboortecijfer nog onverminderd hoog blijft. Tenslotte volgt de derde fase, waarin geboorte en sterfte vrijwel in evenwicht zijn.

Wij zien dus, dat in die landen, waar de oorsprong ligt van de industriële en technische ontwikkeling, de daling van het geboortecijfer het meest correleerde met die van het sterftcijfer. Hoe stormachtig de technische ontwikkeling in het westen ook is geweest, deze was toch nog betrekkelijk geleidelijk. Waar echter een technisch minderontwikkeld gebied in aanraking komt met en overgaat tot toepassing van de moderne techniek, met alles wat daarbij behoort, dus ook de moderne gezondheidszorg, daar maakt men een sprong van enige eeuwen. De kans, welke het westen had om zich geleidelijk

aan de zich steeds veranderende omstandigheden aan te passen — en dan nog vaak met moeite — hebben de technisch minderontwikkelde gebieden niet gehad. De ontwikkeling verloopt hierdoor met een grote „cultural lag” tussen de eigen ontwikkeling en de uit het westen afkomstige technische mogelijkheden.

Vanouds zijn de drie grote doodsoorzaken geweest: de hongersnoden, de epidemieën en de oorlogen. Thans zijn bijvoorbeeld voor de kindersterfte onder de Dajaks in overgrote meerderheid nog voedingsstoornissen en malaria verantwoordelijk. In de westerse landen hing de daling van het sterftcijfer ten nauwste samen met de economische ontwikkeling. De daling van het sterftcijfer was immers voor een groot deel toe te schrijven aan de verbetering van de watervoorziening, van de vuilverwijdering en van de woningtoestanden. Later kon de sterfte nog verder dalen door de ontwikkeling van de geneeskunde.

Het is gebleken, dat in gebieden met een „natuurlijke” levensverwachting van omstreeks 30 jaar, door het invoeren van een aantal betrekkelijk eenvoudige, collectieve maatregelen op hygiënisch gebied de levensverwachting in korte tijd met enkele tientallen jaren kan stijgen. Het malaria-eradicatieplan van de World Health Organization berust voornamelijk op hygiënische principes. Wij zien echter dat in minderontwikkelde landen door hulp van technisch ontwikkelde landen medisch-hygiënische maatregelen worden getroffen, zonder dat de economische ontwikkeling daarmee gelijke tred houdt. „De mortaliteit neemt voortaan af zonder de hulp van de economische ontwikkeling,” aldus Sauvy. Het is gemakkelijker gebleken epidemieën te bestrijden dan de economische ontwikkeling van een land op gang te brengen, bijvoorbeeld door landbouw en veeteelt te moderniseren of door industriële vestigingen.

Een zeer belangrijk gevolg van deze „medisch-economische dissociatie” is, dat men weliswaar meer mensen in leven kan houden, maar dat de levensomstandigheden voor die in leven gehouden mensen er op achteruit gaan. Men laat thans de mensen langer, maar slechter leven; „... the successful fight against malaria simply substituted starvation for disease”.

Wij zullen thans niet diep ingaan op de vraag naar de oorzaken van deze dissociatie, omdat dit buiten ons terrein ligt, maar en passant willen wij toch twee oorzaken noemen. Een bestrijding van een epidemie kan bij een betrekkelijk passief blijvende bevolking toch succes hebben; het invoeren van moderne landbouwmethoden echter niet. Daarvoor is een heel ontwikkelingsproces nodig. In de tweede plaats kost het (medische) redden veel minder geld dan het (economische) laten leven. Zo kan zich het wonderlijk aandoende gevaar voordoen, dat de zegen van de moderne geneeskunde de vloek van de hongersnood kan oproepen. „Will medicine starve the world?”

Het ervaren van een te grote bevolkingsdruk — dus van overbevolking — hangt in de eerste plaats

samen met deze wanverhouding tussen economische middelen en bevolkingsomvang. Niet alleen de voedselvoorziening, maar ook andere economische factoren kunnen tot een oordeel over de bevolkingsdruk aanleiding geven. Zo maakte bijvoorbeeld *Banning* zich als socioloog ongerust over de toekomst van Nederland, omdat in de periode van 1957 tot 1962 de werkzame beroepsbevolking met 295.000 zou toenemen. Hij vreesde dat werkloosheid hiervan het gevolg zou kunnen zijn. Deze vrees is niet bewaarheid, maar de werkvoorziening speelt in de beoordeling van de bevolkingsdruk zeker een rol. Een andere economische factor is de energievoorziening, een probleem waaraan in 1957 aan de Amsterdamse universiteit een symposium werd gewijd. Ook als gevolg van andere dan overwegend economische factoren kan de bevolkingsdruk als te groot worden ervaren. Verkeersdeskundigen kunnen bezorgd zijn wegens een te grote verkeersdichtheid, stedenbouwkundigen wegens gebrek aan ruimte, jeugdleiders wegens gebrek aan sportterreinen, artsen wegens aantasting van de volksgezondheid.

Uit deze voorbeelden moge duidelijk worden, dat de begrippen overbevolking en bevolkingsdruk multidisciplinaire begrippen zijn. Hoe moeilijk het begrip overbevolking is, blijkt uit de omstandigheid, dat voor Nederland nogal eens wordt aangenomen dat het overbevolkt is op grond van een gebrek aan recreatieruimte. Van China wordt echter veelal verondersteld, dat het overbevolkt is omdat er zoveel honger wordt geleden. De maatstaf waarmee wordt gemeten, is dus niet dezelfde. De aard van het knelpunt, dat het eerst een gevoel van te grote bevolkingsdruk teweeg brengt, hangt samen met de graad van technische ontwikkeling van het land. Is de technische ontwikkeling laag, dan zullen honger en ziekte het eerste knelpunt zijn; is de ontwikkeling verder gevorderd, dan kunnen recreatie en andere ruimtelijke problemen het knelpunt gaan vormen.

Overbevolking is dus niet alleen een multidisciplinair doch ook een relatief begrip. Door een bestrijding in het vlak, waar de bevolkingsdruk het sterkst wordt gevoeld, is het mogelijk de werkelijke ervaring van overbevolking op te heffen. Gezien het multidisciplinaire karakter zal bestrijding op andere vlakken eveneens nodig zijn, opdat daar niet vroeg of laat een nieuw knelpunt ontstaat. Duidelijk is, dat men niet over het bevolkingsvraagstuk mag spreken; er bestaat een serie bevolkingsvraagstukken.

Het is denkbaar, dat de bevolkingsdruk in het jaar 2000, ondanks een sterk toegenomen bevolking, kleiner zal zijn dan thans. Om dat te bereiken zal echter zeer hard moeten worden gewerkt teneinde de aarde bewoonbaar te maken. Voor het technisch hoog ontwikkelde westen kan daarbij een bijzondere en dienende taak zijn weggelegd. Maar als de wereldbevolking in het huidige tempo blijft doorgroeien, zal er, ondanks alle maatregelen, voor onze nakomelingen te weinig ruimte op aarde zijn. Geboorteregeling is, in welke vorm dan ook, nood-

zakelijk. Zonder deze zullen de andere maatregelen uiteindelijk niet tot het gezochte resultaat kunnen leiden.

Geboorteregeling is geen zaak van de laatste jaren. Reeds in de grijze oudheid werd zij vaak bewust, maar misschien nog vaker onbewust, toegepast. In alle tijden kende men gedragswijzen die direct of indirect geboorteregelen of geboortebepkend waren. Men denke in de eerste plaats aan het celibaat, niet alleen aan dat van geestelijken, maar ook aan dat van leken, vooral ten plattelande. In de tweede plaats moet men denken aan de huwelijksluiting ná de vruchtbare jaren. Door deze gewoonte daalde bijvoorbeeld in Frankrijk in de achttiende eeuw het aantal kinderen per huwelijk van gemiddeld 10,2 tot 6,5. In de derde plaats zijn zekere taboes mogelijk, die het geslachtsverkeer in frequentie kunnen beperken. Abortus provocatus en kindermoord kan men in verschillende culturen aantreffen als geoorloofd middel om het kindertal te beperken.

Naast de diverse vormen van onthouding zijn er tenslotte de verschillende mechanische en chemische middelen, die zwangerschap kunnen voorkómen. Op de meest moderne vorm, het remmen van de ovulatie door orale pregestagenen, zullen wij straks nader ingaan. Eerst willen wij trachten enig inzicht te krijgen in de situatie hier te lande.

De situatie in Nederland. Ons land neemt tussen de omringende landen in demografisch opzicht een bijzondere plaats in. Het sterftcijfer is lager dan in enig ander land, namelijk 7,6 per duizend inwoners; het geboortecijfer is hoger dan in de omringende landen. De aanwas is hierdoor in Nederland 1,5 procent per jaar, terwijl die in de rest van Europa slechts 0,6 procent bedraagt. Door het relatief hoge geboortecijfer verkeert Nederland nog in de voordelige positie, dat de gemiddelde leeftijd wat lager is dan in de omringende landen.

Reeds eerder vermeldden wij, dat ons land het dichtst bevolkte ter wereld is, enkele woonkernen elders uitgezonderd. Onze situatie wordt door een gezaghebbend man als Sauvy aldus beoordeeld: „Nederland is het enige land ter wereld, waar er sprake is van een werkelijke overbevolking en niet van een schijnbare overbevolking, die het gevolg is van onderontwikkeling. Hier hebben wij dus met een bevolkingsgrens te doen, die de mensen moeilijk kunnen overschrijden, in de gegeven omstandigheden wel te verstaan.”

Deze omstandigheden kunnen zich overigens belangrijk wijzigen. Eén wijziging die zich thans voordoet wil ik noemen, namelijk de richting, waarin het urbanisatieproces zich in Nederland ontwikkelt. Het blijkt, dat de steden met meer dan 100.000 inwoners, en vooral onze drie grootste steden, naar verhouding het minst in inwonertal toenemen. Het worden steeds meer de kleinere steden en dorpen, die de bevolkingsaanwas opvangen. De verdeling van de Nederlandse bevolking over het beschikbare areaal wordt dus anders. Waar de bevolkingsdruk

het grootst was, wordt deze thans relatief kleiner. Deze ontwikkeling kan ons uiteraard wel bezorgd maken voor de recreatieruimten, doch met dit voorbeeld heb ik alleen duidelijk willen maken, dat het moeilijk is een toekomstbeeld te ontwerpen. Men moet dynamisch denken en steeds de mogelijkheid voor een onverwachte ontwikkeling openlaten.

Om enig inzicht in de toekomst te krijgen is het van belang niet alleen op het geboortecijfer te letten, maar ook op de huwelijksvruchtbaarheid. Immers, het geboortecijfer wordt bepaald door enkele factoren: de huwelijksvruchtbaarheid, de huwelijksfrequentie, de huwelijksleeftijd en het aandeel van de groep vrouwen van 14-45 jaar in de bevolkingsopbouw. Wij zien nu dat het percentage gehuwde vrouwen in de vruchtbare leeftijdsgroepen in de laatste vijftig jaar is gestegen van ongeveer 45 tot 60. Bovendien daalt langzaam de huwelijksleeftijd. Hieruit blijkt, dat de daling van het geboortecijfer in de laatste vijftig jaar van 31,5 tot 21,2 per duizend niet precies de daling van de huwelijksvruchtbaarheid uitdrukt, maar dat deze nog sterker moet zijn. Inderdaad is de huwelijksvruchtbaarheid, dat is dus het aantal geboorten per 1000 gehuwde vrouwen van 15-45 jaar, de laatste vijftig jaar gedaald van 315 tot 172, dat is dus met bijna de helft.

Uit de gegevens van de volkstelling van 1947 — die over 1960 zijn helaas nog niet ter beschikking — blijkt, dat de daling van de huwelijksvruchtbaarheid niet in alle groepen van de bevolking tegelijk en in gelijke mate heeft plaatsgevonden. De daling heeft het eerst ingezet bij de hogere lagen van de bevolking, terwijl de lagere standen vroeger of later volgden. Thans is het zo, dat de landarbeiders nog de hoogste huwelijksvruchtbaarheid vertonen en de employés en de intellectuelen de laagste, hoewel bij de laatstgenoemde groep een tendens tot verhoging bestaat. Voorts tonen de gegevens van die volkstelling aan dat bij de onkerkelijken de huwelijksvruchtbaarheid het eerst daalde, daarna bij de hervormden, vervolgens bij de gereformeerden en tenslotte bij de rooms-katholieken; maar bij alle groeperingen is vroeg of laat een daling opgetreden.

Omstreeks de eeuwwisseling was, ondanks de sterk veranderde levensomstandigheden, het grote gezin nog in ere. Dit bleef zo, tot het waardenstelsel een verandering onderging. Onder waarden kan men dan verstaan bepaalde voorstellingen, die een groep in haar geheel min of meer bewust eigen zijn en die het gedrag tot op zekere hoogte bepalen. Het waren niet — zoals men misschien rationeel denkend zou kunnen veronderstellen — de armsten en in het algemeen zij, die onder moeilijke levensomstandigheden verkeerden, die het eerst tot geboorteregeling overgingen, maar diegenen, van wie het waardenstelsel het sterkst afweek van enerzijds het oude patriarchale en anderzijds het orthodox-christelijke. Pas later veranderde de waardenhiërarchie ook bij de andere groepen, zodat toen ook daar geboorteregeling bewust kon worden toegepast.

Men is nogal eens geneigd, vooral in ons land, de godsdienstfactor hoog aan te slaan als bepalend voor

het al of niet toepassen van geboorteregeling. Ongewijfeld werkt het aanhangen van een bepaald geloof sterk waardebepalend. Maar dan moet men het zich niet zo eenvoudig voorstellen, dat het geloof in zijn dogmatische formulering zó rechtstreeks invloed heeft op het handelen als soms wel eens wordt gedacht of gewenst. Behalve door de inhoud van een bepaald geloof wordt het waardenstelsel mede bepaald door het behoren tot een bepaalde religieuze groep, door de samenstelling van die groep, door de maatschappelijke laag, die het sterkst in deze groep is vertegenwoordigd, door de streek van het land, enzovoort. Van Heek onderzocht twee in sociologisch opzicht vergelijkbare gebieden in Nederland en België en vond daarbij, dat de huwelijksvruchtbaarheid in het Nederlandse gebied aanmerkelijk hoger was dan in het Belgische. Van Heek concludeert hieruit, dat dit veroorzaakt wordt door een verschil in houding van de geestelijkheid tegenover de geboorteregeling. Van 't Veer meent echter, dat de godsdienstfactor van Van Heek in twee componenten uiteenvalt, namelijk de zuiver kerkelijke en de maatschappelijk-organisatorische. Hij meent dit te mogen afleiden uit een verandering van het geboortecijfer in het drostambt Tuderden na de annexatie. Het kerkelijk gezag bleef hier namelijk hetzelfde, terwijl de maatschappelijke organisatie sterk veranderde. Hij meent dan ook, dat deze laatste component een veel grotere invloed heeft op het geboorteniveau dan de zuiver kerkelijke.

Hofstee heeft een belangwekkend onderzoek gedaan naar de geboortecijfers in Nederland, waarbij hij gemeenten en provincies onderling vergeleek. Uit dit onderzoek bleek, dat de daling van het geboortecijfer inzette in het noorden en westen van ons land en dat deze in het zuiden en oosten pas doorzette in een tijd, dat de daling in het noorden en westen weer afnam. Nadere analyse van een aantal gemeenten laat zien, dat overwegend rooms-katholieke gemeenten in een niet rooms-katholieke omgeving het patroon vertoonden van die omgeving en andersom. Hieruit blijkt, dat het aanhangen van een religie niet doorslaggevend is voor het geboortecijfer, al is het wel erg belangrijk.

Men kan de door Hofstee beschreven golfbeweging van noord-west naar zuid-oost toeschrijven aan het feit, dat in het westen en noorden de ontwikkeling van landbouw en industrie is begonnen, zodat het waardenstelsel daar ook het eerst veranderde. Hofstee zegt, dat het sociaal gedrag van verschillende bevolkingsgroepen in belangrijke mate mede wordt bepaald door de mate waarin en het tijdstip waarop ze gaan deelnemen aan de overgang van een cultuurpatroon, dat men als traditionalistisch kan aanduiden, naar het modern-dynamische patroon. Dit geschiedde eerder in het noorden en westen van ons land dan in het zuiden en oosten. In het traditionalistische cultuurpatroon wordt voor het beoordelen van eigen handelen en dat van anderen de norm in het verleden gelegd. Alles moet gebeuren zoals het altijd is gebeurd. Verandering is, ongeacht de aard, altijd fout. In het modern-

dynamische cultuurpatroon daarentegen wordt verandering positief gewaardeerd. Men gelooft in de mogelijkheid van verbetering door verandering en men is bereid de geboden mogelijkheden tot verandering op hun waarde te onderzoeken.

Het is duidelijk dat eerst in het modern-dynamische cultuurpatroon een positieve houding tegenover geboorteregeling kan worden aangenomen. Pas wanneer in een bepaalde groep of laag van de bevolking het traditionalistische denken was doorbroken, was de daling van het geboortecijfer aanzienlijk. Dat er een behoefte bestond aan een daling, mag men in de eerste plaats wel toeschrijven aan de sterke druk, die van de daling van het sterftecijfer uitging. Om maar een klein voorbeeld te noemen: zag een echtpaar in de achttiende eeuw gemiddeld de helft van zijn kinderen tot volwassenheid komen, thans worden bijna alle kinderen volwassen.

De situatie van de wereldbevolking. Voor vele onderontwikkelde landen is het grote probleem nu, dat, onder andere door hulp uit het buitenland, het sterftecijfer aanzienlijk is gedaald, maar dat het geboortecijfer daarmee geen gelijke tred heeft gehouden. Dit was ook niet mogelijk, omdat het waardenstelsel nog niet zodanig was gewijzigd, dat men op grote schaal tot geboorteregeling kon overgaan. Bekend zijn de problemen, waarmee de regering van India heeft te kampen. Hoewel men vele adviesbureaus heeft opgericht, is het geboortecijfer nauwelijks gedaald. Hoe men bij een beïnvloeding van boven af zijn doel niet bereikt als men niet met de gegeven structuur rekening houdt, bleek in Porto Rico. Hier werden door Pincus c.s. de eerste grote experimenten verricht met orale anticonceptionele middelen. Men wendde zich nu bij de propaganda hiervoor vooral tot de vrouwen. Er kwamen vrij veel mislukkingen voor omdat men de middelen niet of onvoldoende gebruikte. Bij nader sociologisch onderzoek bleek echter, dat de huwelijken in Porto Rico sterk autoritair en patriarchaal van karakter waren. De adviezen, die alleen aan de vrouwen werden gegeven, konden in deze huwelijken eenvoudig niet worden opgevolgd, omdat dit in strijd was met de autoriteit van de man, terwijl door de bovengenoemde huwelijksstructuur bovendien ten aanzien van seksuele problemen een communicatiebarrière bestond tussen man en vrouw.

De pregestagene stoffen. Zo langzamerhand zijn wij in onze bespreking bij de pregestagene stoffen terecht gekomen. Tot voor kort werd, wanneer wij over geboorteregeling spraken, slechts gedacht aan periodieke onthouding, aan het gebruik maken van mechanische en chemische middelen en voor bepaalde landen ook aan abortus provocatus. Thans komt daar een nieuw middel bij. Een middel dat, hetzij direct bewust gewenst, hetzij indirect als nevenwerking bij een andere indicatie, een steriliserend effect heeft. Indien het op grote schaal zal worden toegepast, op welke indicatie dan ook, zal

het invloed moeten gaan uitoefenen op het geboortecijfer. Hoe groot deze invloed zal zijn, laat zich echter moeilijk schatten.

In 1949 verrichtte de Engelse Royal Commission on Population een uitvoerig onderzoek, waaruit onder meer bleek dat van de jongere vrouwen 66 procent geboortebeperkende middelen of methoden toepaste, terwijl 7 procent steriel was en 17,5 procent als subfertil kon worden aangemerkt, dat wil zeggen zonder toepassing van geboortebeperkende maatregelen slechts een of twee kinderen had. Op deze groep heeft het gebruik van orale middelen uiteraard geen invloed. Wel kunnen deze middelen invloed hebben op de huwelijksvruchtbaarheid van die vrouwen, die op de een of andere manier geboorteregeling toepassen. Uit het bovenvermelde onderzoek bleek, dat in 23 procent van de gevallen de geboorten niet gepland waren of het resultaat van het falen van de toegepaste methode. *Koya* vond bij een recent onderzoek in Japan een percentage mislukkingen bij de traditionele anticonceptie van 39 tot 46.

Wanneer wij aannemen dat de orale anticonceptiva volledige zekerheid waarborgen, zou in Engeland de gemiddelde huwelijksvruchtbaarheid met 16 procent kunnen dalen. Van de „niet-geplande” kinderen zouden er echter vroeg of laat een aantal als wel-gepland worden geboren, terwijl bovendien de methode niet steeds volgens de voorschriften zal worden toegepast. Indien orale middelen zouden worden gebruikt, zou de huwelijksvruchtbaarheid wellicht in totaal met 10 procent kunnen dalen en het geboortecijfer dus met een nog kleiner percentage.

Wil men echter het geboorte- en het sterftcijfer enigermate met elkaar in overeenstemming brengen, dan is een dergelijke daling nog verre van voldoende. *Tietze* heeft aan de hand van een hypothetisch bevolkingsmodel berekend, dat indien geboorteregeling in een land consequent na de geboorte van ieder derde kind wordt toegepast, het geboortecijfer in dat land ongeveer 27 per duizend zal bedragen. Dat zelfde bevolkingsmodel blijft echter, als de levensverwachting 60 jaar is, stabiel met een geboortecijfer van 16,7 pro mille. „Method and motivation are the two basic elements in a family planning program”. Het zal duidelijk zijn, dat een eventuele overbevolking niet kan worden bezworen door het invoeren van een nieuw middel alleen, hoe goed dit middel ook mag zijn.

Zou een oraal middel dan wel een sterke daling van de vruchtbaarheid in de technisch onderontwikkelde gebieden teweeg kunnen brengen? Na al hetgeen is gezegd over de betekenis van het waardenstelsel voor het handelen, is het gerechtvaardigd te verwachten, dat het „brengen” van de pil alléén weinig of geen effect zal sorteren, hetgeen trouwens door ervaringen in India en elders wordt bevestigd. Er zal een maatschappelijke structuurwijziging nodig zijn om een bewuste geboorteregeling op grote schaal ingang te doen vinden. En om deze wijziging tot een, zo men wil, modern-dynamisch patroon in-

gang te doen vinden, zal tijd, waarschijnlijk veel tijd, nodig zijn. Het is overigens te hopen dat deze structuurwijziging plaats vindt vóóordat de „biologische druk van het milieu” de bevolkingsdruk binnen de perken zou moeten houden.

Regeling van boven af is veelal tot mislukking gedoemd. Dwang van buiten af is zinloos. Een aantal jaren geleden is er vooral in Amerika een stroming geweest, die aan het verlenen van economische en technische hulp aan onderontwikkelde gebieden de voorwaarde wilde verbinden dat die landen ook op uitgebreide schaal geboorteregeling zouden gaan toepassen. Het zal duidelijk zijn, dat deze eis behalve onzedelijk, ook onmogelijk te vervullen is.

Indien het cultuurpatroon echter eenmaal zover is gewijzigd, dat geboorteregeling wordt toegepast, dan zullen mogelijk de orale middelen de voorkeur verdienen boven de andere middelen. De methode met orale middelen is eenvoudiger toe te passen, al is een grote regelmaat vereist. In Porto Rico is gebleken, dat áls eenmaal geboorteregeling werd toegepast, de methode met een oraal preparaat minder mislukkingen toonde dan die met „conventionele” middelen en methoden.

Sommigen achten echter het gebruik van de orale middelen voornamelijk geschikt voor de intelligenten, omdat slordigheid in het gebruik de resultaten belangrijk doet verminderen. Het bezwaar van het zeer regelmatig innemen wordt toch wel allereerst als ernstig ondervonden, zodat er gezocht wordt naar een langerwerkend preparaat. Soms wordt een injectiebaar langwerkend preparaat als ideaal gezien, omdat dan de verantwoordelijkheid van de patiënt (?) zou worden afgenomen en overgedragen op een ander. Naast alle goede bedoelingen schuilt hierin toch wel een groot gevaar. Voor hen, die met bevolkingsproblemen worstelen, is het verlangen naar een dergelijk preparaat zeer begrijpelijk. Maar aan de andere kant is het risico van misbruik, bijvoorbeeld door minder scrupuleuze regeringen, niet geheel denkbeeldig. Zo zijn er ook al stemmen opgegaan om de orale middelen met voedsel te mengen of iets dergelijks. Ook voor deze middelen geldt: hoe volmakter een middel, hoe groter de verantwoording bij het hanteren ervan. Het bestaat van al te ideale middelen zou de verleiding groot kunnen maken om aan hulpprogramma's weer de oude eis van geboorteregeling te koppelen. Kortgeleden werd in het Engelse Lagerhuis gesproken over de hulpverlening aan de Aziatische landen en over de geboorteregeling. De Earl of Lytton zei hierbij echter waarschuwend, dat het niet zo moet worden dat „the Asian peoples asked us for bread and we gave them a pill”. Echte hulp is nodig, maar ook duur; overbevolking is niet op te lossen door geboorteregeling alleen. Wij hebben het reeds eerder gezegd: een bestrijding op alle fronten is nodig. Anderzijds is geboorteregeling ook niet te vermijden.

Wij hebben ons tot nu toe op het macro-sociale vlak bewogen, maar het zal duidelijk zijn, dat de

vermelde factoren ook in het micro-sociale klimaat doorwerken. Wanneer een echtpaar problemen heeft aangaande de procreatie, zal het aanbod van orale middelen op zichzelf niet voldoende motief zijn om deze middelen ook te gaan gebruiken. Tot het gebruik van een middel zal pas worden overgegaan, als dit niet in strijd is met het door het echtpaar beleefde waardenstelsel. In dit opzicht verschillen de orale middelen echter niet van andere middelen en methoden.

Hierbij willen wij nog enkele speciale aspecten aanstippen. Terwijl bijvoorbeeld in rooms-katholieke kring het accent ligt op de veroordeling van het gebruik van bepaalde middelen of de toepassing van zekere methoden, wordt in protestantse kring vooral de motivering van het gebruik in overweging genomen. Behalve deze godsdienstige aspecten zijn er nog andere overwegingen, die deel kunnen uitmaken van een waardenstelsel en die ook van invloed zijn op het al of niet gebruiken van orale middelen. Er zullen echtparen zijn, die een ingrijpen in het „milieu interne” van de vrouw door middel van orale hormoonpreparaten te ver vinden gaan en daarom de voorkeur zullen (blijven) geven aan de „conventionele” middelen of methoden. Anderzijds zullen er echtparen zijn, die de conventionele middelen of methoden dermate storend en „onnatuurlijk” vinden, dat zij aan het gebruik van een oraal middel de voorkeur zullen geven.

Het is natuurlijk de vraag in hoeverre de thans geopende mogelijkheid een oraal preparaat te gebruiken invloed zal hebben op het waardenstelsel van enkeling en groep. Zal men er nu eerder toe overgaan geboorteregeling toe te passen? De gemakkelijke toepassing zou hiertoe wel eens kunnen leiden. Ook bestaat de mogelijkheid, dat men in bepaalde landen zoals Italië en Tsjecho-Slowakije niet zo enthousiast zal zijn over het gebruik van pregestagene stoffen. Men kan in die landen wel vernemen, dat men bang is dat de vrouw door het gebruik van deze middelen een te grote vrijheid zou krijgen, waardoor met minder risico overspel zou kunnen worden gepleegd.

Men ziet aan deze overwegingen gedemonstreerd, dat het mogelijk is dat de aanwezigheid van de orale anticonceptionele middelen invloed uitoefent op het zedelijk handelen. In hoeverre dit het geval zal zijn, is moeilijk te voorspellen. Men kan zich namelijk ook afvragen, of er niet reeds voldoende „conventionele” middelen en methoden bekend zijn, die angst voor zwangerschap in buiten- en voorechtelijk geslachtsverkeer kunnen wegnemen. Het is daarom zeer de vraag, of het waar is, dat deze vormen van geslachtsverkeer door het beschikbaar zijn van de orale middelen in frequentie zullen toenemen.

Dit brengt ons overigens wel op de vraag, op welke wijze de tabletten beschikbaar moeten worden gesteld. Moeten zij in de vrije handel zijn of zullen ze alleen op recept mogen worden afgeleverd? Voor de laatste oplossing pleit, dat hierdoor een zekere rem op de aflevering komt, terwijl bo-

vendien de arts op de hoogte is van het gebruik van deze middelen door zijn patiënten. Recente publicaties tonen wel aan, dat er contra-indicaties voor het gebruik van pregestagene stoffen kunnen bestaan. Dit levert een zeer sterk argument voor een aflevering uitsluitend op recept.

Anderzijds kan men het als een ongewenste toestand beschouwen dat een echtpaar steeds bij een arts terecht moet voor een geboorteregeling, waarvoor de verantwoordelijkheid toch uiteindelijk bij het echtpaar zelf ligt. Moet een arts een recept weigeren als naar zijn inzicht geboorteregeling niet of nog niet op z'n plaats is? Hij is immers verantwoordelijk voor het recept dat hij afgeeft en voor de indicatiestelling? Het kan ook zijn dat men aan aflevering op recept de voorkeur geeft opdat deze middelen zo min mogelijk aan ongehuwden in handen zouden vallen. Maar roept men dan niet een levendige zwarte handel in het leven? Als het laatste motief zwaar weegt, kan men deze middelen beter op vertoon van het trouwboekje laten afleveren dan op een recept! Tenslotte zou men kunnen verwachten, dat door het gebruik van de orale middelen de abortus provocatus in frequentie zou afnemen. In Zweden is echter zeer waarschijnlijk na het invoeren van de wettelijk toegestane abortus provocatus — tegen de aanvankelijke verwachting in — de criminele abortus niet afgenomen. Men schrijft dit toe aan het feit dat voor beide „behandelingen” een verschillende cliëntèle bestaat. Ditzelfde kan men, geloof ik, ook wel bij de orale pregestagene stoffen verwachten.

Kan men verwachten dat de relaties binnen het gezin door het gebruik van deze middelen zullen veranderen? Bij een verkeerd gebruik, waaronder ik dan in dit verband wil verstaan een gebruik dat niet overeenstemt met het eigen waardenstelsel, zal dit zeker zijn repercussies hebben in de gezinsverhoudingen door het optreden van schuldgevoelens. Dit geldt echter niet alleen voor deze middelen, maar voor de geboorteregeling in haar geheel. Anderzijds zal in de daarvoor geëigende gevallen de vrijwaring van de voortdurende angst voor een zwangerschap het huwelijksleven en daardoor ook het gezinsleven veel minder gespannen maken en aldus een heilzaam effect teweeg brengen.

Twee dingen zou ik tot slot nog eens met nadruk willen zeggen. In de eerste plaats is de ontdekking van een middel dat mede de mogelijkheid in zich bergt om het aantal geboorten te regelen, niet voldoende om het probleem van de overbevolking van deze aarde op te lossen. Daarvoor is een multi-dimensionele bestrijding nodig, waarin wij artsen een werkzaam aandeel kunnen leveren. Anderzijds is een oplossing van dit probleem niet denkbaar zonder geboorteregeling. Maar voor de toepassing van geboorteregeling moet men „er aan toe zijn”, moet het waardenstelsel de geboorteregeling niet alleen toestaan, maar zelfs eisen. Een geboorteregeling zal, demografisch gezien, ook nooit voldoende effect hebben, indien „contraception takes the character of an emergency action”. En dit behoeft

geboorteregeling niet meer te zijn wanneer men er echt aan toe is.

In de tweede plaats moge het duidelijk zijn geworden, dat het verschijnen van een nieuw en belangrijk middel, dat waarschijnlijk beter werkt dan de tot dusverre bekende middelen, onze verantwoordelijkheid weer groter maakt. Niet alleen van ons artsen, maar van alle mensen. Elke technische vervolmaking eist van ons een steeds meer verantwoord handelen. De aanwezigheid van de atoombom eist een meer verantwoord politiek handelen. De steeds meer gecompliceerde maatschappij vraagt van ons een meer verantwoord opvoedkundig handelen tegenover onze kinderen. En zo eist van ons de aanwezigheid van een middel, dat het kindertal kan regelen, een scherpere bezinning op de vraag, of het al of niet toepassen ervan in een concreet geval verantwoord is of niet. Alleen door het willen en kunnen dragen van die verantwoording zal het bestaan van een middel als de orale pregestagenen in ons midden aanvaardbaar zijn.

Banning, W. (1959) *Soteria* 9, 165.

Barth, K. (1951) *Kirchliche Dogmatik*, Zürich.

Brillenburg Wurth, G. (1951) *Het christelijke leven in huwelijk en gezin*, Kampen.

Nederlands Gesprekscentrum (1953) Publikatie no. 8.

Es, J. C. van (1960) *T. Soc. Geneesk.*, 111.

Haas, J. H. de (1962) *Planning in de wereldgezondheidszorg*, Leiden.

Heek, F. van (1954) *Het geboortenniveau der Nederlandse Rooms Katholieken*, Leiden.

Hill, R. e.a. (1959) *The family and population control*, Chapel Hill.

Hofstee, E. W. (1962) *Drift en koers*, 13.

Hoogenkamp, P. A. (1956) *Ontwikkeling, voeding en voedingstoestand van zuigelingen en kleuters op Kalimantan, Selatan (Z.-Borneo, Indonesië)*. Acad. proefschrift, Amsterdam.

Koya, Y. (1962) *Population studies*, 16 (I), 4 (II).

Kruyt, C. S. (1961) *De verstedelijking van Nederland*, Assen.

Lewis-Faning, E. (1949) *Family Limitation and its Influence on Human Fertility during the Past Fifty Years*, London.

Mattey, R. (1960) *Ann. Nestlé*, 25.

Pius XII (1951).

Parliament (1962) *Lancet*, 1295.

Sauvy, A. (1960) *Het bevolkingsvraagstuk in de wereld*, Utrecht/Antwerpen.

Sutter, J. (1962) *Conc. med.* 84, 399.

Tesch, J. W. (1959) *Antecedenten en consequenties van gezondheidszorg*, Wageningen.

Tietze, C. (1962) *Population studies* 16, 31.

United Nations (1958) *Population studies* no. 28.

Universiteit van Amsterdam (1957) *Symposium over energie*.

Veer, A. J. van 't (1962) *Mens en maatschappij* 37, 24.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1947) *Gegevens van de 12de volkstelling annex woningtelling*.

Zur Problematik der Selbstmordhandlungen von Eheleuten*

VON E. RINGEL

Wohl bei Betrachtung keines Problemkreises, welcher mit dem Selbstmord zusammenhängt, darf die grundlegende Unterscheidung zwischen Ursache und Motiv einer Selbstmordhandlung, die seinerzeit *Gaupp* getroffen hat, ausser acht gelassen werden; unter dem Motiv haben wir jenen Faktor oder jene Faktorengruppe zu verstehen, die der Suicidant von sich aus mit seiner Tat in Zusammenhang bringt, die er also als Grund der Selbstmordhandlung mehr oder minder anschuldigt.

Die Ursache hingegen ist immer in der Persönlichkeit selbst zu suchen, in ihrer gestörten, wie wir vom psychiatrischen Standpunkt aus wohl sagen können, pathologischen Struktur, welche eine solche Herabsetzung der unbegrenzten Toleranzbreite des normalen Menschen zur Folge hat, dass bestimmte Ereignisse des Lebens die Rolle eines auslösenden Motives der Selbstmordhandlung zu spielen vermögen. Wichtig ist, dass diese eigentliche tiefere Ursache gewöhnlich den Betroffenen selbst nicht zu Bewusstsein kommt, also unbewusst bleibt. Im Grunde meint die Einteilung von *William Stern* in Pheno- und Genomotive das gleiche, wenn dieser Autor die Phenomotive definiert als die Gesamtheit

der Vernunftüberlegungen, die für die Tat verantwortlich gemacht werden und unter den Genomotiven jene Triebe und Neigungen verstanden wissen will, die den Täter in Wirklichkeit zum Handeln zwingen. Von dieser Grundlage ausgehend, erübrigt es sich, zu betonen, dass die Eheproblematik, wie immer sie auch im einzelnen Fall gelagert sein mag, nur das Motiv zu Selbstmordhandlungen beisteuern kann, während wir die eigentliche Ursache — und das ist vor allem therapeutisch besonders wichtig — in der Persönlichkeit selbst zu suchen haben.

Andererseits kann aber nicht gelehrt werden, dass als das auslösende Motiv von Selbstmordhandlungen die Ehe- und Liebesproblematik (beide haben ja manches Gemeinsame, aber auch viel Unterschiedliches) eine überraschend grosse Rolle spielt.

Von allen Aufnahmen wegen eines Selbstmordversuches auf der psychiatrischen Klinik innerhalb eines Jahres stand nicht weniger als die Hälfte im Zusammenhang mit Eheschwierigkeiten. Interessant ist dabei, dass das weibliche Geschlecht nicht nur hinsichtlich der Zahl der Selbstmordversuche überwiegt, sondern dass bei den Selbstmordhandlungen der Frau die Eheproblematik eine dominierende, jedenfalls bei weitem grössere Rolle spielt, als bei denen des Mannes. Es wurde zu wiederholten Malen versucht, die Gründe für diese immer wieder beobachteten Tatsachen zu finden, der überzeugendste

* Voordracht, gehouden voor de Boerhaave-cursus „Conflict in en van het huwelijksleven“, april 1962, Leiden. Aus der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Wien; Vorstand: Prof. Dr Hans Hoff.